



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2019 N° 181

**DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE
DES VICTIMES DU HARCELEMENT SCOLAIRE**

A PARTIR D'UNE ENQUETE DE PRATIQUE AUPRES DE 230 MEDECINS
GENERALISTES EN REGION RHONE-ALPES

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 1^{er} Octobre 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Marie Heitz

Née le 7 juillet 1988 à Lyon 8^{ème}

Sous la direction du Dr Charles-Edouard Fournier

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination Des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Directeur de l'UFR Sciences et Technologies	M. Fabien DE MARCHI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yanick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Directeur de l'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPé)	Pr Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants

2018/2019

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
COCHAT	Pierre	Pédiatrie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Physiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT	Olivier	Chirurgie digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie digestive
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MARTIN	Xavier	Urologie
MERTENS	Patrick	Anatomie
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MOREL	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie

OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire

SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Physiologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
	clinique ; addictologie	
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GIRARD	Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Nutrition
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Physiologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

BERARD	Annick
FARGE	Thierry
LAMBLIN	Gery
LAINÉ	Xavier

Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
GOUILLAT	Christian	Chirurgie digestive
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN	Michèle	Physiologie
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VENET	Fabienne	Immunologie
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAU	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
MARIGNIER	Romain	Neurologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie Néonatalogie Pharmacologie Epidémiologie
ROLLAND	Benjamin	Clinique Pharmacovigilance
SIMONET	Thomas	Psychiatrie d'adultes
		Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

PIGACHE	Christophe
DE FREMINVILLE	Humbert
ZORZI	Frédéric

Maître de Conférences

LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Zerbib, président du jury.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger de mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

Au Professeur Fournieret, membre du jury

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de toute ma reconnaissance.

Merci Professeur Perdrix, membre du jury

Je tenais tout particulièrement à vous remercier pour l'attention que vous m'avez portée en tant que tutrice pendant ces années d'internat. Par votre soutien et votre compétence, vous avez su me guider sur le chemin du savoir être du médecin que je souhaitais devenir. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je suis très honorée que vous ayez accepté de faire partie de ce jury. Soyez assurée de mon infini respect.

Merci Professeur Patural, membre invité du jury

Vous me faites l'honneur de votre présence dans ce jury. Je vous remercie infiniment pour l'intérêt que vous portez à mon travail mais aussi pour votre disponibilité et votre gentillesse. Je sais que vous êtes très attaché à la prise en charge du patient dans sa globalité, j'espère que ce travail vous plaira.

A mon directeur de thèse, Dr Fournier,

Je te remercie d'avoir rendu possible ce travail qui me tenait à cœur en acceptant de diriger ma thèse. Je te suis très reconnaissante du temps que tu as consacré à ce travail et te remercie infiniment pour ton aide précieuse et toujours bienveillante. C'est aussi une première pour toi, j'espère que tu garderas tout comme moi de cette expérience un souvenir agréable et enrichissant.

Merci

A l'URPS Aura :

Je remercie l'URPS d'avoir sélectionné et diffusé mon questionnaire de thèse aux médecins généralistes de la région. Cette opportunité a permis de donner une autre dimension à mon travail.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de prendre de leur temps pour répondre à mon questionnaire. Sans eux, aucune étude n'aurait pu être possible.

Merci au Dr Pinot et au Dr Boyer, de m'avoir m'accueilli si chaleureusement dans le service d'urgence pédopsychiatrique et au CMP de Sainté de façon à enrichir cette thèse sur le harcèlement scolaire d'une expérience clinique enrichissante.

Aux équipes médicales et paramédicales qui m'ont formée :

A mes « mamans » d'Annonay (+ Ghyslain) et plus particulièrement à Nathalie Lagras, je tiens à vous remercier pour tout ce qu'on a vécu ensemble. Ce service reste et restera cher à mon cœur. Dans les joies comme dans les moments difficiles, le travail en équipe prenait avec vous tout son sens. J'ai débuté avec vous et vous avez su me faire confiance et me faire grandir. J'ai beaucoup appris de votre expérience et je vous en remercie. Merci aussi Dr Popa, pour ta disponibilité et ta confiance, pendant cette période de manque d'effectif.

Aux infirmières, aides-soignantes et secrétaire des urgences de Givors, le moins qu'on puisse dire c'est que ça a été chaud, mais heureusement que vous étiez là ! Vous avez su me donner la force de tenir si longtemps.

A tout le service de pédiatrie d'Annonay, comme je vous l'ai dit en partant, ces six mois chez vous ont été merveilleux. Je vous remercie infiniment pour m'avoir apporté une formation de qualité et dans cette ambiance si familiale et chaleureuse. Merci au chef de service Dr Valensi qui veillait à cet équilibre et sur nous. Merci au Dr Pop, Dr Bensaid et Dr Meunier pour votre disponibilité.

Au Dr Delagastine et aux infirmières du pavillon G de Pierre Garraud, ce fut un plaisir de travailler avec vous. Votre rigueur et votre empathie est un exemple.

Au Dr Chalet et Boujmiaï, merci de m'avoir fait découvrir votre façon d'exercer notre métier. Votre bienveillance m'a permis de prendre confiance et de découvrir le médecin que je voulais être. J'ai un infini respect pour vous. Je te remercie plus particulièrement Jean pour m'avoir montré comment gérer un cabinet. Ces conseils me serviront toute ma vie et ton cabinet est un exemple pour moi.

A mes MSU de Saspas,

Au Dr Cantrelle de m'avoir fait prendre les réflexes médicaux légaux (le DTP sur une pique d'araignée fallait y penser).

Au Dr Savy pour m'avoir poussé à m'interroger sur mes pratiques et permis d'acquérir la réflexivité que j'ai aujourd'hui. Je vous remercie de votre disponibilité et votre investissement. Merci aussi à votre collaboratrice Dr Laperrière pour son aide et ses repas partagés.

Au Dr Chiarello, merci de m'avoir fait découvrir ta patientèle et ton cabinet. J'ai découvert un univers incroyable et cette aventure tant sur le plan personnel que professionnel a été des plus enrichissantes. Merci aussi Dr Godinot pour ta bonne humeur, ta disponibilité et ta transmission de savoir. Tu ne refusais jamais de venir me donner ton expertise, et c'était toujours un plaisir !

Merci aussi à Perrine Tarpin-lyonnet sage-femme du cabinet. J'espère qu'on saura garder contact, car des filles comme toi, y en a pas deux !!

Multumesc Romania, sans toi ce jour n'existerait pas! Je ne peux oublier d'où je viens et je serai toujours reconnaissante du temps que mes professeurs d'externat, m'ont accordé. Le chemin a été long mais je ne regrette rien.

***“La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile »
Hippocrate.***

A mes amis,

Aux amis de longue date :

A Blandine et Vincent, ma vie ne serait pas la même sans vous. Merci ! Merci ! Merci ! Mille fois pour votre soutien pendant toutes ces années. Du stage à la réunion au déménagement de Roumanie, vous avez su répondre présents. Avoir des amis en or comme vous, est une chance que je chéris. Certes on fait des petits, on grandit, mais vous restez et j'ose croire que vous resterez toujours de ceux qui comptent. Cœur, cœur, love, love à tous les 4.

Natacha, à toi mon amie. Cette histoire de vouloir faire médecine a commencé avec toi, et c'est quand même grâce à toi que je suis allée au bizutage, moi qui à l'époque était si sage ;). Des cours d'art plastique à nos sorties musées et spectacles, j'ai adoré oublier la médecine avec toi.

A colline, parce que tu es l'exemple incarné que ce qui compte ce n'est pas la quantité mais la qualité.

A mes amis d'externat :

A Polo, toutes ces études ont commencé avec toi mais c'est moi qui finalement vais finir avant toi !!! (Désolée j'étais obligée). Plus sérieusement, ces deux années Laennec ont été pour moi un traumatisme, mais si elles m'ont permis de te rencontrer alors je refais tout pareil !! Merci d'être resté mon ami, malgré nos chemins qui se séparaient, merci de m'avoir si souvent portée quand je tombais, merci pour toutes tes propositions malhonnêtes, et surtout merci de me laisser faire partie de ta vie avec ce statut de marraine qui me comble de joie. Pourvu que l'on ne s'arrête jamais de construire de si beaux souvenirs ensemble à Lyon, à Sauzet ou aux Deux Alpes. La vie est tellement plus belle quand on est tous réunis.

A Scarlett, merci pour nos 8 décembre passées à l'étranger ensemble. Ta présence a toujours su adoucir mes peines. Merci pour toutes ces soirées toutes les deux qui ont été ma bouffée d'oxygène, et pour ton soutien pendant toutes ces années. Vivement que tu rentres enfin à la maison pour de bon, tu me manques.

A mes amis de conf : Charles Hervé vu la citation que tu m'as faite dans ta thèse, j'aurai juste envie d'écrire gold standard... et en plus je suis sûre que ça te plairait ! Plus sérieusement je profite de cette occasion pour te remercier d'avoir été mon prof pendant ces 2 années et demie de conf. J'ai beaucoup appris à ton contact et sache que je t'en suis à jamais reconnaissante. A Edouard, merci à toi de m'avoir permis de supporter aussi longtemps Charles Hervé, sans toi je n'aurais jamais tenu

aussi longtemps ! De ces longues soirées à bosser ensemble, je garde surtout un très bon souvenir et deux merveilleuses amitiés. Merci pour tout, les amis et Edouard pense à revenir de temps en temps sur Lyon, tu vas me manquer.

Marsupio, combien de soirées et dimanches matin passés ensemble à bucher.... Je ne sais plus et je n'oserai compter. Merci d'avoir été mon binôme. Les km nous éloignent mais ce passé commun on ne peut l'oublier.

Prieux et Hugo, vous qui me connaissez si bien. L'attachante vous remercie d'avoir été là quand ça n'allait pas, et quand ça allait beaucoup trop bien. Tant de décibels partagés, merci les copains de m'avoir fait découvrir ce monde-là. J'espère sincèrement que les kilomètres ne feront pas que notre amitié se terminera en after.

Emel, déjà 10 ans que l'on se connaît. Ça nous rajeunit pas tout ça mais finir cet internat et commencer le post internat en se serrant les coudes, me fait espérer que le meilleur pour les années à venir.

A mes amis d'internat :

A Mathilde, ma première « co-interne » et au fond la seule et unique. Et dire que tout a commencé le premier jour de notre internat. Tu as été la première à me reconforter sur ces premières gardes et à m'en reprendre un paquet aussi faut avouer. Après tant de chemin parcouru en s'épaulant à tour de rôle, j'ai un peu l'impression qu'on a grandi ensemble. Merci pour ta présence pendant toutes ces années, et vivement le 3 juillet 2021 !

A Aurélie et Marc, merci d'être mes amis. Vous êtes parmi les derniers arrivés dans ma vie, mais vous comptez déjà tellement. Qui aurait dit qu'un « à bientôt les copains » laissé dans votre salon post positive déboucherait sur une si belle amitié. Merci, merci mille fois de mettre de la musique dans ma vie!

Amélie je ne sais pas si je dois te remercier toi d'être entrée dans ma vie ou Arthur de t'y avoir fait entrer, mais une chose est sûre, notre amitié est belle et bien née. Je ne pourrais pas faire mieux que toi avec un lever de soleil à Vama Veche, mais si je dis domino peut-être que je gagne ? Merci en tout cas d'être là dans les bons et les mauvais moments

Adeline, je tenais à te remercier tout particulièrement non seulement pour m'avoir aidée dans mon mémoire de grossesse et plongée, mais surtout pour cette amitié que l'on est en train de créer. Ces heures au téléphone ensemble ces derniers mois, ce we à Sainté ou aux deux alpes me font percevoir

un avenir des plus heureux tous ensemble. Merci de m'avoir fait confiance pour être la marraine de Judith.

Merci aussi à la team lalala, les stéphanois issus de la colloque ou pas, à toi aussi Christophe pour cette régression linéaire sortie de nulle part, merci aussi aux membres de la team feu PSM, mais aussi à Loriane, Rémy, Guillaume et tous ceux que j'ai du oublié.

Merci à Christiane Deniot pour m'avoir aidée à savoir qui je voulais être et de m'avoir donner le courage de faire confiance à la vie.

Merci à Philippe Imbert pour sa lettre de recommandation qui a peut-être changer ma vie.

A ma famille,

A ma mère, mon premier soutien. Je suis tellement reconnaissante, et aujourd'hui plus que jamais que tu sois ma maman. Tu as su me supporter pendant tout ce parcours et ce dans les deux sens du terme. Ça n'a pas toujours été facile. Je sais que je pourrais compter sur toi toute ma vie. Merci pour toutes ces heures à avoir corrigé mes fautes d'orthographe, à m'avoir fait réciter mes cours dont tu ne pipais mot (et le tout en abrégé écrit à la main sinon c'est pas drôle !!) « augmentation des PNN » ? « histiocyte ? ») **Tu m'as appris la persévérance et la tolérance, deux atouts indispensables à mon parcours. Ton courage** (non je ne parle pas de quand il fait orage) **et ta ténacité sont un exemple pour moi. Merci pour tout ton dévouement et ton amour. J'espère être à ta hauteur en tant que maman. Je t'aime.**

A mon père, tu as été le premier à me dire de ne pas faire médecine mais tu as été le premier à prendre l'avion avec moi pour me donner un ticket de deuxième chance. Merci de m'avoir fait réécrire 10 fois ma lettre de motivation car tu ne la trouvais pas parfaite, c'est peut-être grâce à elle que tout ça a pu continuer et m'emmener jusqu'ici. T'es souvent dur papa, et le moins que l'on

puisse dire c'est que tu m'as transmis le goût de l'effort et la valeur du travail, mais tu as aussi su être là quand j'avais besoin de toi, alors merci. Merci de m'avoir payé mes études et merci de m'avoir aidé aussi moralement à mener à bien ce rêve. Je t'aime et j'espère que tu es fier de moi.

A Manue, merci de m'avoir soutenue dans ce projet fou et dans les autres de ma vie. Tu sais être une oreille attentive et tu sais trouver les mots pour me booster. Merci d'être là.

A mes sœurs, Je ne sais comment vous remercier d'être dans ma vie et de me soutenir autant que vous le faites. Parfois, je ne suis plus très sûre de qui est l'aînée entre nous, mais une chose est sûre, je n'aurai pu rêver meilleures sœurs. Merci pour votre patience et votre réconfort. C'est grâce à vous que j'ai pu arriver jusqu'ici. Je vous aime.

A mon beau-frère Olivier : t'avais clairement pas besoin d'un médecin de plus dans ta famille, mais moi j'avais bien besoin d'un beau-frère comme toi. <3 Allez l'OL !

A mon frère de cœur : oui oui Kiki tu es là. Plus besoin de chercher. Après avoir partagé toutes ces années de galère ensemble, j'ai décidé que c'était ta juste place. Merci de jouer ce rôle dans ma vie, et merci pour tous ces moments passés ensemble. Des voyages, des soirées à plus savoir les compter, des heures de zap de spion, des festoches, des mémoires de DIU à rédiger, des thèses, des ruptures, des mariages, etc... tu as toujours été là et même si on en a chié qu'est-ce qu'on s'est marré.

A mes grands-parents, vous avez vécu tous ces moments avec moi et vos encouragements m'ont tellement souvent aidée. Je crois savoir que ce jour vous réjouit et je suis fière qu'il soit enfin arrivé. Cette thèse elle est aussi pour vous.

A mamie Clo et papi Pierrot, toujours prête à aider les autres, Mamie tu étais un exemple d'empathie et j'aime croire que tu n'es pas étrangère à ma vocation. Papi la dernière fois qu'on s'est vu, je venais de finaliser mon inscription en p1. Tu m'as dit qu'un jour ce serait-moi ton docteur. Tu m'en as pas vraiment laissé l'occasion et soigner sa famille, au fond c'est loin d'être la meilleure idée qui soit (nb pour les vivants !), mais j'espère que d'où vous êtes, vous êtes fiers de moi.

A mes cousins, Presque aînée de la famille, je vais enfin finir mes études! Seuls les petits loupiots des années 2000 ne m'auront pas rattrapée !! Bien joué à vous et surtout de m'avoir accompagnée tout au long de ce chemin. Les petites pauses dansantes autosuffisantes à Barcelone, Lyon ou Cannes, sont indispensables à ma vie. Pourvu qu'on ne s'arrête jamais de danser

A mes oncles et tantes, à Sylvie et Stéphane, à tata Christine et totou Alain. Merci d'avoir participé à cette aventure et d'avoir marché à mes côtés sur ce chemin.

A Mam, tonton Pierre et sa tribu, merci pour votre soutien et vos encouragements. Je suis heureuse que vous fassiez partie de ma vie.

Aux cousins éloignés, les Morins, les Gravelets, les Velons, les Prudents, on ne se voit pas souvent mais je sais que vous avez été dernière moi pendant toutes ces années. Merci pour vos encouragements et tout particulièrement les tiens Agnès, sache qu'ils m'ont aidé à continuer à pédaler quand la cote était raide.

Beau-papa, je suis heureuse que vous soyez des nôtres aujourd'hui. Je vous remercie pour votre bienveillance à mon égard et votre soutien dans nos vies.

A toute ma belle-famille, même stéphanoise, je n'aurai pu rêver mieux. Vous êtes entrés dans ma vie et dans mon cœur pour mon plus grand bonheur et j'espère sincèrement ne jamais vous décevoir. Merci de m'avoir aussi bien accueilli et acceptée dans votre famille. Merci pour ces souvenirs déjà si précieux ensemble. J'espère que plein d'autres restent à filmer (dédicace au Papou). Je vous remercie tous infiniment pour votre soutien dans cette dernière ligne droite, et plus particulièrement à toi Pipo. **Belle maman**, Je tiens à vous remercier tout particulièrement pour votre gentillesse et votre soutien sans faille. Sachez que je suis admirative de votre courage (et pas uniquement pour avoir élevé Gautier!!). J'aime tant votre positivisme, moi qui suis si souvent défaitiste ascendant paranoïaque, j'ai beaucoup à apprendre de vous, et je suis vraiment heureuse que mes enfants puissent vous avoir comme mamie Nat.

A toi Axel,

S'il y a une chose de sûr : c'est que le plus cadeau que m'aient offert ces années d'études, c'est de t'avoir mis sur mon chemin. Et du chemin, Dieu sait qu'on en a parcouru ensemble. De bébé interne à bientôt docteur, de France à Katmandou, de Christchurch à Rangiroa, de Ushuaia au 1 rue Michel Servet, de festivalier à bientôt parents. La vie est tellement belle avec toi ! Merci d'être l'homme que tu es et de m'aimer telle que je suis. Je sais que tu détestes les déclarations d'amour en public, alors je ne vais pas te couvrir de superlatifs élogieux qui de toute façon ne t'arriveraient pas à la cheville ; et je vais vite arrêter de m'étendre avant que ton frère me traite de canard. Je te dirais simplement MERCI. « *Merci de mettre des paillettes dans ma vie, avec toi Axel tous les calculs sont bons* ».a-ha ! Je t'aime.

Table des matières

I. INTRODUCTION:	18
II. ETAT DES LIEUX ET REVUE DE LA LITTERATURE :	20
1. Notions clés :	20
2. Aspect historique et socio-culturel :	25
3. Au niveau politique :	26
4. Epidémiologie.....	29
5. Les conséquences du harcèlement scolaire:.....	33
6. Harcèlement scolaire et médecine générale :	35
III. MATERIEL ET METHODES :	38
1. Type d'étude :	38
2. Objectifs :	38
3. Ethique :	38
4. Déroulement de l'enquête :	38
5. Elaboration du questionnaire :	40
6. Recueil de données	41
7. Méthode de traitement :	42
IV. RESULTATS :	43
1. Taux de non réponses :	43
2. Analyse descriptive de la population globale :	43
3. Analyses en sous-groupe :	53
V. DISCUSSION :	61
1. Résultats principaux :	61
2. Les limites de l'étude :	66
3. Les forces de l'étude :	68
4. Les perspectives et solutions :	69
VI. CONCLUSION :	70
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	72
VIII. ANNEXES :	77
IX. LISTE DES ABREVIATIONS	93

I. INTRODUCTION:

Le harcèlement scolaire se définit comme une violence répétée entre pairs, qui peut être physique ou psychologique. Il se fonde souvent sur le rejet de la différence et met à mal l'estime de soi de la victime. Avec l'avènement des nouvelles technologies et des réseaux sociaux, il tend désormais à dépasser le cadre scolaire sous la forme du cyber harcèlement.¹

Le harcèlement scolaire semble être un phénomène mondial, et se retrouver dans tous les pays étudiés^{2,3}. En France, Il touche encore un élève sur dix^{4,5}, dont la moitié de façon sévère⁶, et c'est en fin de primaire et en début du collège que les risques sont les plus grands⁵.

Le phénomène est étudié depuis la fin des années 70 dans les pays nordiques, mais c'est seulement à la fin des années 2000 et grâce à une médiatisation de plus en plus importante, que ce phénomène est sorti du silence en France. Les politiques ont alors décidé de faire de sa lutte une des priorités des différents gouvernements mais cette lutte reste cantonnée à l'éducation et à l'amélioration du climat scolaire.

Pourtant, si on se réfère à la définition de la santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « un état complet de bien-être physique, psychique et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité », le harcèlement scolaire porte aussi atteinte à la santé. Au-delà des nombreuses conséquences à court et moyen terme telles que les plaintes psychosomatiques⁷, l'absentéisme voire la phobie scolaire, la dépression ou le suicide⁸, le harcèlement scolaire a aussi des conséquences psychologiques au long terme^{9,10}. Elles sont de plus en plus mises en avant par des études internationales avec notamment la mise en évidence d'un risque de dépression, de suicide et d'addiction à l'âge adulte plus importante.

Le médecin a donc un rôle important à jouer dans la prise en charge des élèves en situation de harcèlement scolaire et le sujet est d'ailleurs considéré comme un problème de santé publique dans de nombreux pays. Ainsi, aux Etats-Unis, il est recommandé aux médecins de soutenir des programmes d'intervention en milieu scolaire et communautaire¹¹. En France, le médecin généraliste n'est jamais associé et rarement cité dans les campagnes de lutte contre le harcèlement. Il n'existe à ce jour pas de recommandations officielles pour aider au dépistage et à la prise en charge de ces victimes. Le rôle du médecin généraliste dans cette lutte reste vague.

Pourtant, le rôle du médecin de soins primaires est multiple. Il doit dépister, soutenir, conseiller et orienter mais aussi prévenir. Les patients ainsi que leurs parents semblent attendre du médecin qu'il joue ce rôle dans ces situations de harcèlement scolaire¹¹⁻¹³.

En terme de dépistage, les recommandations américaines préconisent de dépister le harcèlement scolaire, devant la présence de symptômes psychosomatiques inexpliqués, devant la présence d'idée suicidaire ou bien encore devant un problème de comportement, d'addiction, scolaire ou de rupture thérapeutique d'un patient souffrant de maladie chronique^{14,15}. A l'inverse, il est recommandé de rechercher les troubles du comportement et autres comorbidités psychiatriques chez les patients identifiés comme harceleurs¹⁵.

Dans la littérature scientifique il est admis que le médecin doit aussi dépister les comorbidités associées au harcèlement et notamment le risque suicidaire^{11,15-17}. Il doit inclure les patients à sa prise en charge et qui doit pouvoir être pluridisciplinaire quand nécessaire^{12,15,16,18}. Certains auteurs insistent sur la nécessité de connaître la législation du harcèlement scolaire¹⁹, et le praticien doit pouvoir réaliser un certificat de coups et blessures¹².

Le médecin généraliste est donc de par sa position de premier recours et de par sa relation de confiance privilégiée avec les patients, le professionnel de santé le mieux placé pour mener à bien cette mission de santé publique.

On peut donc se demander, bien qu'il n'y ait pas de recommandations officielles, comment ces victimes de harcèlements scolaires sont prises en charge en France par les médecins généralistes. Après revue de la littérature, seule une enquête qualitative a été trouvée sur le sujet.²⁰

Mon travail de thèse a pour objectif primaire de faire un état des lieux des pratiques en termes de dépistage et de prise en charge des victimes de harcèlement scolaire par les médecins généralistes, mais aussi d'évaluer la fréquence de ces situations en consultation de médecine générale, ainsi que les freins et les ressentis des médecins généralistes confrontés à ces situations.

II. ETAT DES LIEUX ET REVUE DE LA LITTERATURE :

1. Notions clés :

a) Qu'est-ce que le harcèlement scolaire ?

L'UNICEF définit le harcèlement comme « une violence scolaire répétée, avec une intention de nuire et où la victime se trouve dans l'incapacité de se défendre ». Cette définition s'appuie sur les 3 critères énoncés par D. Olweus dans les années 1970, qui sont :

-la répétition et la durée dans le temps :

Le harcèlement se fonde sur des actions négatives reproduites de façon réitérée (pas forcément quotidienne), sur une longue durée. Cette période semble difficile à déterminer car tous les auteurs ne s'accordent pas à ce sujet. Selon J.P. Bellon et B. Gardette, on ne peut guère parler de harcèlement scolaire avant un à 2 mois. Cette durée de deux mois est aussi prise comme référence dans les études HSBC (Health Behaviour in School-aged Children)²¹ qui se base sur la fréquence de deux brimades par mois sur les deux derniers mois pour parler de harcèlement.

Cependant cette durée est variable, et une année scolaire est une durée fréquemment rapportée.

-un déséquilibre des forces et l'incapacité pour la victime de se défendre :

Le harcèlement ou bullying en anglais, est un rapport de domination. Il s'installe de façon insistante dans une relation asymétrique, qui met en scène une prise de pouvoir d'un enfant sur l'autre. Cette domination peut prendre différentes formes. Par exemple, elle peut être soit celle des plus nombreux ou populaires contre ceux qui sont isolés, soit celle des plus forts physiquement ou verbalement contre les plus faibles ou bien encore des plus âgés contre les plus jeunes.

Ainsi, on ne peut parler de harcèlement lorsque les violences concernent deux individus ou groupes de force sensiblement égale.

Cependant, la prise de pouvoir par des procédés d'ostracisme ou d'isolement social en fait expressément partie.

-l'intentionnalité de nuire :

Les agresseurs agissent avec une volonté délibérée de nuire.

Cette notion est souvent citée dans les définitions mais elle ne fait pas l'unanimité des auteurs.

D'une part, car il est difficile de définir l'intention. L'intention s'oppose-t-elle à la nécessité ? renvoie-t-elle à un degré de liberté, de conscience, ou de délibération ? ¹

D'autre part, car les enfants n'ont pas la même perception de l'intentionnalité que les adultes. Cependant bien qu'ils n'en aient pas la même perception, elle ne peut être exclue, car même s'il est présenté initialement sur le ton de la plaisanterie ou du rire une fois le processus installé, les agresseurs ne peuvent plus ignorer qu'ils font souffrir leur victime, et ce même s'ils prétextent que c'est un simple jeu ou plaisanterie.

b) La dynamique du harcèlement :

Le harcèlement scolaire se définit aussi par sa dynamique triangulaire, c'est-à-dire par une relation à trois parties entre l'harceleur – la victime – les pairs/témoins, où chacun joue un rôle indispensable pour que le harcèlement puisse exister, et ce bien souvent à l'insu des adultes.

Dans cette relation, la victime éprouve un sentiment de peur mais aussi de honte et de culpabilité qui l'empêche bien souvent de dénoncer la situation dans laquelle elle se trouve. La victime aura alors tendance à se taire, s'isoler, se replier sur elle-même.

L'harceleur jouit de ce silence et continue souvent discrètement et sournoisement d'harceler sa victime, de façon à ce que les adultes ne voient pas ce qui se passe.

Les témoins ou les pairs, eux sont spectateurs mais pas uniquement. En effet, leurs attitudes encouragent ou dissuadent l'harceleur. Leur rôle est donc primordial. C'est sur cet angle que beaucoup d'interventions pour lutter contre le harcèlement sont mises en place.

c) Quelles formes peut prendre le harcèlement ?

- harcèlement moral : moqueries, surnoms méchants, insultes, rumeurs, menaces, chantage, mais aussi l'isolement et l'ostracisme qui sont une forme de bullying indirecte.
- harcèlement physique : lorsqu'on reçoit des coups ou que l'on se retrouve souvent mêlé – sans le vouloir - à des bagarres, lorsqu'on est victime de violence physique.
- harcèlement d'appropriation : le racket en fait partie car c'est le vol de biens (objets ou argent) qui nous appartiennent.
- harcèlement sexuel : lorsqu'une personne cherche à embrasser, déshabiller ou toucher une autre personne contre sa volonté et de manière répétée.

- la dernière forme, mais qui prend une importance de plus en plus importante dans le harcèlement scolaire est le cyber harcèlement.

En effet avec l'avènement d'internet et la multiplication des nouvelles technologies de l'information et de la communication, le cyberharcèlement est en plein essor. Comme les réseaux sociaux (snapchat, instagram, whats app, etc...), les blogs ou les sites communautaires, il existe désormais des groupes de conversation par établissement ou par groupe d'amis, où à la manière de la série gossip girl, les élèves postent photos, vidéos, commérages et autres messages sur ces réseaux visibles aux yeux de tous les élèves.

Cette forme de harcèlement est très inquiétante, car il n'a plus de limite : il ne s'arrête pas aux portes du domicile, ni aux périodes scolaires. Le harcèlement est finalement continu et Il n'y a plus de répit pour les victimes. La facilité des échanges sur internet et son pouvoir de diffusion permet même au harcèlement commencé dans un établissement d'être prolongé dans un autre.

Son importance est aussi due aux caractéristiques du cyberharcèlement ; et notamment à l'anonymat de l'harceleur et l'absence de victimes en face à face, qui sont propices aux sentiments de puissance et font tomber les barrières morales. En effet cette mise à distance par l'intermédiaire d'écran est un frein à l'empathie et à la compassion¹.

D'après Catherine Blaya, certains chercheurs considèrent que « le critère d'intention est à relativiser étant donnée l'absence des signes de communication non verbales que peut entraîner un malentendu »¹. Il en est de même avec la notion de répétition qui peut être assurée par d'autres acteurs que l'acteur initial, qui partagent à leur tour la vidéo ou ajoutent des commentaires par exemple.

Le cyberharcèlement a donc des caractéristiques qui lui sont propres ; mais qu'il soit une forme à part entière de harcèlement ou le prolongement comme facteur aggravant du harcèlement scolaire, ce phénomène est à prendre en considération dans la prise en charge des victimes. ²²

d) Existe-t-il un type de profils des harceleurs et des harcelés ?

Il n'existe pas de profils type du harcelé à proprement parlé. En revanche « on constate souvent une fragilité du fait de l'histoire du sujet, c'est-à-dire maltraitements, carences, traumatismes, handicap ou particularité physique, ou alors une fragilisation ponctuelle du fait d'un évènement deuil, divorce,

agression, etc... »⁴. Pour Jean Pierre Bellon et Bernard Gardette « il n'y a pas véritablement de profil type, tout au plus [...] une difficulté à se défendre à un moment donné ».²³

Les brimades ciblent des caractéristiques diverses et variées des victimes, comme par exemple :

- le niveau scolaire :

Les élèves avec difficulté d'apprentissage (dyslexique, hyperactif) mais aussi les bons élèves. Les moqueries pour bonne conduite en classe touchent 22% des lycéens français en 2008 selon l'enquête de la DEPP (direction d'évaluation de la prospective et de la performance).

- le niveau socio-culturel :

Ainsi toujours selon la DEPP de 2018, 7.1% des lycéens ont subi des insultes en rapport avec l'origine ou la couleur de la peau, 3.5% des insultes par rapport aux lieux de résidence et 3.1% des insultes à propos de la religion.

- la sexualité :

0.8% des lycéens en 2018 déclarent avoir subi des agressions pour des raisons homophobes et 3.9% avoir subi des insultes homophobes.

- le sexe :

10% des lycéens français interrogés ont subi des insultes sexistes en 2018, 1.6% des agressions sexistes et des violences graves à caractère sexuel. Elles touchent deux fois plus les filles que les garçons. 6.6 % des lycéennes se disent victimes d'un comportement déplacé à caractère sexuel, soit 5 fois plus que les garçons.

-Les caractères physiques : taille, poids^{24,25}, etc..

- Le handicap ou les maladies chroniques, notamment l'autisme²⁶, mais aussi les victimes de viol, les enfants issus de milieu familial violent, conjugopathie, etc...¹⁴

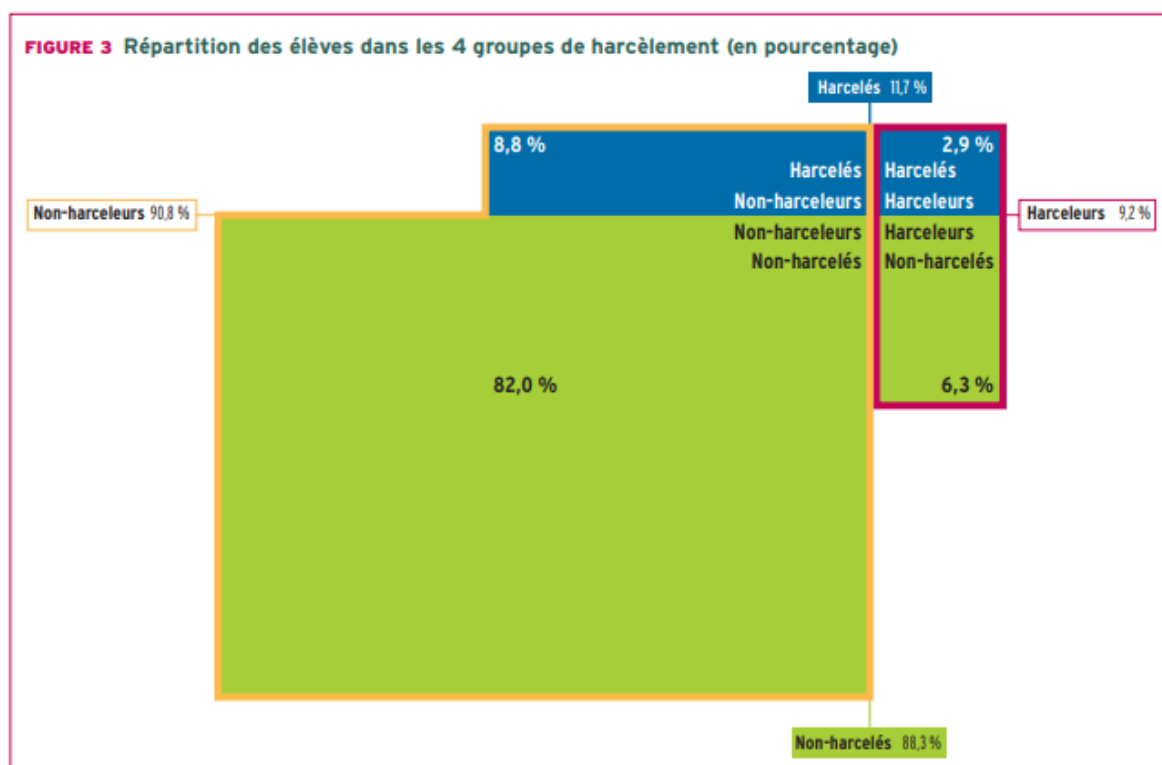
Ainsi, selon Nohémya Grohan « tout peut être prétexte au harcèlement (...) celui-ci est fondé sur le rejet de la différence de l'autre (...) de fait on ne peut pas faire de profil type de l'élève victime »²⁷

Pour les harceleurs, l'existence de profil type divise. Pour certains comme D Olweus et D Farrington, les harceleurs sont bien souvent des individus agressifs envers leurs pairs mais aussi envers les adultes. Ils se caractérisent par « une impulsivité, une faible empathie et un besoin de dominer les autres » qui les prédisposent aux comportements violents, la délinquance et l'alcoolisme.^{28,29}

Pour d'autres comme A Pika et K Rigby, les harceleurs sont des jeunes gens tout à fait ordinaires, qui par des facteurs extérieurs environnementaux comme notamment l'influence de groupe, deviennent des harceleurs.¹

Entre ces deux théories, une alternative commence à émerger. Elle met en avant les points communs entre les personnalités des victimes et des harceleurs comme une vulnérabilité commune, une difficulté à gérer ses émotions, les siennes propres et celles d'autrui »³⁰. Les harceleurs seraient donc bien souvent des enfants ayant eux aussi vécu des traumatismes qui ont intériorisé leurs blessures et émotions, qu'ils extériorisent inconsciemment en projetant leurs souffrances sur les autres émotions. Ainsi il n'est pas rare qu'une victime devienne à son tour harceleur.²⁷

Ainsi les harceleurs-harcelés représentent 2.9% des élèves selon l'étude HSBC de 2014 et environ 30% des harceleurs.



Graphique issu du rapport « La santé des collégiens en France/2014 Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) » de Virginie Ehlinger (Inserm UMR 1027 Université Toulouse III), Nicole Catheline (Centre hospitalier Henri Laborit), Poitiers Félix et Emmanuelle Godeau (Rectorat de Toulouse, Inserm UMR 1027, Université Toulouse III)

2. Aspect historique et socio-culturel :

Le harcèlement entre pairs à l'école est un phénomène spécifique appartenant au large sujet de la violence à l'école. Il est apparu comme sujet d'étude au début des années 1970 dans les pays scandinaves, en raison des liens qu'entretient ce phénomène avec le suicide, dont le taux y est particulièrement élevé. Le premier à s'y intéresser est le psychiatre P. Heinemann, puis Dan Olweus sera le premier à mener une enquête nationale de grande ampleur ³¹ qui inspirera une campagne anti-bullying en 1983.

Au cours des années 1980-1990, le sujet s'exporte en Europe (Angleterre, l'Irlande, les Pays-Bas) mais aussi en dehors : en Amérique (Etats-Unis, Canada) , en Australie, et en Asie. Au Japon ce phénomène est nommé « ijime » (Smith et Morita, 1999). En France ce n'est qu'en 1999 que l'ouvrage de D Olweus est traduit et édité, et ce n'est qu'à la fin des années deux mille, suite aux suicides de jeunes, que l'on admet l'existence du problème et son importance.

C'est aussi à cette période (dans les années 2000-2010) que la médiatisation du harcèlement scolaire est apparue. Un des premiers films mondialement connus qui met en scène ce phénomène est Elephant de Gus Van Sant sorti en 2003, qui retrace l'histoire de la tuerie de Columbine aux Etats-Unis dont l'auteur était harcelé au lycée. En France, la chanson d'Indochine « collège boy » sorti en 2013 dénonce le harcèlement scolaire dans un clip particulièrement violent. En 2016, le téléfilm « Marion 13 ans pour toujours » est l'adaptation cinématographique du livre du même titre, écrit par Nora Fraisse, la mère de Marion Fraisse qui s'est pendue en 2013 en laissant une lettre où elle dénonce le harcèlement qu'elle subissait au collège. Ces œuvres ont fait débat dans notre société et ont permis de lever les tabous.

Depuis de nombreux livres témoignages sont parus (« condamné à me tuer » de Jonathan Destin, « rester fort » le journal intime d'Emilie Monk qui s'est donnée la mort à 17 ans, elle aussi harcelée par ses camarades, mais aussi des livres qui décrivent les conséquences à plus long terme de ce phénomène « de la haine dans mon cartable » Grohan Noemya) mais aussi des livres pédagogiques pour enfant « lili est harcelé à l'école », ou bien encore « seule à la récré » d'Ana et Bloz. Le sujet se retrouve aussi dans les revues parentales, et des livres destinés aux parents sont désormais disponibles pour les aider à faire face aux harcèlements de leurs enfants. Les associations se multiplient (APHEE, APESE, association Ugo crée par Hugo Martinez qui a été harcelé pendant 12 ans à l'école, Marion la main tendue, crée par les parents de Marion Fraisse, AFPSSU).

Des publicités télévisuelles pour des entreprises qui aident les familles dont les enfants sont harcelés ont fait leur apparition. Elles proposent notamment un contrôle et une suppression des publications de cyberharcèlement, et une aide juridique.

Dernièrement la série américaine *13 Reasons Why*, dont la première saison a été proposée en bloc sur Netflix le 31 mars 2017, raconte l'histoire d'une jeune fille qui a laissé des cassettes dans lesquelles elle énonce les treize raisons qui l'ont poussée à mettre fin à ses jours. Massivement regardée, la série a suscité une interrogation : malgré l'avertissement qui précède chacun de ses épisodes, *13 Reasons Why* risque-t-elle de provoquer des passages à l'acte chez les jeunes ? En tout cas, un numéro vert est donné à la fin de chaque épisode pour inciter les jeunes à sortir du silence.

3. Au niveau politique :

a) Les différents plans de lutte

En France les politiques se sont emparés du problème plus tardivement que ses voisins scandinaves. C'est en 2010 que les états généraux de la sécurité à l'école sont lancés et en 2012 que le premier plan de lutte a été mis en place par le ministre de l'éducation nationale de l'époque M. Châtel. Il aboutira à la première campagne de sensibilisation du grand public « non au harcèlement » ainsi que la mise en place d'un numéro vert (aujourd'hui le 3020). Le premier prix remis du concours de court métrage « non au harcèlement » réalisé par des élèves est remis en 2013.

Depuis, le gouvernement de E. Macron en a lui aussi fait une priorité, sous l'investissement personnel de la première dame, qui veut pousser les victimes à sortir de leur silence. En juin 2019, le Ministre M Blanquer propose 10 nouvelles mesures dans la lutte contre le harcèlement scolaire parmi elles :

- Le droit des élèves à suivre une scolarité sans harcèlement va ainsi être inscrit dans le code de l'éducation, et donc "consacré par la loi".

- Un programme anti-harcèlement "clé en main" sera proposé aux écoles et aux collèges : une équipe sera spécifiquement formée à la prise en charge des situations de harcèlement et 10 heures d'apprentissage par an seront consacrés à ce sujet.

- La qualité du climat scolaire sera aussi mesurée dans chaque établissement par le nouveau Conseil national de l'évaluation du système scolaire, créé par la loi sur l'école de la confiance, en discussion au Parlement.

- Une formation sera proposée à "l'ensemble des acteurs" pour prévenir le harcèlement.

- Les établissements scolaires pourront être épaulés par "un réseau départemental d'intervention", en cas de situation de harcèlement complexe.

-Le ministre compte mettre en place un label "non au harcèlement" pour les établissements à la pointe dans la lutte contre le harcèlement scolaire.

La France est donc très investie dans cette lutte dont le but est de porter assistance aux victimes, mais celle-ci reste cantonnée aux élèves, leurs parents et les professionnels scolaires. En effet encore aujourd'hui sur le site « non au harcèlement » dans la rubrique « agir, je suis un professionnel » rien n'est fait pour le médecin généraliste ou le pédiatre. Il mentionne cependant les CMP, la maison des adolescents et le médecin scolaire.

A l'étranger, les plans de luttas sont axés sur d'autres stratégies. Parmi elles, on peut citer :

-programme kiva en Finlande : il se focalise surtout sur le rôle des témoins, et les pousse à sortir du silence en dénonçant les actes de harcèlement.

-la méthode Pika en Suède et reprise au Canada et en Australie, consiste à se focaliser sur les harceleurs sans les sanctionner mais en les rendant acteurs du retour au bien-être de la victime, en mettant en avant les intérêts communs.¹

-au Royaume Uni, les politiques sont plus volontaristes et sanctionnent les harceleurs jusqu'à l'exclusion, alors qu'en Espagne et notamment dans la région de Séville, le plan de lutte est plus axé sur l'empathie et le développement de soi (mais d'après Jean-Pierre Bellon, « cette technique de vrais psychologues scolaires, et pas seulement du personnel éducatif » peut être efficace).

b) Au niveau juridique

En France, le harcèlement moral est un délit depuis la loi du 4 août 2014.

L'article L.222-33-2 du code pénal punit « le fait de harceler autrui par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel », d'une peine de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.

Le cyber harcèlement est également un délit : circonstances aggravantes pour le harcèlement par voie électronique (art 222 – 16). Novembre 18 5

Le législateur fixe que :

- Le harcèlement scolaire est le fait pour un élève ou un groupe d'élèves de faire subir de manière répétée à un camarade des propos ou des comportements agressifs.
- Les actes constitutifs de harcèlement scolaire sont par exemple les moqueries, les brimades, les humiliations, les insultes etc....
- Ils entraînent une dégradation des conditions de vie de la victime, et cela se manifeste notamment par l'anxiété, la chute des résultats scolaires, et la dépression.
- Les faits de harcèlement scolaire sont sanctionnés, qu'ils aient été commis au sein ou en dehors des bâtiments de l'établissement scolaire.
- Le faible âge de la victime (inférieur à 15 ans) constitue une circonstance aggravante pour l'auteur du harcèlement, de même que toute particularité de vulnérabilité (maladie, infirmité, déficience physique, psychique ou un état de grossesse), et l'utilisation d'internet dans la réalisation des faits.
- lorsqu'il cause un ITT supérieur à 8 jours associé à 2 des circonstances mentionnées ci-dessus, il peut être puni de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende.
- depuis la loi du 7 octobre 2016 la diffusion, en l'absence d'accord de la personne, d'image à caractère sexuel prise dans un lieu public ou privé est un délit. L'article 226-2-1 du code pénal réprime des peines de deux ans de prison et 60000 euros d'amende.

4. Epidémiologie

a) Etudes nationales

Enquête 2018 de la DEPP (Direction d'Évaluation de la Prospective et de la Performance) au lycée et

Enquête 2017 DEPP au collège :

Depuis 2011, la DEPP mène, à intervalles réguliers, une enquête de climat scolaire et de victimation auprès des élèves du second degré. Cette enquête donne des informations sur la façon dont les élèves perçoivent le climat scolaire et fournit des indicateurs statistiques sur les actes dont les élèves sont victimes, que ces actes aient fait l'objet ou non d'un signalement.

Ces enquêtes ont été menées en 2011, 2013 et 2017 dans les collèges et 2015 et 2018 dans les lycées. L'élargissement de cette enquête au premier degré est prévu en 2019. Au printemps 2018, un échantillon d'environ 30 000 lycéens de France a été interrogé.

Enquête victimisation de l'OIVE

L'Observatoire International de la Violence à l'Ecole (OIVE, à l'origine Observatoire Européen) a été créé en 1998 à l'initiative d'Eric Debarbieux et Catherine Blaya. L'OIVE compte sur un comité scientifique composé de chercheurs nord-américains (U.S.A., Québec), latino-américains (Mexique, Argentine, Colombie), africains (Mali, Burkina Faso), européens (Espagne, Luxembourg, France, Angleterre, Portugal etc.), australiens et japonais. Outre un journal scientifique à comité de lecture bilingue (International Journal of Violence and Schools), l'OIVE contribue à la dissémination de la recherche au travers de différentes publications et rapports de recherche.

b) Etudes internationales :

Etude HBSC

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est une enquête transversale conduite tous les quatre ans depuis 1982 sous l'égide du bureau régional Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) auprès d'élèves de 11, 13 et 15 ans. Elle permet d'appréhender la perception qu'ont les élèves de leur santé, leurs comportements de santé et plus largement leur vécu au sein de l'école, de leur groupe de pairs et de leur famille.

Les résultats de 2018 ne sont pas encore publiés mais en 2014, l'enquête a concerné plus de 200 000 élèves issus de quarante-deux pays ou régions d'Europe et d'Amérique du nord, à l'aide d'un questionnaire validé par tous les pays. En France elle a concerné 10434 élèves (1742 primaires, 7051 collégiens et 1641 lycéens) issus de 286 établissements soit 481 classes.

Etude PISA: Programm for International Student Assessment ³

Cette enquête éducative est menée tous les 3 ans, auprès d'élèves de 15 ans, de 70 pays membres de l'OCDE ou partenaires. La première enquête PISA date de 2001.

En 2015, l'enquête PISA fournit des résultats récoltés auprès de 540 000 élèves de 15 ans au sein de 72 pays (panel jugé représentatif des 29 millions d'élèves de cet âge scolarisés dans ces 72 pays).

c) Résultats :

Le harcèlement scolaire touche tous les pays étudiés. (hsbc, pisa) et semble donc être un phénomène mondial comme l'évoque Pinheiro P.S dans son étude sur la violence envers les jeunes pour l'UNICEF en 2006². Bien que les résultats diffèrent d'un pays à l'autre, et que la définition même du harcèlement scolaire ne soit pas la même selon les études, la France semble être dans la moyenne internationale : si l'on se réfère à l'étude PISA 2015 (cf graphique annexe 1) *En moyenne, 18% des étudiants français étaient victimes de harcèlement, selon la définition retenue par l'OCDE, au moins plusieurs fois par mois (moyenne OCDE : 19%). 12% des étudiants ont rapporté avoir été l'objet de moqueries de la part de leurs camarades au moins plusieurs fois par mois (moyenne OCDE : 11%)*

Le taux de harcèlement varie ainsi de 5 à 18%. Il est ainsi estimé dans l'enquête nationale de la DEPP de 2017 à 5% si l'on considère la multi victimation importante (qui se définit par le fait d'avoir été victime d'au moins 5 faits de violence) ; mais à 11% si l'on considère la multi victimation moyenne (3-4 faits) Ce taux d'environ 10% se retrouve depuis 2011 dans l'enquête de l'OIVE (11%) mais aussi dans les enquêtes internationales (HSBC 2014: « 12 % d'élèves ont rapporté avoir été brimés à l'école au cours des deux derniers mois » ; PISA 2015 : « 12% des étudiants ont rapporté avoir été l'objet de moqueries de la part de leurs camarades au moins plusieurs fois par mois »)

Cette proportion a significativement diminué dans l'étude HSBC 2014, entre 2010 et 2014 (14% à 12%) et ce surtout en 6^{ème}. (16 à 13% des garçons et 15 à 9% des filles déclarent avoir subi des brimades une à deux fois au cours des deux derniers mois, cf graphique annexe 2). Sur les derniers résultats de la DEPP de 2017 et 2018, il semble plutôt stable (5% au lycée et 11% au collège, avec 5%

de harcèlement dit sévère) Cette multi victimation importante concerne plus souvent les garçons (7% vs 4 % les filles), et est plus fréquente pour les élèves de sixième (8%).

De façon globale, les violences psychologiques et les violences physiques sont fortement corrélées : 87 % des élèves n'ayant pas déclaré de violences verbales ou psychologiques n'ont pas déclaré non plus de violences physiques. (DEPP 2017)

La nature des violences subies n'a pas changé : les vols de fournitures, les mises à l'écart, les surnoms désagréables et insultes sont toujours les atteintes les plus citées (DEPP2017 et 2018). Ainsi 1/3 des élèves de l'étude de la DEPP 2018 disent avoir été victimes de vols de fournitures et d'ostracisme. Les mises à l'écart ont augmenté de 5% passant de 30% à 35% entre 2015 et 2018, et touchent principalement les filles avec 42%. Les vols de fourniture sont eux passés de 33 à 35% et touchent autant les filles que les garçons.

Les tendances restent donc les mêmes : les garçons sont toujours plus sujets aux violences physiques (coups, lancers d'objets...), tandis que les filles sont plus exposées aux violences psychologiques (ostracisme, sentiment d'humiliation), aux insultes (sexistes, via les réseaux sociaux ou le téléphone portable) et aux violences à caractère sexuel.

Les garçons restent aussi dans l'étude HSBC 2014, plus concernés que les filles par les coups et les bagarres, et ce surtout au cours des premières années du collège (elles passent de 20% en 6ème à 10% en 3ème pour les garçons, contre 10% à 6% pour les filles). Bien que marginal (2 %), le racket apparaît plus fréquent en 2014 qu'en 2010. C'est chez les garçons de 6ème qu'il est le plus rapporté en 2014 (4,6 %). Etude HSBC

La nouvelle forme de harcèlement appelée cyberharcèlement semble prendre de l'ampleur sur les dernières années.

Dans l'étude DEPP 2018, Le cyberharcèlement (victime de vidéos/photos/rumeurs humiliantes sur internet) est passé de 4.1 à 9 %, mais on note une baisse notable des usurpations d'identité sur internet 8,6 à 2,4%. Les moqueries sur les réseaux sociaux touchent 7.5% des lycées. Au total, 13.9% des lycéens se disent victimes d'une de ces 3 violences par internet ou par téléphone. Si on ajoute au moins une insulte ou surnom désagréable au téléphone ou par internet le chiffre monte à 18.2%.

Etude HSBC 2014 : Le harcèlement par messages ou photos reste rare (6,5 % des élèves ont subi un harcèlement par message au moins une fois dans le bimestre et 1,5% l'ont été deux fois ou plus,

alors que 3,3 % ont été harcelés par photo au moins une fois dans le bimestre ; et 0,6 % l'ont été deux fois ou plus). On note cependant que le harcèlement par photos (au moins une fois) touche autant les filles que les garçons, mais celui par messages concerne plus souvent les filles (8,5 % des filles ont été victimes au moins une fois, vs 4,5 % des garçons).

Contrairement aux autres années, les élèves des réseaux d'éducation prioritaires ne déclarent pas davantage de multi victimation mais ont toujours une opinion moins favorable sur le climat scolaire. Il y a moins de mise à l'écart mais plus de jeux dangereux et insultes à caractère religieux.
(DEPP 2017)

L'indice de climat scolaire connaît une légère baisse qui est en partie due à une opinion un peu moins favorable pour les filles. Le recul des opinions positives se constate principalement pour les questions relatives à la sécurité à l'extérieur du lycée (DEPP 2018).

De même, bien que le pourcentage d'élèves déclarant se sentir bien dans leur établissement soit important (94% d'après les dernières études DEPP 2017 et 2018), et que 90% des élèves se trouvent en bonne santé, les plaintes somatiques et/ou psychologiques ont augmenté pour les deux sexes entre 2010 et 2018 (étude HSBC) et 4 élèves sur 10 déclarent en souffrir. Dans cette même étude, le fait d'avoir une perception positive de sa vie a diminué chez les filles et est à mettre en parallèle avec le fait qu'elles soient plus stressées par le travail (36% des filles de 3^{ème} en 2014 vs 26% en 2010, contre respectivement 25 et 21% chez les garçons).

Conclusion : le harcèlement scolaire semble être un phénomène mondial, et la France semble être dans la moyenne internationale. Bien que son pourcentage d'élèves déclarant se sentir bien dans leur établissement soit en augmentation (94%), le taux de harcèlement semble se maintenir aux alentours de 10%, avec un harcèlement important qui reste stable à 5%.

Les tendances restent les mêmes : les garçons sont toujours plus sujets aux violences physiques (coups, lancers d'objets...), tandis que les filles sont plus exposées aux violences psychologiques (ostracisme, sentiment d'humiliation), aux insultes (sexistes, via les réseaux sociaux ou le téléphone portable) et aux violences à caractère sexuel. La nouvelle forme de harcèlement appelée cyberharcèlement semble prendre de l'ampleur sur les dernières années.

5. Les conséquences du harcèlement scolaire³² :

A court terme, ces violences génèrent chez les patients un stress et un état d'anxiété³³ qui peut se manifester sous différentes formes . Les victimes peuvent souffrir de divers troubles psychosomatiques³⁴⁻³⁶ tels que vomissements, évanouissements, maux de tête, de ventre, mais aussi dans certains cas, d'énurésie et de trouble du sommeil.^{36,37}

Certaines victimes peuvent développer des troubles du comportement, comme des troubles du comportement alimentaire³⁸ ou des comportements violents, une irritabilité .

Ce harcèlement peut aussi conduire à un isolement relationnel²⁷ . En étant malmené par ses pairs, l'enfant se referme sur lui-même et passe sa détresse sous silence. Cet isolement le prive d'un partage émotionnel et d'échanges lui permettant de réfléchir sur sa situation, ne lui donnant pas la possibilité de s'appuyer sur autrui pour trouver une solution. Il va également favoriser le développement d'un sentiment de honte, de perte d'estime de soi³⁹, puis de culpabilité pouvant entraîner une indisponibilité psychique ainsi qu'un sentiment d'abandon qui peut le pousser à accroître son recours à la violence. Selon l'enquête DEPP de 2017, 6 % des collégiens ne se sont pas rendus au collège au moins, une fois dans l'année car ils avaient peur de la violence.

L'absentéisme⁴⁰ : est donc une autre conséquence importante du harcèlement scolaire.

A moyen terme,

Les victimes de harcèlement scolaire auront donc tendance à développer des troubles anxio-dépressifs^{41,42} . Avec le temps, l'élève harcelé risque de perdre confiance en lui ⁴³. Il aura alors tendance à donner un sens aux épreuves qu'il endure, et à développer un sentiment de culpabilité. Cette culpabilité et cette honte l'empêchant de trouver l'appui de son entourage, peut générer un profond sentiment de désarroi et conduire à un comportement suicidaire^{39,41,44} . D'après l'enquête Unicef « adolescent en France le grand malaise » de 2014, les adolescents harcelés ont 1,6 fois plus de risque d'avoir des pensées suicidaires que les autres, et 2,3 fois pour les victimes de cyberharcèlement. Pour Nicole Catheline «un jeune enfant harcelé en primaire court quatre fois plus de risque de faire une tentative de suicide à l'adolescence ».⁷

Le harcèlement peut aussi entraîner un recours à la violence de la part des victimes, (invoquée comme unique moyen de se défendre) et une augmentation des comportements violents. La honte et l'humiliation peuvent exploser en violence paroxystique. La recherche sur les school-shooters a d'ailleurs montré que 75 % des school shootings ont été commis par des personnes qui ont été harcelées à l'école. Le recours aux addictions est aussi plus importante^{32,40} .

L'anxiété peut aussi conduire à un absentéisme chronique^{42,45,46} voire à un refus scolaire anxieux^{4,42}.

D'après Blaya C, Entre 20 % et 25 % des élèves absentéistes chroniques ne vont plus à l'école par peur de ce harcèlement [Blaya C., 2010, Décrochages scolaires : l'école en difficulté, Bruxelles, De Boeck.]. L'absentéisme chronique ainsi, que les troubles de la mémoire et de la concentration issus de l'anxiété générée par le harcèlement menacent la réussite scolaire. Ces manifestations peuvent même mener la victime à des orientations inadaptées ou à un arrêt prématuré de sa scolarité. Le harcèlement scolaire est considéré comme un facteur de risque d' Échec scolaire^{42,47,48} et de refus scolaire anxieux ; car même si il n'est pas le seul responsable, le harcèlement est un traumatisme qui rentre dans les facteurs précipitants du refus scolaire anxieux.

Le syndrome de stress post traumatique^{27,49-51} : les personnes souffrant de SPT peuvent continuer à revivre cet événement traumatisant par des souvenirs constants, des flash-backs, des cauchemars. Ces reviviscences et cette hypervigilance, les poussent à une conduite d'évitement des situations dite à risque et génèrent une grande anxiété. D'après Nicole Catheline 40% des victimes de 8 à 12 ans , présentent un état de stress traumatique »⁷. Il semblerait que le risque de SPT soit plus important chez les filles, chez les harceleurs-harcelés et chez les victimes de harcèlement fréquent et soutenu⁴.

Une fois adulte, les victimes de harcèlement scolaire peuvent garder des séquelles de ce traumatisme. Ainsi elles présentent plus de Troubles psychiques⁵² . leur risque de dépression et de tentatives de suicide sont majorés^{9,53}. Ainsi dans une cohorte prospective de 7771 enfants de 7 à 11 ans menée aux USA, le taux de dépression et de risque suicide à l'âge adulte, est double.¹⁰

La vulnérabilité relationnelle acquise dans l'enfance ou l'adolescence du fait du harcèlement peut entraîner des troubles de la socialisation. Les anciennes victimes de harcèlement scolaire ont plus de risque de souffrir d'une faible estime de soi⁴³, et d'avoir des difficultés d'adaptation dans le contexte relationnel, amoureux¹⁰ mais aussi professionnel^{43,54} . Le harcèlement scolaire a un impact négatif sur le niveau socio-economique⁴³.

De manière générale, les adultes qui ont souffert dans l'enfance du harcèlement scolaire, ont une moins bonne santé⁴³, psychique mais aussi physique, avec une plus grande tendance au stress⁴³ et aux Addictions⁵³ aux médicaments ou aux drogues.

6. Harcèlement scolaire et médecine générale :

Dans la littérature scientifique, les médecins de soins primaires ont un rôle important dans la prise en charge des élèves en situation de harcèlement scolaire et beaucoup d'articles vont dans le sens d'une responsabilité des professionnels de santé.^{13,16} Le harcèlement scolaire est d'ailleurs souvent défini comme un problème de santé publique.^{11-13,15,16,19,20,55-58}

Le rôle du médecin est multiple :

Le dépistage est le premier pas vers une prise en charge. Le médecin doit donc dépister les élèves en situation de harcèlement scolaire^{11-13,15-20,55} en engageant la discussion sur le sujet⁵⁵ mais doit aussi dépister les comorbidités associées au harcèlement, notamment psychiatrique tel que le risque suicidaire^{11,15-17}. Aux Etats Unis, il est recommandé faire un dépistage sur point d'appel. Il est préconisé de :

- ➔ Suspecter un harcèlement lorsque des enfants atteints de maladies chroniques commencent à se détériorer pour des raisons inexplicées ou lorsque les enfants ne respectent pas les régimes médicamenteux » (recommandation de grade C)¹⁴
- ➔ Poser des questions sur le harcèlement
 - quand l'enfant et l'adolescent présentent des symptômes psychosomatiques et un comportement inexplicé
 - quand ils ont des problèmes avec l'école ou leurs amis,
 - quand ils consomment du tabac, de l'alcool ou d'autres drogues
 - quand ils expriment des idées suicidaires(recommandation de grade C)¹⁵
- ➔ De plus, les patients identifiés comme harceleurs devraient être dépistés pour des troubles de conduite (comportement) et d'autres comorbidités psychiatriques. (recommandation de grade C)¹⁵

Le médecin a aussi un rôle d'écoute et de soutien. Certains auteurs considèrent que le médecin doit être capable de lui apporter son aide en le conseillant sur les stratégies anti-bullying à adopter, afin d'améliorer ses relations sociales^{12,13,18,20,56}. Inclure les parents à la prise en charge de l'enfant en les éduquant (c'est-à-dire en les aidant sur le comportant à adopter, en leur expliquant les risques, les signes de gravité à surveiller, etc...) semble être une condition indispensable à une prise en charge

optimale de l'enfant en souffrance.^{11-13,15,17-20} . Une recommandation américaine préconise ainsi d'« Inciter non seulement les patients, mais aussi les parents / soignants, à agir et à dissuader les comportements d'intimidation »¹⁴

Le médecin généraliste a un rôle de coordinateur de soins et peut réorienter son patient en psychiatrie si nécessaire^{12,15,16,18} . La prise en charge doit être pluridisciplinaire, ainsi le recours aux psychiatres, psychologues, médecins scolaires et associations sont des possibilités diverses et variées à exploiter. Certains auteurs insistent aussi sur la nécessité de connaître la législation du harcèlement scolaire¹⁹ , et sur la capacité du praticien à pouvoir réaliser un certificat de coups et blessures¹² .

Enfin, le rôle du médecin généraliste dans la prévention primaire du harcèlement scolaire est aussi évoqué. Il est préconisé de parler de harcèlement scolaire avec les enfants dès leur scolarisation, en cabinet de médecine générale ou même dans des actions locales d'éducation^{12,15-17,20} . Aux Etats-Unis il existe une recommandation de grade B qui préconise de soutenir les programmes d'intervention en milieu scolaire et communautaire, qui se sont révélés être l'une des stratégies les plus efficaces.¹⁴

Le médecin a donc un rôle multiple à jouer et les patients, ainsi que leurs parents, attendent cette aide de leurs médecins généralistes.

Dans la thèse du Dr Horcholle les adolescents confient qu'ils attendent de leurs médecins généralistes « des explications sur cette situation qui les dépasse et aimeraient recevoir des conseils ». Ils se disent « prêts à se confier et être écoutés à condition que le médecin les mette en confiance ... »¹².

De même dans deux autres études anglaises, on retrouve que plus de 90% des jeunes pensent qu'il est important que le médecin généraliste soit capable de reconnaître et d'aider une victime de harcèlement scolaire. Ils attendent une meilleure implication de leur part dans ce problème.^{11,13}

D'après ces mêmes études, les parents des victimes sont eux aussi demandeurs d'aide. En effet, 86% et 88% d'entre eux pensent qu'il est important que le médecin généraliste soit capable de reconnaître et d'aider un enfant en situation de harcèlement scolaire. Cependant cette aide est pour la moitié d'entre eux insuffisante.^{11,13} Ce point de vue peut être mis en parallèle avec les résultats de l'étude « *Young people who are being bullied – do they want general practice support?* » ou près de la moitié des 34% de parents ayant discuté avec le GP du harcèlement de leur enfant n'ont pas trouvé cela très aidant.¹³

Dans ses entretiens avec les médecins généralistes, le Dr Loaëc explique ainsi que les médecins généralistes sont conscients de leurs « rôle d'écoute et de soutien » mais que pour eux « le reste est

mal défini ». L’auteur met notamment en cause « l’absence de consensus sur ce qu’on peut attendre d’un médecin généraliste quand on est victime, parent de victime, établissement scolaire ou institution ministérielle » qui « en est selon (lui) le corollaire.»²⁰ .

En effet en France, il n’existe pas à ce jour de recommandations pour la médecine générale, et le rôle du médecin dans ces situations reste flou. Devant cette absence de conduite à tenir, il est légitime de se demander comment les médecins généralistes dépistent-ils et prennent-ils en charges les victimes de harcèlement scolaire. Après revue de la littérature aucune enquête de pratique n’a été retrouvée à ce jour. Seule une thèse qualitative de médecine générale du Dr Loaec de l’université de Reims en 2017, basée sur des entretiens semi dirigés auprès de 15 médecins généralistes de la région d’Ile et Vilaine a été recensée.

III. MATERIEL ET METHODES :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale de type enquête de pratique, réalisée sur 8 départements de la région Rhône-Alpes.

2. Objectifs :

a) Objectif primaire :

Notre objectif était de savoir qu'elles sont les pratiques des médecins généralistes dans les situations de harcèlement scolaire dans la région Rhône-Alpes.

b) Objectifs secondaires :

- d'analyser les pratiques en les comparant aux recommandations étrangères ou non officielles.
- connaître les ressentis et le vécu des médecins généralistes, afin de mettre en avant les freins au dépistage (et à la prise en charge) des élèves victimes de harcèlement scolaire.
- connaître les besoins des médecins généralistes en Rhône-Alpes pour mieux prendre en charge ces patients.
- définir des pistes d'amélioration de prise en charge

3. Ethique :

La demande de commission éthique pour ce travail, faite sur la fiche de thèse n'a pas été retenue par le DMG de Lyon.

4. Déroulement de l'enquête :

Il s'agit d'une enquête épidémiologique descriptive transversale qui s'est déroulée du 27/01/2019 au 13/08/2019 envoyée via plusieurs voies de diffusion de façon à obtenir un maximum de réponses.

Une phase de pré-test avait été réalisée en janvier 2019 auprès de 2 médecins généralistes qui avaient estimé le temps de réponse à moins de 10 minutes.

a) Population cible

La population cible de cette étude observationnelle descriptive quantitative et transversale était les médecins généralistes thésés exerçant en libéral dans la région Rhône-Alpes.

b) Critères d'inclusion

Le seul critère d'inclusion était le fait d'exercer en cabinet de médecine générale (seul, en association ou en MSP) dans la région Rhône-Alpes.

c) Critères d'exclusion

Nous avons exclu de l'étude les médecins non thésés. Ce choix a été réalisé dans le but de cibler la population ayant le plus de risques d'être confrontée à cette problématique, car ayant une expérience professionnelle plus complète et notamment en termes de suivi des patients, ce qui est rarement le cas des internes remplaçants.

Nous avons aussi exclu les médecins généralistes qui travaillent dans les services d'urgences pédiatriques, les centres de santé et les médecins généralistes dits à exercice particulier exclusif type angiologue, allergologue, etc...

d) Choix du questionnaire

Nous avons choisi un questionnaire auto-administré via Internet car il permettait une large diffusion aux médecins, tout en garantissant l'anonymat de leurs réponses, ce qui nous a semblé intéressant pour évaluer des pratiques professionnelles.

Un aspect pratique du questionnaire auto-administré est la rapidité de réponse avec la possibilité de remplir le questionnaire en plusieurs temps si le médecin est occupé.

Il permet d'explorer différents aspects de la question aussi bien au niveau du savoir, de l'expérience que du ressenti.

e) Voies de diffusion :

Nous avons fait le choix de diffuser notre questionnaire par mail. Le mail présentait un objet intitulé « thèse de médecine générale sur le harcèlement scolaire » ainsi qu'un corps de texte explicatif de l'étude et le lien vers le questionnaire hébergé par Google Forms contenant un texte explication ainsi que le lien vers le questionnaire sur internet.

Les questionnaires ont été dans un premier temps envoyés de ma boîte mail personnelle aux médecins généralistes en exploitant différentes mailing listes.

Puis dans un second temps (après sélection et acceptation des élus), l'Union Régionale des Professionnels de Santé de la région Auvergne -Rhône-Alpes a envoyé le 25/07/2019, via leur boîte mail, mon questionnaire associé d'un mail de sollicitation, aux médecins généralistes installés de la région Rhône-Alpes.

5. **Elaboration du questionnaire** : (annexe 4)

Pour satisfaire notre étude, la limite de 20 questions, nous a semblé raisonnable pour permettre une analyse complète des pratiques tout en maintenant une durée de réponse au questionnaire acceptable. Pour respecter les critères d'une étude quantitative et pour pouvoir analyser les réponses, le questionnaire était formulé en questions fermées, mais pour être le plus complet possible, beaucoup des questions étaient à choix multiple. Les réponses proposées étaient issues de recherche bibliographique, et dans le souci « d'exhaustivité », et de ne pas frustrer les répondants qui ne se seraient pas reconnu dans les propositions, deux questions QCM comportaient un item « autre » qui permettait de s'exprimer comme dans une question ouverte.

Le questionnaire était divisé en deux parties : une première pour recueillir des données générales sur la population étudiée, sur le harcèlement scolaire rencontré en cabinet de médecine générale, la deuxième sur les pratiques des médecins généralistes une fois la situation de harcèlement scolaire confiée.

Les premières questions ont donc eu pour but de caractériser l'échantillon. Dans un premier temps selon des questions catégorielles : sexe, âge, lieu d'exercice (départements du 69/42/01/38/26/07) mais aussi milieu d'activité (rural, semi-rural, urbain), et mode d'exercice (seul, en association, en MSP), de manière à pouvoir le comparer aux données démographiques médicales du Conseil de l'Ordre des Médecins, puis dans un deuxième temps nous avons cherché à caractériser les répondants par la fréquence de leurs consultations pour des patients mineurs.

Pour évaluer la sensibilisation des professionnels de santé à ce phénomène nous leur avons demandé la fréquence du harcèlement scolaire en France, selon cinq possibilités : 20%-10%-5%-1%-ne sait pas.

Pour quantifier la fréquence des consultations de patients victimes de harcèlement scolaire, nous avons choisi une question en deux temps. Une première estimation sur le mois de façon à diminuer au maximum le biais de mémorisation et une deuxième sur l'année pour avoir une approximation sans biais grâce à une durée courte.

La question caractérisant le type de harcèlement avait elle aussi deux parties : une pour les différents types de harcèlement scolaire rencontrés et une pour les types les plus fréquemment rencontrés, de façon à pouvoir être exhaustif tout en pondérant les caractéristiques données.

Pour le dépistage du harcèlement scolaire, quatre questions ont été posées. Une sur le motif de consultation pour observer à quelle occasion les situations de harcèlement scolaire ont été dépistées. Une sur la fréquence du dépistage fait par les médecins généralistes (systématique/sur point d'appel/jamais) mais aussi sur le type de question qu'ils ont posé (question large ou ciblée). Pour évaluer l'efficacité du dépistage, la question numéro 11 demandait qui a, en général, évoqué la situation de harcèlement scolaire : le praticien, le patient, les parents.

La deuxième partie du questionnaire portait elle sur les pratiques des médecins généralistes, une fois la situation de harcèlement scolaire révélée.

Les premières questions de cette partie portaient sur l'examen du patient, physique mais surtout psychologique avec notamment l'utilisation de questionnaire écrit pour l'évaluation des troubles psychiques et l'évaluation du risque suicidaire.

Les autres questions étaient axées sur la prise en charge des patients. Deux questions avaient pour but de cibler l'interlocuteur privilégié des médecins, une autre sur le type d'action mis en place.

Les deux dernières questions étaient consacrées aux freins et aux ressentis des médecins généralistes face à ces situations.

6. Recueil de données

Le questionnaire a été créé via Google FORMS, logiciel de création de questionnaire et a été diffusé du 27/01 au 13/08/2019. Il n'y a eu aucune relance.

(Les médecins se sont administré le questionnaire de façon anonyme et autonome).

Les données ont été recueillies dans un fichier Excel et nous les avons analysées après clôture définitive du questionnaire le 13/08/2019.

7. Méthode de traitement :

L'ensemble des statistiques a été effectué avec le logiciel Excel (version XX) et le logiciel R (Version 3.4.3).

Pour une taille d'échantillonnage aléatoire de 230 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, sur une population de 5073 médecins installés dans les départements, la marge d'erreur de ce sondage est de 6.4% pour un niveau de confiance de 95%, en prenant des hypothèses de biais maximal ⁵⁹.

Les résultats sont présentés en nombre associé à leurs pourcentages (n - %) pour les variables qualitatives, et aux moyennes associées à leurs déviations standards pour les variables quantitatives ($m \pm SD$).

Les analyses statistiques effectuées ont été réalisées par un test χ^2 avec une simulation de la *p value* pour les comparaisons de variables qualitatives, et un t-test pour la comparaison de moyenne. Le seuil de significativité de la *p value* a été défini par convention à 0.05. L'étude menée ayant un objectif principal purement descriptif, et l'ensemble des tests effectués ont été réalisés dans une perspective d'exploration d'hypothèse, aucun ajustement des *p value* n'a été effectué.

Résumé : enquête de pratique auprès de médecins généralistes, par envoi de questionnaires anonymes sur internet, diffusés en partie par l'URPS AuRA, entre janvier et août 2019. L'objectif primaire était de faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région sur le dépistage et la prise en charge des victimes du harcèlement scolaire. La marge d'erreur de ce sondage était de 6.4% pour un niveau de confiance de 95%.

IV. RESULTATS :

1. Taux de non réponses :

Sur 700 mails envoyés via ma boîte mail personnelle, seuls 442 ont pu être reçus (après extraction de 258 adresses mails erronées ou messagerie sécurisée)

Sur les 442 mails envoyés nous avons obtenus 92 réponses (soit 20% de taux de répondants).

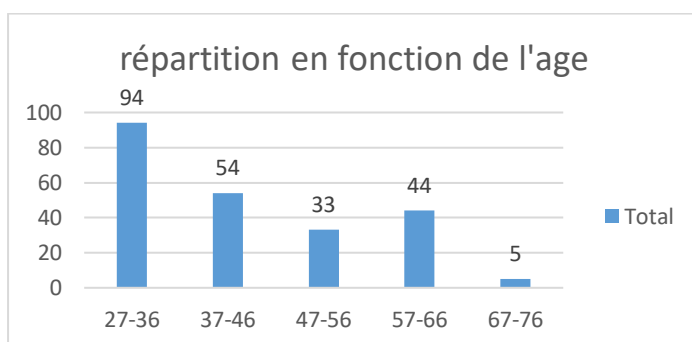
L'URPS a envoyé 3742 mails, ce qui nous a permis d'obtenir 138 réponses en plus, soit un taux de réponses de 230 réponses au total.

Le nombre total de répondants est donc de 230 sur 4184 mails envoyés soit 5,5%.

2. Analyse descriptive de la population globale :

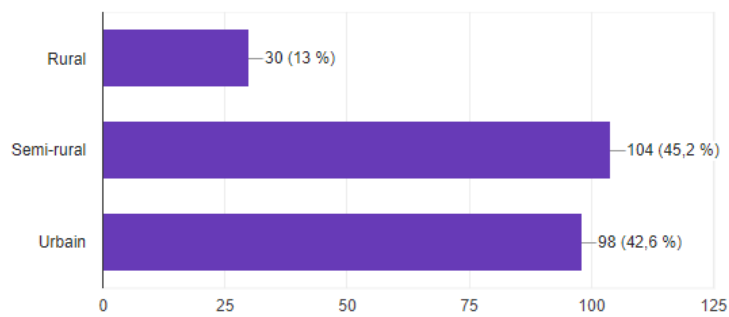
2-1 Caractéristiques de l'échantillon :

La population de médecins interrogés est assez jeune (40.9% entre 27 et 36 ans (n=94), 23.5% entre 37 et 46 ans (n=54), 14.3% entre 47 et 56 ans (n=33), 19.1% entre 57 et 66 ans (n=44) et 2.2 entre 67 et 76 ans (n=5))

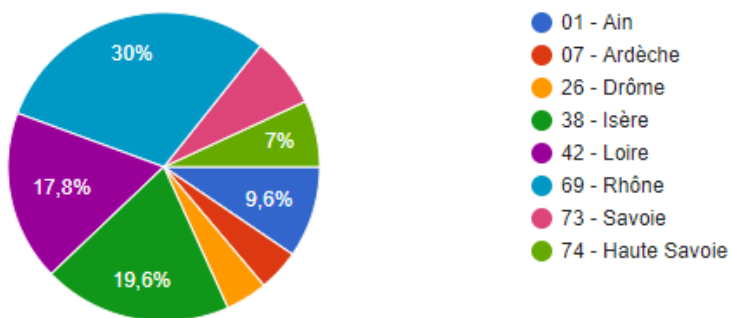


Le sexe ratio est cependant déséquilibré (64% de femmes pour 36% d'hommes)

Tous les milieux d'exercice sont représentés (42% urbain, 45 % semi rural, 30% rural), et sont répartis sur 8 départements (30% dans le Rhône, 17.6 % dans la Loire et 19.6% en Isère, Drôme : 4.3%, Ardèche : 4.3%, Savoie : 7.4%, Haute Savoie : 7%, Ain : 9.6%)

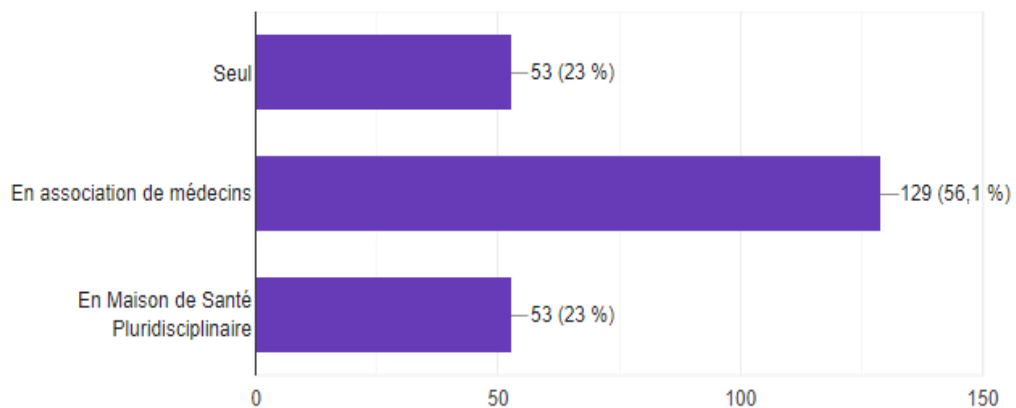


Répartition selon le milieu d'exercice



Répartition selon le département

Et tous les modes d'exercice sont représentés (56% de médecins en association, 23% en MSP et 23 % en exercice seul).



Répartition selon le mode d'exercice

La population sélectionnée voit régulièrement des mineurs (19% des 93 médecins interrogés (18) considèrent qu'ils ne voient que rarement des mineurs). Cependant, si on applique la consigne de ne répondre que si 0 victime vue sur l'année : 5/12 soit 42% ont répondu en voit rarement. (On note que sur les 18 médecins qui ont répondu ne voir que rarement des mineurs en consultation, ils sont 11 à en avoir vu moins de 2 sur l'année).

Parmi les médecins qui ont déclaré n'avoir rencontré aucune victime sur le dernier mois : 40 médecins (soit 70%) déclarent voir souvent des mineurs en consultation et 16 (29%) déclarent en voir rarement (on notera qu' ils sont 46 à s'être abstenus)

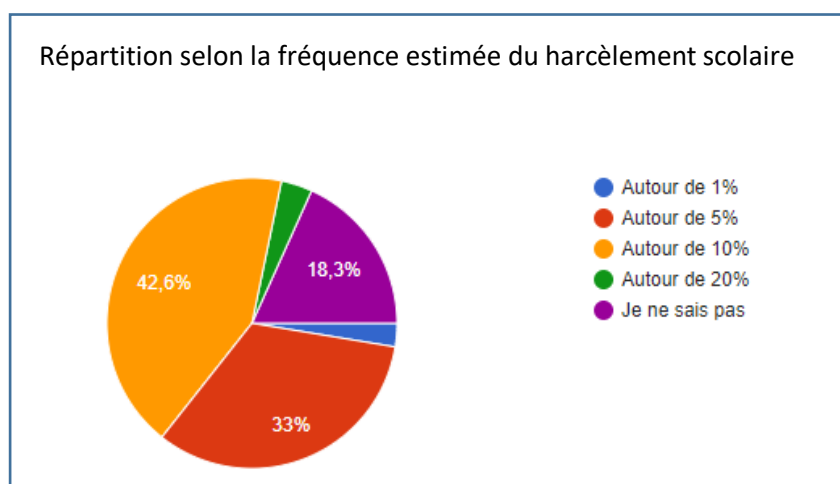
2-2 Le degré de connaissances de la fréquence du harcèlement scolaire en France :

42 médecins sur 230 soit 18% répondent ne pas savoir.

43 % des médecins répondants (n=98) donnent une estimation de la fréquence du harcèlement autour de 10%. Cette estimation est compatible avec le taux de victimation modéré retrouvée dans la dernière enquête nationale de la DEPP 2017, et le taux de harcèlement scolaire de l'enquête HSBC de 2014.

On constate que 35% (n=82) des médecins interrogés ont sous-estimé la fréquence du harcèlement, mais cette sous-estimation est faible pour la majorité d'entre eux. Seuls 6 médecins sous-estiment la fréquence du harcèlement scolaire aux alentours de 1%, et 76 médecins (soit 33% des médecins du panel) ont donné un chiffre de 5%, qui est un chiffre compatible avec la fréquence des cas sévères de harcèlement scolaire (ou de victimation importante) de la DEPP 2017.

Ils sont 3.5% (n=8) à le surestimer à 20%.



2-3 Fréquence et type de harcèlement scolaire en consultation de médecine générale :

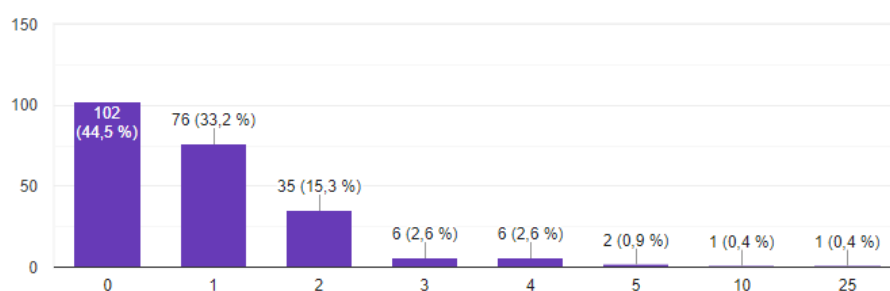
a) Nombre de consultations

En moyenne les médecins ont vu en consultation un élève victime de harcèlement scolaire sur le dernier mois (233 victimes /229 médecins) et 4.7 sur l'année (132/229).

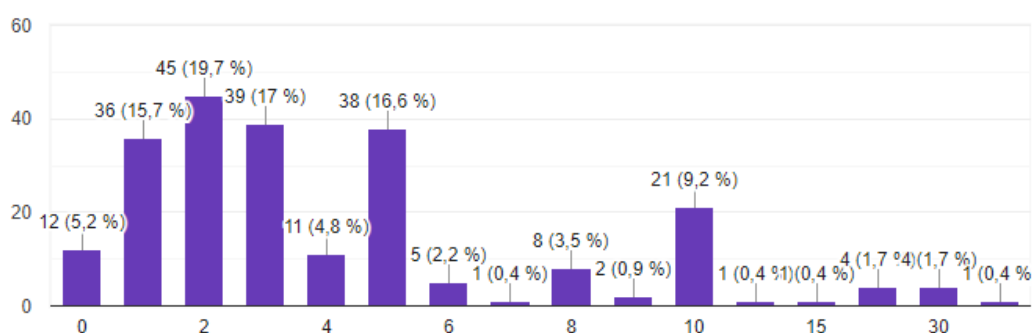
Ils sont seulement 25% (n=51) à avoir rencontré plus d'une victime sur le mois, et 42% (n=97) à en avoir rencontré plus de trois sur l'année.

On note que 12 médecins pensent ne pas avoir rencontré de victimes sur la dernière année et un médecin pense en avoir rencontré 40. Ils sont 21 à penser en avoir rencontré 10, 4 à avoir rencontré 20 et en avoir rencontré 30.

Répartition en fonction du nombre d'élèves victimes de HS rencontrés sur le mois



Répartition en fonction du nombre d'élèves victimes de HS rencontrés sur l'année



b) Types de harcèlements rencontrés :

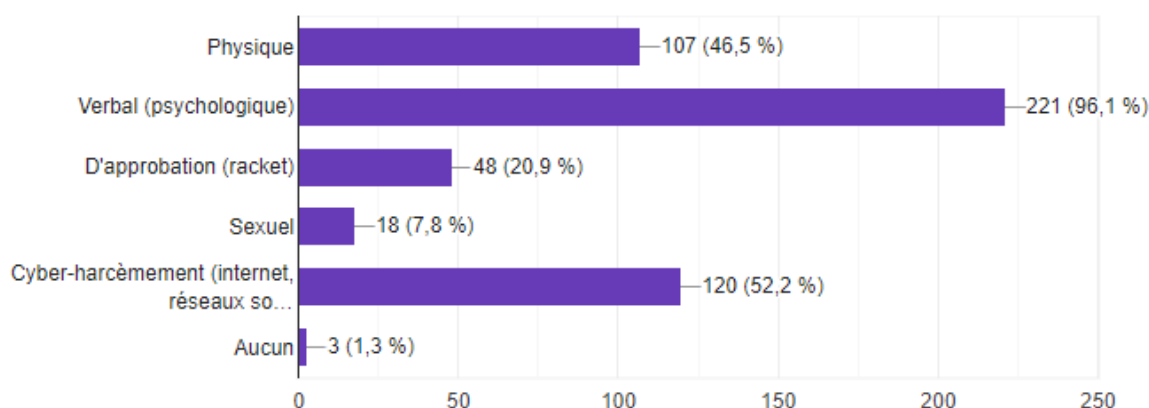
Tous les types de harcèlement sont rencontrés (verbal, physique, cyberharcèlement, d'approbation, sexuel) mais le plus fréquent reste le harcèlement verbal.

Ils sont 96% des médecins (n=221) à avoir déjà rencontré une telle situation.

Le cyberharcèlement est rapporté par 122 médecins (soit 52 % du panel), et le harcèlement physique par 107 médecins (soit 46%). Le harcèlement d'approbation est dénoncé par 20% des médecins du panel et le harcèlement sexuel par 7.8 %.

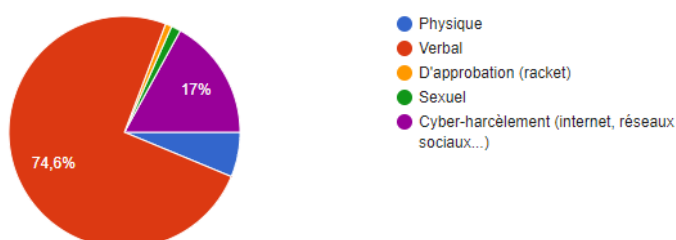
Trois médecins déclarent n'avoir jamais rencontré un de ces harcèlements.

Répartition en fonction du type de harcèlement rencontré



Le type de harcèlement considéré comme le plus fréquent par les médecins généralistes est le harcèlement verbal 75% (cités par 167 médecins), puis le cyberharcèlement 17 % (cité par 38 médecins) suivi du harcèlement physique, 6% (cité par 13 médecins) .

Type de harcèlement le plus fréquent :



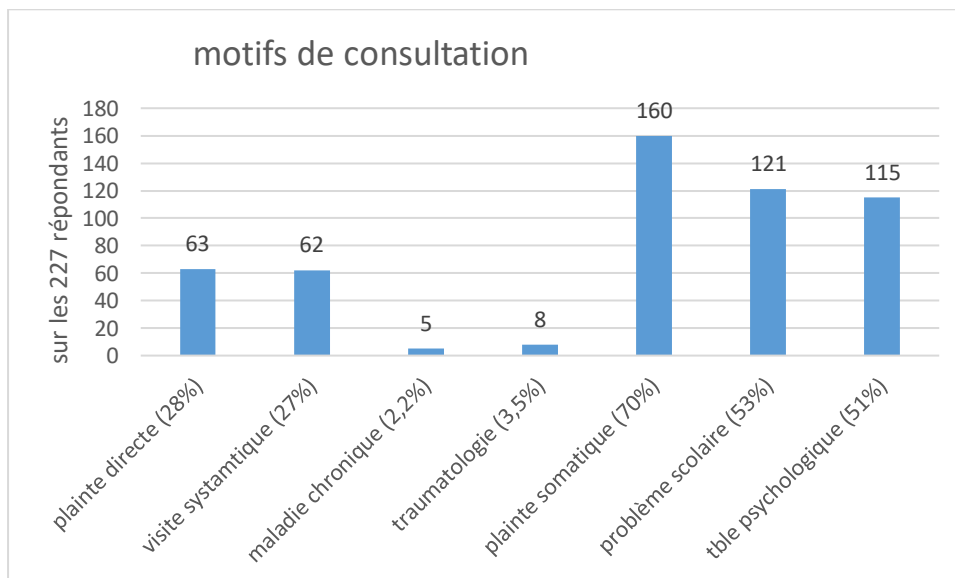
2-4 Analyse du dépistage

a) A quelle occasion les médecins ont-ils effectué ce dépistage ?

Les motifs de consultations les plus fréquents sont les plaintes somatiques inexplicables (70%), les problèmes scolaires (53%) et les troubles psychologiques (51%), bien avant la plainte directe de harcèlement (28%), ou les visites systématiques (27%).

Les motifs pour problème traumatologique ou consultation dans le cadre d'un suivi pour maladie chronique sont rares (8 soit 3.5% et 5 soit 2.2%)

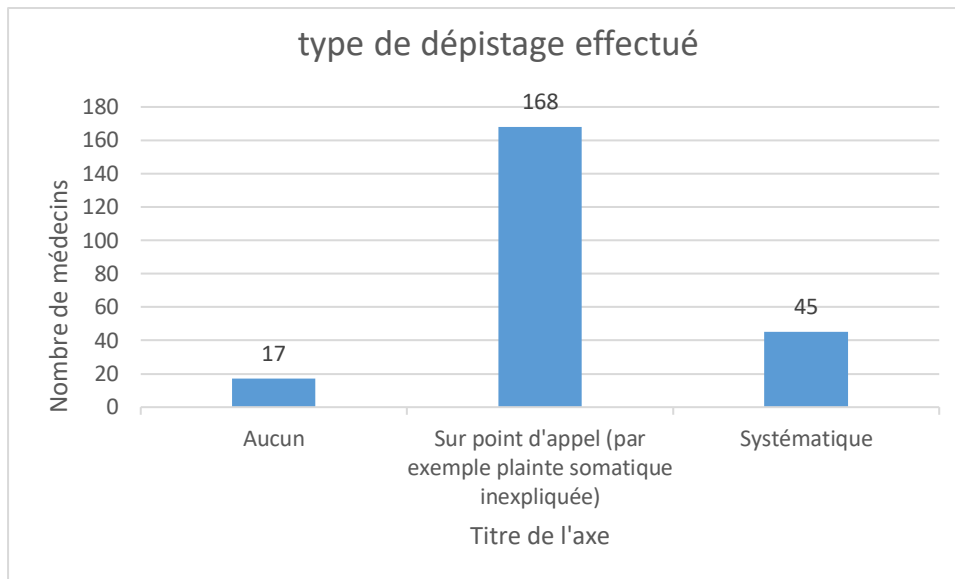
Parmi les réponses « autre » : on note 2 sur demande des parents, 1 pour contraception et 1 pour un certificat



b) Comment les médecins ont-ils dépisté ce harcèlement ?

Les médecins sont 20% (n=45) à faire un dépistage systématiquement, 73% à faire un dépistage sur point d'appel (n=168) et 7% (n=17) à n'en faire aucun.

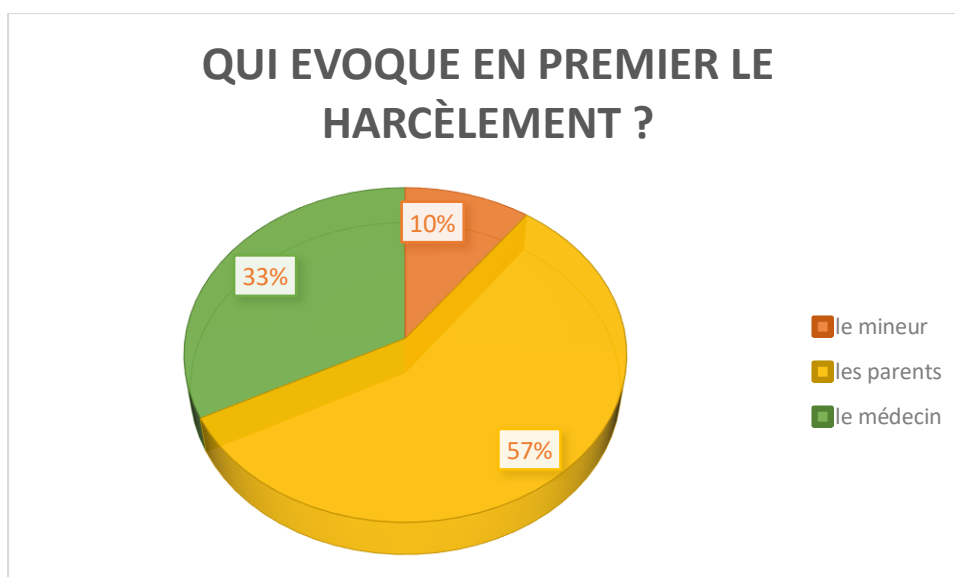
Ils sont 22% (n=50) à utiliser une question ciblée et 78% (n=177) à utiliser une question large.



c) Qui évoque en général le premier le harcèlement scolaire ?

Pour 57% des répondants (n=130), ce sont les parents qui évoquent en général en premier la situation.

Pour un tiers des répondants (n= 74) c'est le médecin et dans seulement 10% (n=23) c'est le jeune lui-même.



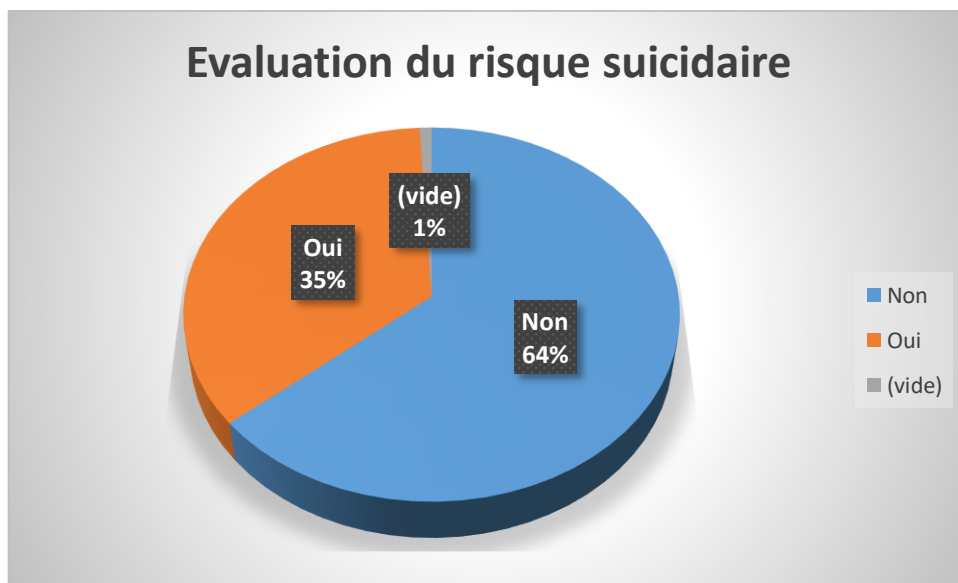
2-5 Evaluation des pratiques :

a) Examen clinique :

55% (n= 126) des médecins font systématiquement un examen du patient en sous-vêtement.

Ils sont 95% (n=216) à évaluer les troubles psychologiques à l'oral et douze médecins ont recours à un questionnaire écrit.

64.5% des médecins (n=147) n'évaluent pas de façon systématique le risque suicidaire dans ces situations de harcèlement.



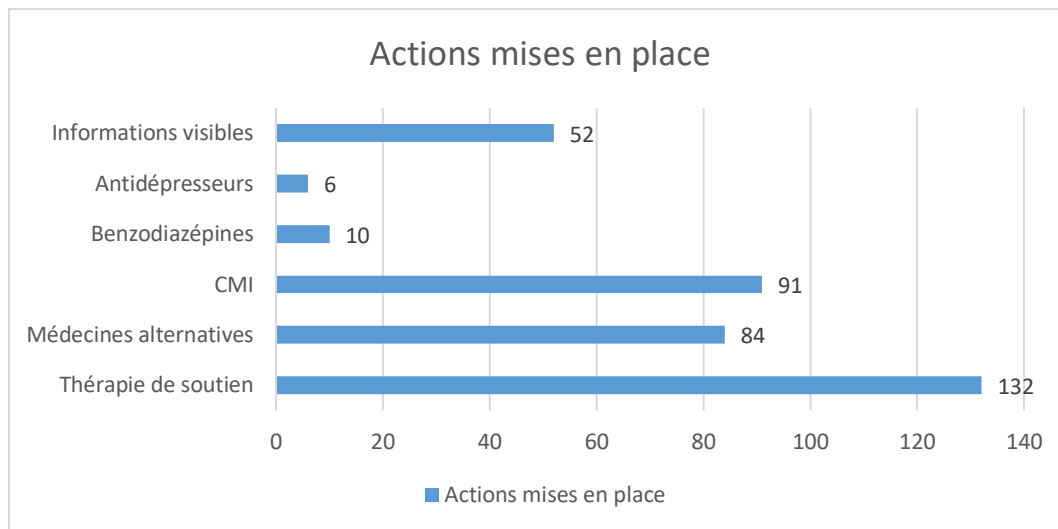
b) Thérapeutique :

Ils sont deux à avoir déclaré ne mettre en place aucun des soins proposés et 15 à ne pas avoir répondu.

Les médecins font majoritairement une thérapie de soutien (61%, n= 132) et ont peu recours au benzodiazépine et antidépresseurs (n=10 et n=6 , soit moins de 5%). Ils ont en revanche recours aux médecines alternatives pour 39% d'entre eux (n=84) et ils sont 42% à avoir déjà fait un CMI (n=91). 52 médecins (soit 24%) ont des informations visibles dans leur cabinet.

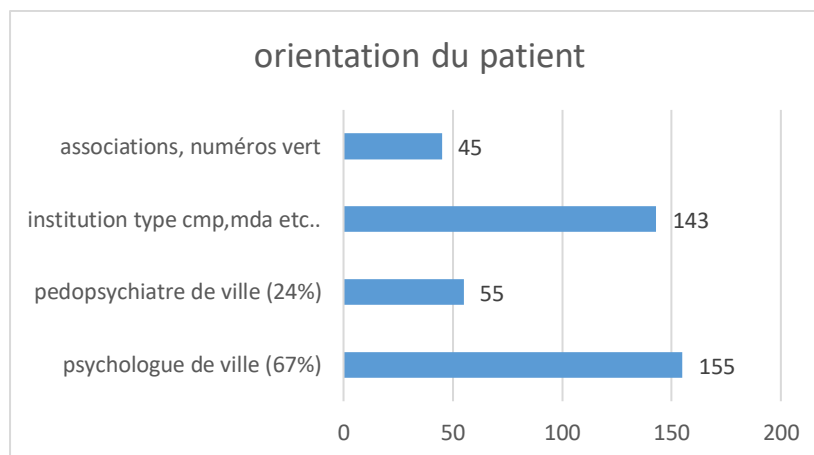
Parmi les réponses autres, nous avons retrouvé la proposition d'utilisation d'Atarax, de lettres aux proviseurs ou aux parents d'élèves, de consultation seul avec l'enfant, et de recours à des avis de collègues de santé mentale (avis spécialisé 2, adressé au pédopsychiatre 1, adressé au psychologue 2 dont un ou il est notifié spécialisé pour enfant et adolescent).

Ils sont deux à ne mettre aucun des soins proposés en place.



c) Qui sont les interlocuteurs privilégiés des médecins dans ces situations ?

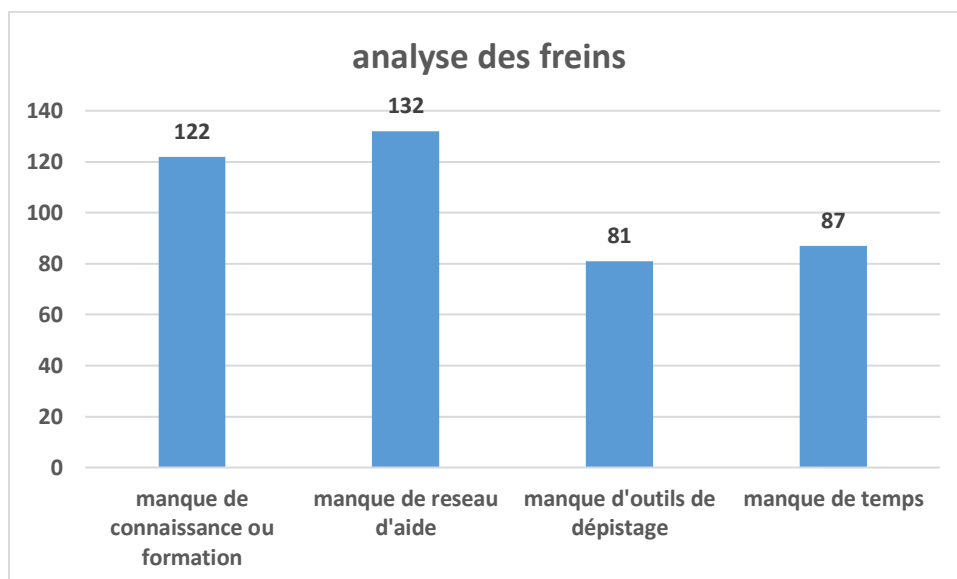
93% des médecins (n=214) alertent les parents, 16 % (n=37) alertent le médecin scolaire et 6% (n=14) alertent le directeur d'établissement scolaire. Les médecins font majoritairement recours aux psychologues et aux institutions (plus de 60% d'entre eux), bien plus qu'aux psychiatres et aux associations (respectivement 25 et 20%).



2-6 Analyse des freins :

A la question vous sentez vous démunis par, plus de la moitié des médecins du panel ont répondu un manque de réseau d'aide (57.4%) et/ou un manque de connaissances, de formations (53%).

Plus d'un tiers des médecins ont répondu avoir un manque de temps et/ou un manque d'outils de dépistage (37.8% et 35.2%).



2-7 Analyse des ressentis :

72% des médecins du panel (166/230) ont répondu ne pas vraiment savoir quoi faire une fois avoir eu connaissance de la situation de harcèlement scolaire.

La quasi-totalité des médecins se sent concernée par ce problème de harcèlement scolaire. Tous l'estiment grave et seul 8 médecins estiment que ce n'est pas le rôle du médecin d'en parler.

En revanche, une fois qu'ils ont connaissance de la situation de harcèlement scolaire, 72% (n=166) répondent ne pas vraiment savoir quoi faire.

3. Analyses en sous-groupe :

3-1) Qui sont les médecins qui ont rencontré le plus de victimes de harcèlement et comment le dépistent ils ?

Nous nous sommes intéressés à la catégorie des médecins qui déclarent avoir rencontré plus de 10 victimes de HS dans l'année, car elle représente les 14% des médecins qui pensent avoir rencontré le plus d'enfants harcelés sur l'année.

a) Généralités :

Ce groupe de 32 médecins est assez représentatif de la population globale de notre étude.

En effet, cette population est jeune (les deux tiers ont moins de 47 ans) et le sexe ratio est de 60% de femmes vs 40% d'hommes. Tous les milieux d'exercice sont représentés, cependant on note un peu moins d'exercice rural que dans la population globale de notre étude (12% vs 30%).

La répartition sur les départements est assez semblable à celle de la population globale, même si l'on déplore l'absence de la Drôme dans cette catégorie.

b) Evaluation de la connaissance de la fréquence du harcèlement scolaire :

Fréquence estimée	Nombre de médecins ayant vu plus de 10 victimes sur l'année
Autour de 10%	21 /32 soit 66% vs 43%
Autour de 20%	3 /32 soit 9% vs 3.5%
Autour de 5%	7/32 soit 22%vs 33
Je ne sais pas	1/32 soit 3% vs 18%
Total général	32

66% des médecins qui ont rencontré plus de 10 élèves harcelés sur une année estiment la fréquence du harcèlement à 10 % et seulement 3% déclarent ne pas la connaître. Il semblerait que les médecins qui rencontrent le plus d'élèves harcelés soient ceux qui sont le plus sensibilisés, ou du moins ayant une meilleure connaissance de la fréquence du harcèlement scolaire. Un test avec régression linéaire simple montrait, avec un $p = 0.00000202$, que l'estimation de la fréquence évoluait de la même manière que le nombre de patients vus. (*Les QQ plot et résidus étaient correctes*). (cf annexe 5)

c) Comment ces médecins dépistent-ils le harcèlement scolaire ?

Comme dans la population globale, ils font majoritairement un dépistage sur point d'appel et utilisent majoritairement une question large ; cependant on note une surreprésentation du dépistage systématique dans ce groupe (34% vs 20% dans la population globale) qui pourrait laisser penser que le dépistage systématique est plus efficace et permet de dépister plus de victimes (voir question efficacité du dépistage)

De la même manière, on note l'absence de médecin ne faisant aucun dépistage, alors qu'ils représentent 7% de la population de notre étude.

Type de question	Nombre de médecins rencontrant plus de 10 victimes de HS/an
Question ciblée de type "Te fais-tu embêter par tes camarades ?"	5 soit 16%
Question large de type "Comment ça se passe pour toi à l'école ?" (vide)	26 soit 81%
Total général	32 soit 100%

Type de dépistage	Nombre de médecins rencontrant plus de 10 victimes de harcèlement scolaire sur l'année
Sur point d'appel	21 soit 66%
Systématique	11 soit 34%
Total général	32 soit 100%

d) Qui a évoqué en premier le harcèlement ?

Le médecin est le premier à évoquer le harcèlement scolaire dans la majorité des cas (53%).

Qui évoque le HS	Nombre de médecins rencontrant plus de 10 victimes de harcèlement scolaire par an
Le mineur	2 soit 6% vs 10% dans la population générale
Les parents	13 soit 40 % vs 57% dans la population générale
Vous	17 soit 53% vs 32 % dans la population générale
Total général	32

Dans la population générale, ce sont les parents qui évoquent le HS en premier (57%), mais pour les médecins qui dépistent le plus de victimes de HS, ce sont les médecins eux-mêmes qui l'évoquent en 1^{er} (53%). Les médecins qui évoquent le harcèlement scolaire en premier, doivent probablement déclarer rencontrer plus de victimes de harcèlement que les autres (Annexe 9).

e) Conclusions :

Les médecins qui déclarent rencontrer le plus de victimes de harcèlement scolaire par an dans notre étude, semblent être les plus sensibilisés au problème, ou du moins ils ont une meilleure connaissance de la fréquence du harcèlement scolaire, et semblent être les plus actifs en termes de dépistage. Ils déclarent évoquer majoritairement en premier le harcèlement scolaire et ont plus recours au dépistage systématique que les autres. En revanche, ils n'usent pas plus de question ciblée que les autres médecins de l'étude. Il semblerait donc qu'une tendance se dégage sur le dépistage systématique.

3-2) Etude du sous-groupe des médecins faisant un dépistage systématique : (annexe 6)

a) Analyse descriptive catégorielle :

Ce groupe de 45 médecins est assez représentatif de la population globale. Il n'existe pas de différence significative entre les groupes de médecins faisant un dépistage et le groupe de médecins (n= 185) n'en faisant pas sur les critères suivants : sexe, type d'exercice, milieu d'exercice et départements d'exercice. On note cependant que le groupe de médecins faisant un dépistage systématique du harcèlement scolaire est significativement plus jeune (plus de 27-36 ans, $p= 0.001$).

b) Résultats relatifs au dépistage systématique

Fréquence du harcèlement :

On constate que les médecins qui font un dépistage systématique, ont une meilleure connaissance de la fréquence du harcèlement scolaire. Ils sont plus nombreux de façon significative à donner la

bonne estimation de cette fréquence ($p=0.0003$) et moins nombreux à déclarer ne pas savoir ($p=0.024$). Ils semblent aussi avoir rencontré plus de patients harcelés.

Dans notre étude, ils ont rencontré en moyenne 5,6 patients victimes de harcèlement scolaire sur un an (4,7 pour la population globale) et ils sont 25% à en avoir rencontré au moins 10 sur une année (vs 9,6% pour la population globale) et 30% à n'en avoir rencontré aucun sur le dernier mois (vs 44%). (Annexe 9)

Les médecins qui font un dépistage systématique rencontrent plus de patients harcelés en moyenne aussi bien sur l'année que sur le mois (1,1 vs 1.02 et 5.6 vs 4.7) mais cette différence n'est pas significative. Ils sont plus nombreux à avoir rencontré plus de 10 victimes sur un an (25% vs 10%) et moins nombreux à n'en avoir rencontré aucune sur le dernier mois (31% vs 44%).

Fréquence estimée	Nombre de médecins
Autour de 10%	28 soit 62% vs 43%
Autour de 20%	2 soit 4% vs 4%
Autour de 5%	12 soit 27% vs 35%
Je ne sais pas	3 soit 7% vs 18%
Total général	45

Types de harcèlement

Tous les types de harcèlements sont rencontrés et on ne note pas de différence significative entre les deux groupes. Cependant pour le type de harcèlement le plus fréquent, les médecins faisant un dépistage systématique évoquent significativement plus de harcèlement verbal ($p=0.018$) et moins de cyber harcèlement ($p=0.014$) que les médecins ne faisant pas de dépistage systématique

Déjà rencontrés :

Type de Harcèlement rencontré	Nombre de médecins dépistant systématiquement le harcèlement scolaire	Pourcentage dans la population globale
Verbal	44 soit 97%	96%
Physique	26 soit 58%	46%
Cyber harcèlement	22 soit 49%	52%
Sexuel	2 soit 4%	7.8%
D'approbation	10 soit 22%	20%

Le dépistage :

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sur le type de question posée (ciblée vs large). En revanche, les médecins faisant un dépistage systématique du harcèlement ont plus évoqué les visites systématiques ($p < 0.0001$) et les problèmes scolaires ($p = 0.026$)

Contrairement à la population globale de notre étude où ce sont les parents qui évoquent majoritairement en premier le harcèlement scolaire (58%), dans le groupe dépistage systématique, ce sont les médecins qui sont majoritairement les premiers à évoquer le HS (51%).

Cette différence entre le groupe de médecins faisant un dépistage systématique et celui de médecins ne faisant pas un dépistage systématique, est significative ($p = 0.002$)

En général qui a évoqué le harcèlement en premier	Nombre de médecins dépistant systématiquement le harcèlement scolaire	Pourcentage dans la population générale
Vous	23 soit 51%	32%
Les parents	18 soit 40%	58%
Le mineur	4 soit 9%	10%

Si on définit le dépistage précoce comme un dépistage qui permet au médecin de découvrir par lui-même, ou par le mineur, la situation de harcèlement, le dépistage précoce est catégorisé comme : [Question 11 : réponse "Vous" ou "Le mineur"]

	Dépistage systématique = NON	Dépistage systématique = OUI
Dépistage précoce = NON	112 – 61%	18 – 40%
Dépistage précoce = OUI	70 – 39%	27 – 60%

Le test de chi 2 a été réalisé avec une estimation de la p value basée sur la simulation, avec 10 000 répliques. Sa valeur est de 0.014.

Il y a donc une relation entre les deux. Les praticiens dépistant systématiquement font un dépistage plus précoce que les autres

Examen clinique :

Les médecins qui font un dépistage systématique du harcèlement scolaire, ne font pas plus systématiquement un examen clinique du patient en sous-vêtements que les autres de façon significative. Ils n'évaluent pas plus le risque suicidaire.

Comme dans la population globale l'évaluation psychiatrique est majoritairement faite à l'oral.

Il existe une différence significative entre les deux groupes au niveau de l'évaluation de l'intensité des troubles psychologiques ($p=0.03$). Les médecins qui font un dépistage systématique du harcèlement semblent avoir plus recours au support écrit pour l'évaluation des troubles psychologiques que les autres (8.8% vs 4.3%). Ils évaluent aussi un peu moins les troubles psychologiques uniquement à l'oral que les autres médecins (88% vs 94) et cette différence est significative ($p < 0.0001$).

Evaluation psychologique	Nombre de médecins ayant utilisé
Support écrit	4
A l'oral	41
Aucun	1

Nb : un médecin a répondu utiliser les deux.

Les interlocuteurs privilégiés des médecins

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant les interlocuteurs privilégiés des médecins.

Comme dans la population globale la quasi-totalité des médecins alertent les parents, mais très peu contactent l'IDE/le médecin scolaire ou le directeur ; ils orientent aussi majoritairement leur patient à des psychologues de ville et aux institutions. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes de médecins, ceux qui dépistent systématiquement le harcèlement scolaire et les autres.

Qui est alerté par le médecin	Nombre de médecins
Les parents	39
Les parents, Le directeur d'établissement	1
Les parents, Le médecin ou l'IDE scolaire	5
Total général	45

Vers qui le médecin oriente le patient	Nombre de médecins sur les 45 qui dépistent systématiquement le HS	Pourcentage dans la population globale
Associations, numéros verts	10 soit 22%	19.5%
Institutions (CMP, MDA..)	28 soit 62%	62%
Pédopsychiatre	11 soit 24%	24%
Psychologue	31 soit 63%	67%

Prise en charge :

Comme dans la population globale, les médecins font majoritairement une thérapie de soutien (plus de 60%) et utilisent peu les benzodiazépines et les antidépresseurs (moins de 5%).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes (médecins qui réalisent un dépistage systématique vs les autres) hormis pour le recours aux médecines alternatives ($p=0.009$) : les médecins réalisant un dépistage systématique les emploient plus (57% vs 34.7%).

Soins mis en place	Nombre de médecins parmi les 42 qui posent une question ciblée et ont répondu à la question	Pourcentage dans la population de médecins qui ne dépistent pas de manière systématique
Informations visibles	14 soit 33%	22%
CMI	22 soit 52%	39.9%
Thérapie de soutien	29 soit 69%	59.5%
Médecine alternative	24 soit 57%	34.7%
Benzodiazépine	2 soit 5%	4.6%
Antidépresseurs	1 soit 2%	2.9%
Aucun	0	1.2%
Pas de réponse	3 /45 soit 7%	7%

A noter : dans les réponses autres, un médecin fait référence au type palo alto.

Freins et ressentis :

Les médecins qui font un dépistage systématique rapportent significativement moins de manque de connaissance ou de formation que les autres (31% vs 58%, $p < 0.001$)

Manque de :	Nombre de médecins dépistant systématiquement le HS	Pourcentage dans la population de médecins qui ne dépistent pas de manière systématique
Connaissance ou formation	14 soit 31%	58.3
Temps	12 soit 27%	40.5%
Réseau d'aide	21 soit 47%	60%
Outils de dépistage	15 soit 33%	35.6%
Aucun	4	5.9%

Conclusions

Les médecins dans notre étude qui font un dépistage systématique ont une meilleure connaissance de la fréquence du harcèlement scolaire et déclarent être moins démunis par le manque de connaissance.

Ils ont rencontré tous les types de harcèlement scolaire et comme dans la population globale le harcèlement verbal est le plus important ; cependant ils citent moins le cyber harcèlement comme type le plus fréquent. Il ne déclare pas plus de plainte directe de harcèlement comme motif de consultation mais plus de plainte pour problèmes scolaires. Les visites systématiques, sont, elles aussi plus souvent citées.

Ils semblent dépister plus de victimes de harcèlement sans faire plus usage de question ciblée dans leur dépistage.

Leur examen clinique est proche de celui de la population globale, bien qu'ils semblent avoir plus recours au support écrit pour évaluer les troubles psychologiques.

L'orientation du patient est la même (majoritairement aux psychologues de villes et aux institutions) et ils n'alertent pas plus les médecins scolaires.

Leur prise en charge est assez similaire bien, qu'ils aient plus recours aux médecines alternatives.

V. DISCUSSION :

1. Résultats principaux :

a) Des médecins sensibilisés et confrontés au problème de harcèlement scolaire :

Les médecins ont plutôt une bonne représentation de la fréquence du harcèlement avec une légère tendance à la sous-estimation (75% d'entre eux l'évaluent aux alentours de 5 et 10%).

Ils sont moins de 5% à penser que ce n'est pas le rôle du médecin de parler du harcèlement scolaire.

La quasi-totalité des médecins ont déjà rencontré des victimes de harcèlement scolaire.

93% des médecins ont déjà rencontré des mineurs victimes de harcèlement verbal.

Le harcèlement physique et le cyber harcèlement sont les deux autres types de harcèlement scolaire les plus fréquents (46% et 52% des médecins disent l'avoir déjà rencontré).

b) le dépistage est difficile et insuffisant

Le motif pour plainte directe de HS représente moins de 30% des motifs cités par les médecins, bien après ceux pour plainte somatique, trouble psychologique et problème scolaire. Ces résultats renforcent l'idée qu'un dépistage systématique ou du moins sur les trois points d'appel cités est nécessaire. La littérature américaine recommande d'ailleurs un dépistage en cas de problème scolaire, d'addictions, de troubles du comportement ou de symptômes psychosomatiques inexpliqués.¹⁵

La majorité des médecins de notre étude ont le réflexe de dépister le harcèlement scolaire sur ces points d'appel ; ce qui est un résultat satisfaisant.

Cependant bien que 73% des médecins interrogés déclarent faire un dépistage sur point d'appel et 20% un dépistage systématique, le harcèlement scolaire est sous diagnostiqué en médecine générale.

En effet, les médecins de la région Rhône-Alpes ayant participé à notre étude évaluent à 4 le nombre d'enfants harcelés vu en consultation par an et plus de la moitié des médecins du panel pensent avoir rencontré au maximum 3 élèves en situation de harcèlement scolaire.

Ce chiffre, si on le rapporte aux 10 % des élèves qui seraient victimes de harcèlement scolaire rapporté par les enquêtes nationales, est bien inférieur à celui auquel on aurait pu s'attendre. En effet cela voudrait dire que les médecins ne rencontrent que 30 mineurs sur l'année environ, ce qui serait une fréquence des mineurs en consultation très faible.

Cette sous-estimation ne peut pas s'expliquer par un biais de sélection, car la proportion de médecins de notre panel ne voyant que rarement des enfants était faible (19%) et ne correspondait pas forcément à ceux qui déclaraient avoir vu le moins d'enfants harcelés en consultation.

En revanche, ce faible résultat peut s'expliquer en partie par le fait que les jeunes abordent rarement d'eux même ce problème avec leur médecin (10%), et ce probablement par honte, culpabilité et par peur¹²

Le dépistage est donc difficile, mais il est aussi insuffisamment efficace.

En effet, bien que les médecins généralistes aient une bonne représentation de la prévalence du problème et ont conscience qu'il faut le dépister, dans les faits, seuls un tiers évoquent spontanément le problème et 73% posent des questions trop larges.

Notre étude montre que ces situations de HS sont majoritairement révélées par les parents (57%), ce qui pose la question de savoir si c'est vraiment le professionnel de santé qui dépiste le HS quand ce n'est pas lui qui l'évoque en premier.

Ceux qui évoquent le plus le HS en premier sont les médecins généralistes qui font un dépistage systématique, mais ils ne sont que 20%. De même, *ils sont moins de 23% à utiliser une question ciblée* et ils sont seulement 11 médecins sur 230 à effectuer un dépistage systématique avec une question ciblée.

Le dépistage systématique (+/- associé à une question ciblée) semble pourtant augmenter le nombre de cas de harcèlements révélés et permettre aux médecins d'être plus souvent le premier à évoquer le harcèlement scolaire avant les parents.

Si l'on considère que le dépistage précoce est caractérisé par l'évocation en premier du harcèlement scolaire par le médecin ou le mineur, les praticiens dépistant systématiquement le harcèlement scolaire, font significativement un dépistage plus précoce que les autres ($p=0.014$).

Un dépistage systématique pourrait donc être une piste d'amélioration, mais il est difficile de savoir si cela est réalisable en pratique. Un dépistage sur point d'appel avec une question plus précisément ciblée sur le harcèlement scolaire semble plus réalisable et permettrait lui aussi d'améliorer le dépistage. L'évaluation des types de dépistage mériterait donc une étude dédiée sur ce sujet.

La forme du dépistage reste donc à revoir, afin de mieux « outiller » les médecins généralistes dans ce rôle.

c) L'examen clinique : **le risque suicidaire est sous-évalué**

L'évaluation psychologique peut être améliorée, car seulement 5% des médecins utilisent un questionnaire écrit pour évaluer les troubles psychologiques et 65% des médecins n'évaluent pas le risque suicidaire systématiquement dans ces situations.

Il semblerait que les médecins qui font un dépistage systématique du harcèlement scolaire, ont aussi plus recourt à un support écrit pour évaluer les troubles psychologiques, mais ils n'évaluent pas plus le risque suicidaire de manière significative que les autres médecins.

De même, Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les médecins utilisant une question ciblée et ceux qui utilisent une question large, sur l'évaluation du risque suicidaire.

Il semblerait en revanche que les médecins âgés de 47 à 66 ans évaluent plus systématiquement le risque suicidaire que les autres, de même que les médecins qui ne font aucun dépistage du harcèlement scolaire.

55% des médecins réalisent systématiquement un examen complet du patient en sous-vêtements. On aurait pu penser que les médecins qui déshabillent systématiquement les patients, détectent plus d'agressions physiques. La réalisation d'un test chi 2, n'a pas permis de *mettre en évidence une Corrélation significative entre examen systématique du patient en sous-vêtements et agression physique.*

d) **La prise en charge est adaptée**

-Une prise en charge globale et centrée sur le patient

Plus de 90% des médecins informent les parents de la situation de harcèlement scolaire dont sont victimes leurs enfants.

La prise en charge est plutôt adaptée et satisfaisante car très peu de médecins instaurent de leur propre initiative un traitement par anxiolytique type benzodiazépines (10) ou antidépresseurs (6), et plus de la moitié proposent un suivi avec mise en place d'une thérapie de soutien par leurs soins.

Cette proposition thérapeutique est donc conforme aux bonnes pratiques et montre à quel point le médecin généraliste est une ressource de confiance.

On peut noter que seul un médecin a soumis l'idée d'une prescription d'hydroxyzine qui semble être un anxiolytique de première intention acceptable pour les mineurs.

Plus d'un tiers des médecins se tournent vers des médecines alternatives pour traiter cette anxiété, ce qui semble préférable aux psychotropes, mais ne doit pas retarder l'accès aux professionnels de santé mentale.

Dans la dernière proposition « autre », aucun médecin n'a suggéré de traiter les symptômes physiques (type Phloroglucinol pour les douleurs abdominales par exemple). Cela semblait peut-être évident pour les participants et cette absence ne reflète peut-être pas leurs pratiques. Une proposition de ce type aurait pu être formulée pour clarifier cette prise en charge. Il est intéressant de noter que cette proposition « autre » a surtout été employée pour proposer une prise en charge multidisciplinaire « adressé au spécialiste » « adressé au pédopsychiatre » « adressé au psychologue » etc... Ce qui rejoint les réponses obtenues à la question dédiée à ce sujet.

[-Les médecins semblent avoir le réflexe médico-légal quand il est nécessaire.](#) En effet, 40% d'entre eux ont déjà rédigé un certificat de coups et blessures dans une situation de harcèlement scolaire. Ce certificat est indispensable pour pouvoir mener des procédures juridiques car le harcèlement est désormais puni par la loi.

[-Une prise en charge pluridisciplinaire :](#)

En effet la coordination de soins pluridisciplinaires est la norme : 67% ont recours aux psychologues de ville et 62% aux institutions (type CMP, MDA, etc...) et 30% aux pédopsychiatres. On aimerait savoir à quel moment ou au bout de combien de temps se décide ou non une réorientation vers un professionnel de santé mentale et comment est fait le choix du type de professionnel.

On remarque que les médecins interrogés font deux fois plus appel aux psychologues ou aux institutions (type CMP, MDA, etc..) qu'aux pédopsychiatres. On peut se demander si le nombre élevé de recours au psychologue de ville n'est pas par défaut ou par excès par manque de disponibilité de spécialistes²⁰ et manque de réseau d'aides exprimé à la question 19. Quoi qu'il en soit cette surreprésentation des psychologues fait poser la question du coût des psychologues, dont les consultations ne sont souvent pas remboursées.

Les médecins généralistes sollicitent donc régulièrement leurs confrères pédopsychiatres, psychologues et médecins des institutions type CMP ; cependant très peu (moins de 20%) contactent

le médecin scolaire. Ce résultat est cohérent avec les données de la littérature, qui montrent que les médecins généralistes communiquent très peu avec les médecins scolaires⁶⁰.

D'un point de vue administratif, les médecins n'alertent que rarement le chef d'établissement (seulement 6%) et ce possiblement à cause du secret médical²⁰. On peut d'ailleurs se demander si c'est un devoir ou bien au contraire une intrusion dans la vie du jeune que de contacter directement le directeur de l'école ou le médecin scolaire ?

Parmi les différentes solutions proposées pour aider à la prise en charge des victimes de harcèlement scolaire, on constate que les médecins ont aussi faiblement recours aux associations et numéros verts ; seulement 20 % des médecins l'ont évoqué dans leur prise en charge.

Les médecins généralistes ont donc un très bon recours à leurs collègues de santé mentale, mais ont une méconnaissance des ressources de 1^{ère} ligne à destination des mineurs et des parents, comme le recours aux associations ou aux médecins scolaires.

-La prévention collective est aussi utilisée par certains médecins :

22% des médecins ont mis à disposition des informations visibles sur le sujet dans leur cabinet. L'intérêt de placarder une affiche de sensibilisation est de sortir la victime de son sentiment de solitude et de montrer que le médecin est sensible à ces situations et prêt à en discuter. Cette efficacité n'est pas démontrée par notre étude mais mériterait d'être évaluée.

e) Le ressenti et les freins des médecins généralistes : des médecins généralistes principalement démunis par manque de réseau d'aide et de connaissances

Moins de 5% des médecins considèrent que ce n'est pas à eux d'aborder le sujet. Ce résultat est très satisfaisant et montre la volonté des médecins généralistes à s'emparer du problème.

Cependant près de 70% d'entre eux confient ne pas trop savoir quoi faire une fois avoir connaissance de cette situation. Ils se sentent démunis pour 57% d'entre eux par un manque de réseau d'aide, pour 53% par un manque de connaissance, pour 37% par un manque de temps et pour 35% par un manque d'outils de dépistage.

Ces résultats interrogent quand on les met en perspective avec le fait que la prise en charge des médecins généralistes semble plutôt adaptée au vu des réponses faites par les médecins.

- ➔ Amélioration des connaissances avec diffusion de plaquette d'information et mieux définir le rôle du médecin avec la création de recommandations de bonnes pratiques.
- ➔ Amélioration du réseau d'aide en promouvant le recours aux médecins scolaires et aux associations.
- ➔ Création d'un outil de dépistage et/ou évaluation des types de dépistage.

2. Les limites de l'étude :

La principale limite vient du faible niveau de preuve de ce type d'étude : descriptive transversale, qui ne permet d'étudier qu'une prévalence.

La méthode de recrutement est aussi une limite importante de notre étude. En effet il a été difficile d'obtenir des adresses mails des médecins généralistes de la région, ce qui explique la pluralité des modes d'obtention : site internet dédié aux remplacements, mails aux internes en SASPAS, protection des adresses mails des praticiens sur mon SISRA, difficultés téléphoniques ou directement au cabinet. Cette multitude, bien que ne permettant pas de contacter l'ensemble des médecins de la région, a permis une grande diversité du mode de recrutement.

On déplore aussi le peu de répondants suite à la diffusion du questionnaire par l'URPS (5%). La date choisie n'a peut-être pas été des plus propices, car elle correspond à la période des vacances d'été.

Comme il s'agissait d'un auto-questionnaire, il est probable que les participants ayant répondu, avaient des motivations personnelles pour le sujet. Il existe donc un biais de sélection non négligeable et peu quantifiable avec cette méthode.

Il existe aussi un biais de représentation au niveau de l'âge et du sexe.

En effet, dans notre étude, les médecins de plus de 55 ans représentent moins de 25% des médecins ayant répondu ; or, d'après le recensement de l'URPS de 2018 ils représentent plus de 50% des médecins de la région. Cette surreprésentation des jeunes médecins s'explique probablement par les complaisances des jeunes à répondre à un questionnaire de thèse.

Il existe aussi un biais de représentation au niveau du sexe des médecins, car dans notre étude, nous avons 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes ; or cette proportion est l'inverse sur la population des médecins généralistes de la région (URPS 2018). Cette surreprésentation des femmes s'explique en grande partie par la surreprésentation des jeunes médecins dans cette étude. En effet les médecins de la région de moins de 46 ans sont à 63% des femmes et les médecins de plus de 55 ans sont à 75%

des hommes (URPS 2018). En sélectionnant des jeunes, nous avons aussi sélectionné plus de femmes. Ce biais est donc à relativiser car la profession se féminise.

L'auto-évaluation est aussi associée à un biais de mémorisation et d'objectivité bien que ce dernier soit réduit par la garantie de l'anonymat.

La question sur la fréquence des mineurs en consultation était mal posée, car beaucoup de médecins n'ont pas suivi la consigne de ne répondre que s'ils ne pensaient avoir rencontré aucune victime sur l'année. Il existe donc un biais méthodologique pour cette question. De plus, la question est trop subjective pour nous permettre d'analyser significativement le nombre de patients rencontrés. En effet, il est difficile savoir si le groupe de médecins qui ont rencontré le plus de victimes de harcèlement, rencontrent tout simplement plus de mineurs dans leur patientèle que les autres. Une question sur le pourcentage de mineurs estimé dans leur patientèle aurait pu apporter un meilleur résultat, mais cette question nous a paru initialement trop difficile à répondre pour les médecins.

Bien que nous ayons essayé d'être le plus complet possible dans nos questions et propositions de réponses, il existe des lacunes pour une lecture exhaustive des pratiques. Ce manque s'explique par notre souhait d'un questionnaire pas trop long, motivé par le fait d'avoir le plus de répondants possibles et afin d'optimiser la puissance de notre étude. Cet objectif est plutôt atteint car un seul questionnaire entamé est resté inachevé, ce qui va dans le sens de nos attentes.

Parmi les manques possibles on pourrait citer :

Une question sur l'âge des victimes aurait pu être intéressante à soulever et il est probable que beaucoup n'imaginent pas que le problème du harcèlement scolaire est très présent dès le primaire, mais nous avons fait le choix de ne pas inclure cette question car il semblait difficilement réalisable dans un questionnaire déclaratif de trouver un âge moyen ou médian des patients sans biais de déclaration.

Nous aurions aussi pu étoffer les propositions de prise en charge en ajoutant par exemple les traitements des douleurs physiques plutôt que d'imaginer qu'ils seraient cités spontanément dans la proposition autre. De même dans les types de harcèlements, l'expression harcèlement moral aurait été plus adaptée que verbal car il inclut aussi l'ostracisme.

Le recours à l'hospitalisation et les situations d'urgences ont, eux aussi, été mis de côté dans ce questionnaire car on estimait la fréquence trop faible pour espérer obtenir un résultat interprétable ; la proposition « autre » aurait pu aussi être utilisée dans ces cas.

Une question ouverte pour les ressentis des médecins généralistes aurait aussi permis de dévoiler certainement un plus grand nombre de freins, mais probablement sans valeur interprétable. La thèse qualitative du Dr Loaëc ayant déjà soulevé cette question, nous ne voulions pas faire de redite et nous nous sommes donc servis des réponses trouvées dans cette étude pour les quantifier.

3. Les forces de l'étude :

La force principale de notre étude réside principalement dans le fait qu'elle est la seule étude de ce type réalisée en France à ce jour.

Cette force est d'autant plus importante qu'elle traite d'un sujet que l'on pourrait considérer comme un problème de santé publique, car le harcèlement scolaire touche 10% des élèves en France et est associé à de nombreuses conséquences sur leur santé, *y compris au long terme*. L'enjeu de ce sujet est donc majeur et le médecin généraliste en répondant aux attentes de dépistage, de suivi, de coordination, de communication, a totalement son rôle à jouer dans la prise en charge globale de ces patients.

Une population de 230 médecins est un nombre très satisfaisant de répondants pour une enquête de pratique.

La représentation de l'échantillon reste bonne (exception faite de l'âge). En effet, la proportion au niveau des départements est assez bien respectée (Rhône environ 30%, Isère environ 20%, la Loire 17% dans notre étude vs 14% d'après URPS), de même que le type d'exercice. Ainsi on retrouve une préférence pour l'association de médecins est représentatif de celui de la région (56% dans notre étude et 47% d'après l'URPS). De plus notre population de médecins semble voir régulièrement des mineurs, car bien que la question sur leur fréquence en consultation soit subjective, seuls 19% pensent ne voir que rarement des mineurs.

Le choix de la méthode par l'utilisation d'un questionnaire anonyme a permis de limiter le biais d'objectivité. Les médecins interrogés sur leur pratique n'ayant pas à répondre à un interlocuteur, cette enquête déclarative de pratique écarte ainsi toute notion de jugement, et implique une plus grande liberté de la part des médecins interrogés.

Pour finir, cette étude a rempli ses objectifs, car elle nous permet d'avoir un premier regard sur les pratiques des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes, confrontés à ces situations. Elle a pu mettre en avant les points forts de ces pratiques avec notamment une bonne sensibilisation du

problème par les médecins, et une prise en charge adaptée. Elle a pu pointer les faiblesses de ces pratiques en mettant en avant une sous-évaluation du risque suicidaire et un manque d'efficacité dans le dépistage des victimes de harcèlement scolaire. Enfin, elle a permis de mettre en évidence des freins à la prise en charge des élèves victimes de harcèlement scolaire et de dégager des pistes d'amélioration de la prise en charge.

4. Les perspectives et solutions :

Des pistes de recherches futures pourraient s'inspirer des besoins des médecins interrogés.

Ainsi on pourrait proposer pour améliorer le dépistage, de créer un outil de dépistage. Il pourrait prendre la forme d'un support écrit car il a été mis en avant dans la littérature que son efficacité est supérieure en termes de dépistage. L'idée d'un dépistage systématique avec une question ciblée peut aussi facilement être mis en place par les médecins, si des études complémentaires à la nôtre venait valider son efficacité.

Pour aider le médecin généraliste à être identifié comme une personne ressource par les jeunes victimes de harcèlement, nous pouvons proposer de faire une campagne d'affichage dans les cabinets de médecine générale comme l'académie de pédiatrie le suggère et inciter les médecins à prendre part aux interventions en milieu scolaire et communautaire comme le préconise une recommandation américaine de grade B (de McClowry 2017).

Pour améliorer leur prise en charge, les médecins pourraient évaluer plus systématiquement le risque suicidaire et les comorbidités associées au harcèlement scolaire. Ils pourraient aussi augmenter leur réseau d'aide en faisant appel aux médecins scolaires, mais aussi aux associations, aux numéros verts. Pour réduire les délais de prise en charge par des spécialistes, renforcer les effectifs de CMP et de pédopsychiatres semblent aussi nécessaire.

Pour améliorer les connaissances des médecins, une plaquette informative sur le sujet pourrait guider les médecins dans leur pratique. Nous en proposons une ébauche en annexe de notre travail.

De même, améliorer les conversations autour de cette thématique pourrait aboutir à la création de recommandations françaises de bonnes pratiques, et permettre aux médecins généralistes de mieux définir leur rôle dans cette lutte.

VI. CONCLUSION :

Le harcèlement scolaire fait le lit de troubles psychiques parfois intenses et durables. Sa prévalence élevée en fait un véritable enjeu de santé publique. S'il s'agit avant tout d'un problème politico-sociétal, le médecin généraliste est malgré tout un acteur majeur, en première ligne pour accueillir la détresse psychique (et parfois physique) induite et ses conséquences. Ceci est d'autant plus vrai qu'il représente bien souvent une figure de confiance face à un phénomène souvent tu, vécu comme honteux et dans la solitude.

La grande majorité des médecins interrogés dans notre étude ont bien conscience de l'ampleur du phénomène et l'ont déjà rencontré dans des formes variées.

Plaintes somatiques inexpliquées, difficultés scolaires et troubles psychologiques sont les premiers motifs de consultation, et ce bien avant la plainte directe de harcèlement. Le dépistage devrait donc être systématique face à ces 3 grands motifs de consultation du mineur chez le généraliste.

Plus de 73% des médecins interrogés semblent avoir acquis ce réflexe et proposent un dépistage sur points d'appel. 20% proposent un dépistage systématique.

Le dépistage devrait être initié par les médecins généralistes grâce à une ou plusieurs questions directes et ouvertes, précises^{14,15}. Pourtant, seuls 22% des médecins interrogés ici adoptent cette pratique, et dans plus de la moitié des cas, ce sont les parents qui ont abordé en premier le sujet. On déplore également dans 65% des cas l'absence de dépistage systématique du risque suicidaire en cas de harcèlement.

La prise en charge proposée par les interrogés paraît par ailleurs conforme aux bonnes pratiques, centrée sur le patient tout en incluant les parents (93%), avec un axe principal sur l'aspect psychothérapeutique. Ainsi, plus de la moitié s'engagent eux-mêmes dans un travail de soutien, et la coordination de soins pluridisciplinaires est la norme : 67% ont recours aux psychologues de ville et 62% aux institutions type centres médico-psychologiques. De même, on peut apprécier le fait que moins de 5% ont recours à des médicaments anxiolytiques, laissant la part belle (39%) à la médecine alternative.

Paradoxalement, plus de la moitié des généralistes déplorent un manque de connaissances pratiques sur le sujet et ont le sentiment d'un manque de réseau adapté.

Le recours aux associations ou au médecin scolaire est rarement exploité, et pourrait être une piste d'amélioration des prises en charge.

De même, des outils variés sont disponibles et pourraient être aisément utilisés dans la pratique habituelle, comme des questionnaires validés pour le dépistage des troubles psychiques, des affiches de prévention et des numéros utiles visibles dans la salle d'attente des cabinets.

D'autres outils restent à construire pour répondre au souci pratique des professionnels concernés pour prévenir, évaluer et prendre en charge le harcèlement scolaire. Par exemple, une plaquette d'information à destination du généraliste (dont une ébauche est proposée en annexe de notre travail) ou un questionnaire de dépistage du harcèlement reste à valider.

Enfin, une étude prospective pour évaluer l'efficacité d'un dépistage systématique ou l'usage d'un outil de dépistage pourrait être proposé en complémentarité de notre étude, dans le but de préciser le rôle du médecin généraliste dans cette lutte contre le harcèlement scolaire et pourrait ainsi aboutir à la création de recommandations de bonnes pratiques.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Bellon, J. & Gardette, B. *Harcèlement et cyberharcèlement à l'école*. (ESD Sciences humaines, 2019).
2. Pinheiro, P. Chapitre 4 : Violence against children in school and educational settings. in *World report on violence against children*. 121 (Genève : United Nations Secretary-General's Study on Violence Against Children, 2006).
3. OCDE. PISA 2015 : Le bien-être des élèves en France. Available at:
<http://www.oecd.org/pisa/PISA2015-le-bien-etre-des-eleves-France.pdf>.
4. Association Phobie Scolaire, G. S. Harcèlement scolaire. in *De la destruction à la reconstruction* 28 (2019).
5. MEN-MESR Depp. Enquête Nationale de Victimisation en milieu scolaire. (2011).
6. DEPP. *Enquete de victimisation au lycée*. (2018).
7. Piquet, E. *Le harcèlement scolaire en 100 questions*. (2017).
8. UNICEF. Adolescents en France, le grand malaise. (2014).
9. Arseneault, L. The long-term impact of bullying victimization on mental health. *World Psychiatry Off. J. World Psychiatr. Assoc. WPA* **16**, 27–28 (2017).
10. Takizawa, R., Maughan, B. & Arseneault, L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization : evidence from a five decades longitudinal british birth cohort. 777–784 (2014).
11. Dale, J., Russell, R. & Wolke, D. Intervening in primary care against childhood bullying: an increasingly pressing public health need. *J. R. Soc. Med.* **107**, 219–223 (2014).
12. Horcholle, L. Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire et leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste. 135 (2016).
13. Scott, E., Dale, J., Russell, R. & Wolke, D. Young people who are being bullied – do they want general practice support? *BMC Fam. Pract.* **17**, (2016).
14. McClowry, R. J., Miller, M. N. & Mills, G. D. What family physicians can do to combat bullying. *J. Fam. Pract.* **66**, 82–89 (2017).

15. Lyznicki, J. M. & Robinowitz, C. B. Childhood Bullying: Implications for Physicians. **70**, 6 (2004).
16. Be Aware of Bullying: A Critical Public Health Responsibility. *Virtual Mentor* **11**, 173–177 (2009).
17. Klein, D. A., Myhre, K. K. & Ahrendt, D. M. Bullying Among Adolescents: A Challenge in Primary Care. **2**
18. Lamb, J., CPsych, D. J. P. & Craig, W. Approach to bullying and victimization. **5**
19. Caudle, J. N. & Runyon, M. K. Bullying among today's youth: The important role of the primary care physician. *Osteopath. Fam. Physician* **5**, 140–146 (2013).
20. Loaëc, M. Etat des lieux de la pratique des médecins généralistes d'Ile-Et-Vilaine dans le dépistage et la prise en charge d'un enfant ou adolescent victime de harcèlement scolaire entre pairs. **46** (2017).
21. Ehlinger, V., Catheline, N., Navarro, F. & Godeau, E. *La santé des collégiens en France 2014 Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*.
22. Arnasson, A., Nygrens, J. & Nyholm, M. Cyberbullying and traditional bullying among Nordic adolescents and their impact on life satisfaction. (2019). doi:10.1177/1403494818817411
23. Bellon, J. & Gardette, B. *Prévenir le harcèlement à l'école*. (2012).
24. Bacchini, D. *et al.* Bullying and Victimization in Overweight and Obese Outpatient Children and Adolescents: An Italian Multicentric Study. *PLOS ONE* **10**, e0142715 (2015).
25. Puhl, R. M. & Luedicke, J. Weight-Based Victimization Among Adolescents in the School Setting: Emotional Reactions and Coping Behaviors. *J. Youth Adolesc.* **41**, 27–40 (2012).
26. Paul, A., Gallot, C., Lelouche, C., Bouvard, M. P. & Amestoy, A. Victimization in a French population of children and youths with autism spectrum disorder: a case control study. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* **12**, 48 (2018).
27. Association Phobie Scolaire, G. solidaire. *Harcèlement scolaire : de la destruction à la reconstruction*. (2019).

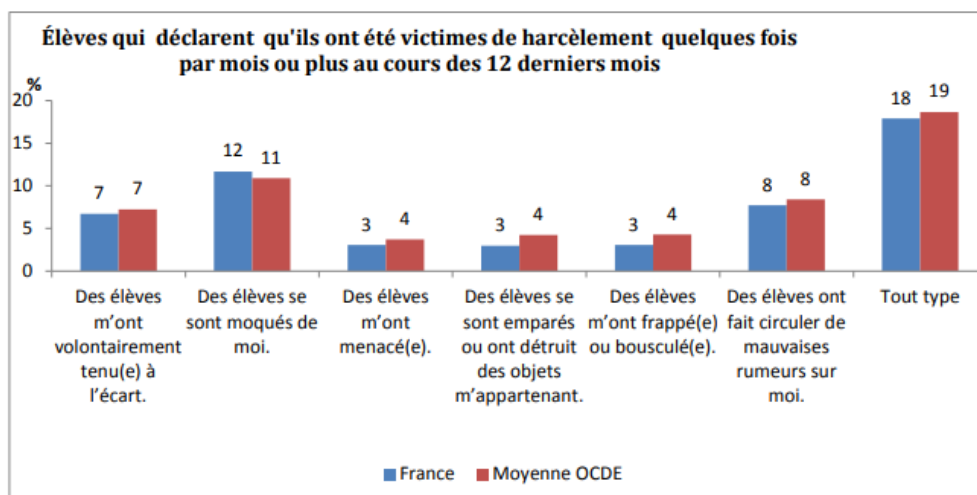
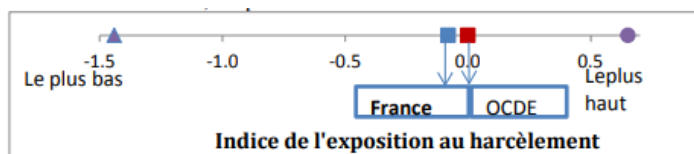
28. Olweus, D. Bullying at school and later criminality: findings from three Swedish community samples of males. *Crim. Behav. Ment. Health* 151–156 (2011).
29. Farrington, david & Tofi, maria. Bullying as a predictor of violence later in life". *Criminal behaviour and mental health*, 90–98 (2011).
30. Catheline, N. *Harcèlement à l'école*. (Albin Michel, 2008).
31. Olweus, D., Kole, J. K. & Jensen, D. D. Personality and aggression. *Linc. Univ. Neb. Press* (1973). doi:4662042
32. Horner, G. Bullying: What the PNP Needs to Know. *J. Pediatr. Health Care* **32**, 399–408 (2018).
33. Estévez, E., Estévez, J. F., Segura, L. & Suárez, C. The Influence of Bullying and Cyberbullying in the Psychological Adjustment of Victims and Aggressors in Adolescence. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* **16**, 2080 (2019).
34. Arseneault, L., Bowes, L. & Shakoor, S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychol. Med.* **40**, 717–729 (2010).
35. Gini, G. & Pozzoli, T. Association Between Bullying and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *PEDIATRICS* **123**, 1059–1065 (2009).
36. Fekkes, M., Pijpers, F. I. M. & Verloove-Vanhorick, S. P. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *J. Pediatr.* **144**, 17–22 (2004).
37. Hysing, M., Gartner Askeland, K. & La Greca, A. Bullying Involvement in Adolescence: Implications for Sleep, Mental Health, and Academic Outcomes. (2019).
doi:10.1177/0886260519853409
38. Marco, J. H., Tormo-Irun, M. P., Galán-Escalante, A. & Gonzalez-García, C. Is Cybervictimization Associated with Body Dissatisfaction, Depression, and Eating Disorder Psychopathology? *Cyberpsychology Behav. Soc. Netw.* **21**, 611–617 (2018).
39. Hertz, M. F., Donato, I. & Wright, J. Bullying and Suicide: A Public Health Approach. *J. Adolesc. Health* **53**, S1–S3 (2013).

40. Grinshteyn, E. & Yang, Y. T. The Association Between Electronic Bullying and School Absenteeism Among High School Students in the United States. *J. Sch. Health* **87**, 142–149 (2017).
41. Kontak, J. C. H., Kirk, S. F. L., Robinson, L., Ohinmaa, A. & Veugelers, P. J. The relationship between bullying behaviours in childhood and physician-diagnosed internalizing disorders. *Can. J. Public Health*. **110**, 497–505 (2019).
42. Kowalski, R. M. & Limber, S. P. Psychological, Physical, and Academic Correlates of Cyberbullying and Traditional Bullying. *J. Adolesc. Health* **53**, S13–S20 (2013).
43. Matthews, K. A., Jennings, J. R., Lee, L. & Pardini, D. A. Bullying and Being Bullied in Childhood Are Associated With Different Psychosocial Risk Factors for Poor Physical Health in Men. *Psychol. Sci.* **28**, 808–821 (2017).
44. Cohen, O. B. S., Shahar, G. & Brunstein Klomek, A. Peer Victimization, Coping Strategies, Depression, and Suicidal Ideation Among Young Adolescents. *Crisis* 1–7 (2019). doi:10.1027/0227-5910/a000614
45. Smith, P. K., Talamelli, L., Cowie, H., Naylor, P. & Chauhan, P. Profiles of non-victims, escaped victims, continuing victims and new victims of school bullying. *Br. J. Educ. Psychol.* **74**, 565–581 (2004).
46. Allen, C. W., Diamond-Myrsten, S. & Rollins, L. K. School Absenteeism in Children and Adolescents. *Am. Fam. Physician* **98**, 738–744 (2018).
47. Lacey, A. & Cornell, D. The Impact of Teasing and Bullying on Schoolwide Academic Performance. *J. Appl. Sch. Psychol.* **29**, 262–283 (2013).
48. Nakamoto, J. & Schwartz, D. Is Peer Victimization Associated with Academic Achievement? A Meta-analytic Review. *Soc. Dev.* **19**, 221–242 (2010).
49. Ranney, M. L. *et al.* PTSD, cyberbullying and peer violence: prevalence and correlates among adolescent emergency department patients. *Gen. Hosp. Psychiatry* **39**, 32–38 (2016).

50. Litman, L. *et al.* Relationship Between Peer Victimization and Posttraumatic Stress Among Primary School Children: Bullying and PTSD Among Primary School Children. *J. Trauma. Stress* **28**, 348–354 (2015).
51. Roques, M., Confort, C. & Mazoyer, A.-V. Le harcèlement psychologique en milieu scolaire : une affaire de groupes d'adolescents ? Effets traumatiques et propositions de prise en charge. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* **63**, 533–540 (2015).
52. Lund, R. *et al.* Exposure to bullying at school and depression in adulthood: A study of Danish men born in 1953. *Eur. J. Public Health* **19**, 111–116 (2008).
53. Cerezo, M. Á. & Pérez-García, E. Childhood Victimization by Adults and Peers and Health-Risk Behaviors in Adulthood. *Span. J. Psychol.* **22**, E20 (2019).
54. Wolke, D., Copeland, W. E., Angold, A. & Costello, E. J. Impact of Bullying in Childhood on Adult Health, Wealth, Crime, and Social Outcomes. *Psychol. Sci.* **24**, 1958–1970 (2013).
55. Vessey, J. A., DiFazio, R. L. & Strout, T. D. “I Didn’t Even Know You Cared About That Stuff”: Youths’ Perceptions of Health Care Provider Roles in Addressing Bullying. *J. Pediatr. Health Care* **31**, 536–545 (2017).
56. Dewulf, M.-C. & Stilhart, C. Le vécu des victimes de harcèlement scolaire. **8**, 6 (2005).
57. Riese, A., Mello, M. J., Baird, J., Steele, D. W. & Ranney, M. L. Prompting Discussions of Youth Violence Using Electronic Previsit Questionnaires in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *Acad. Pediatr.* **15**, 345–352 (2015).
58. Hayes, C. *et al.* Health Care Utilisation by Bullying Victims: A Cross-Sectional Study of A 9-Year-Old Cohort in Ireland. *Healthcare* **6**, 19 (2018).
59. Franklin, C. H. The ‘Margin of Error’ for Differences in Polls. 7
60. Corchia, L. Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge des enfants âgés de 3 à 18 ans, atteints de maladie chronique et/ou de handicap dans le département du Val d’Oise. 181 (2014).

VIII. ANNEXES :

Annexe 1 : enquête PISA 2015³



Source: OCDE, Base de données PISA 2015, Tableau III.8.1.

Annexe 2 : résultats enquête HSBC 2014

FIGURE 7 Prévalence des brimades subies au cours des deux derniers mois, chez les garçons, selon la classe et l'année (en pourcentage)

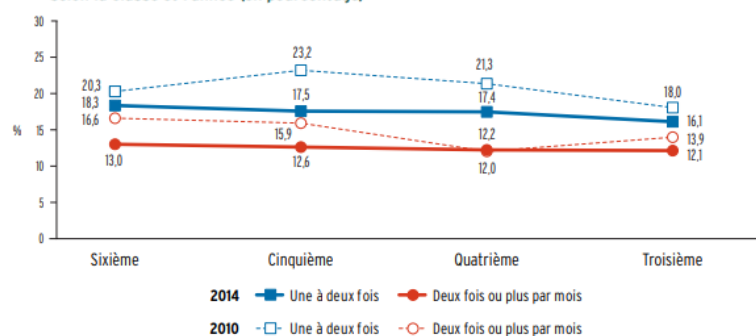
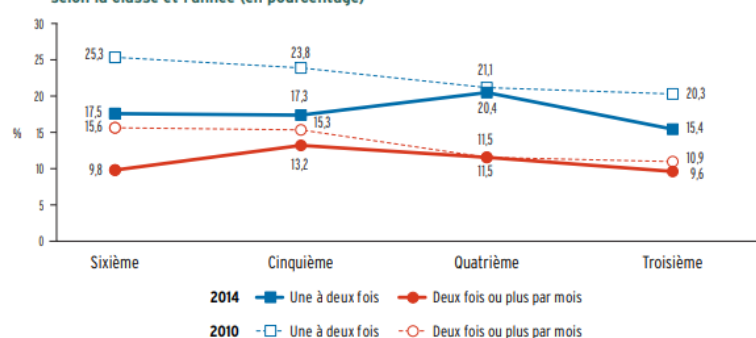


FIGURE 8 Prévalence des brimades subies au cours des deux derniers mois, chez les filles, selon la classe et l'année (en pourcentage)



graphiques issus de santé du rapport de santé des collégiens 2014, V Ehlinger, N Catheline, all ²¹

Annexe 3 : résumé de revue de littérature sur la prise en charge du harcèlement scolaire par les médecins généralistes

J'ai procédé à une revue de littérature sur la prise en charge par les médecins généralistes, des élèves victimes de harcèlement scolaire. Les bases de données Pubmed, cochrane library, google scholar et google recherche ont été interrogées avec des termes issus du thésaurus Mesh ou des mots libres combinés aux opérateurs et/ou ; qui étaient : harcèlement/ harrassment/ scolaire/ school/ bullying/ violence/ adolescent/ young/ depression/ suicide/ médecin généraliste/ general practioner/ physician/ dépistage/ management/ care / prise en charge/ practice survey. Seuls les articles comprenant les termes de médecin généraliste/ médecin/ médical/ pédiatrique/ et pour les articles en anglais : general practioner/ physician/ practice/ GP/care/ medical/ clinical/ doctor/ pediatric care ont été analysés.

Résultats : sur les 37 publications identifiées, 22 ont été retenues. Seulement un article²⁰ était une enquête de pratique de médecine générale. Il s'agit d'une thèse qualitative de médecine générale du DR Loaec de l'université de Reims en 2017, basée sur des entretiens semi dirigés auprès de 15 médecins généralistes de la région.

Conclusion : il y a un manque d'articles dans la littérature sur le sujet, qui rend l'analyse des pratiques impossible. Cependant sur les objectifs secondaires, notre étude a permis d'analyser les freins au dépistage du harcèlement scolaire et à la prise en charge des élèves victimes de harcèlement par les médecins généralistes, ainsi que d'analyser le rôle du médecin généraliste et les possibles pistes d'amélioration de sa prise en charge que l'on peut trouver dans la littérature.

Harcèlement scolaire : état des lieux de la prise en charge en médecine générale (20 questions)

Thèse de médecine générale - Marie Heltz

*Obligatoire

1. 1) Quel est votre sexe ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Homme
☐ Femme

2. 2) Quel âge avez-vous ? *

3. 3) Quel est votre type d'exercice ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Seul
☐ En association de médecins
☐ En Maison de Santé Pluridisciplinaire

4. 4) Où se situe votre lieu d'exercice ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Rural
☐ Semi-rural
☐ Urbain

5. 5) Dans quel département ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 01 - Ain
☐ 07 - Ardèche
☐ 26 - Drôme
☐ 38 - Isère
☐ 42 - Loire
☐ 69 - Rhône
☐ 73 - Savoie
☐ 74 - Haute Savoie

6. 6) Selon vous, quelle est la fréquence du harcèlement scolaire, parmi les enfants scolarisés en France ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Autour de 1%
☐ Autour de 5%
☐ Autour de 10%
☐ Autour de 20%
☐ Je ne sais pas

7. 7) Combien d'adolescents victimes de harcèlement pensez vous avoir rencontrés sur le dernier mois ?

8. Sur la dernière année ?

9. Si 0 aux deux questions, ne voyez vous que très rarement des mineurs ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, j'en vois rarement
☐ Non, j'en vois souvent

10. 8) Parmi les différents types de harcèlements, cochez ceux que vous avez déjà rencontrés

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Physique
- ☐ Verbal (psychologique)
- ☐ D'approbation (racket)
- ☐ Sexuel
- ☐ Cyber-harcèlement (Internet, réseaux sociaux...)
- ☐ Aucun

11. Et quel est celui rapporté le plus fréquemment par vos jeunes patients?

Une seule réponse possible.

- ☐ Physique
- ☐ Verbal
- ☐ D'approbation (racket)
- ☐ Sexuel
- ☐ Cyber-harcèlement (Internet, réseaux sociaux...)

12. 9) Quels étaient les motifs de consultation des mineurs harcelés ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Plainte direct de harcèlement
- ☐ Plainte somatique ou fonctionnelle : troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil, céphalées...
- ☐ Visite systématique : vaccin, certificat de sport...
- ☐ Traumatologie
- ☐ Trouble psychologique (anxiété, dépression...)
- ☐ Problème scolaire : absentéisme, phobie scolaire, décrochage...
- ☐ Consultation pour maladie chronique (autisme, handicap, diabète...)
- ☐ Autre : _____

13. 10) En général, quel type de dépistage du harcèlement faites-vous ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Systématique
- ☐ Sur point d'appel (par exemple plainte somatique inexpliquée)
- ☐ Aucun

14. 11) En général, qui a évoqué le harcèlement scolaire en premier lors de la consultation ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Vous
- ☐ Les parents
- ☐ Le mineur

15. 12) Quel type de question posez-vous dans ce but de dépistage ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Question large de type "Comment ça se passe pour toi à l'école ?"
- ☐ Question ciblée de type "Te fais-tu embêter par tes camarades?"

Face à ces situations de harcèlement scolaire

16. 13) Avez-vous systématiquement évalué le risque suicidaire ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

17. 14) Avez-vous systématiquement réalisé un examen clinique complet, patient en sous-vêtements ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

18. 15) Comment avez-vous évalué la présence de troubles psychologiques et leur intensité ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Uniquement à l'oral pendant l'interrogatoire
- ☐ A l'aide d'un support écrit avec un questionnaire standardisé (comme des échelles d'évaluation du mal-être de l'adolescent, de l'anxiété : HAD, CDI...)

19. 16) Qui alertez-vous de vous-même ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Les parents
- ☐ Le médecin ou l'IDE scolaire
- ☐ Le directeur d'établissement

20. 17) Vers qui orientez-vous le mineur ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Psychologue de ville
- ☐ Pédiopsychiatre de ville
- ☐ Associations, numéro vert
- ☐ Institution type : Centre médico-psychologique (CMP), Maison des adolescents ...

21. 18) Quel type d'action avez-vous déjà mise en place vous-même ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Thérapie de soutien par vos soins
- ☐ Prescription de benzodiazépines
- ☐ Prescription d'antidépresseurs
- ☐ Prescription ou réalisation d'une technique de médecine alternative : phyto, homéopathie, acupuncture...
- ☐ Mise à disposition d'informations visibles dans le cabinet : affiches avec numéro vert, brochures, d'associations ...
- ☐ rédaction d'un certificat médical de coup et blessure
- ☐ Autre : _____

22. 19) Vous est-il déjà arrivé de vous sentir démuni ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Par manque de réseau d'aide
- ☐ Par manque de connaissances ou de formation
- ☐ Par manque de temps
- ☐ Par manque d'outils de dépistage

23. 20) Avez-vous le sentiment que

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ "le harcèlement scolaire, ce n'est pas très grave"
- ☐ "ce n'est pas le rôle du médecin traitant de s'occuper du harcèlement scolaire"
- ☐ "ce n'est pas au médecin d'en parler mais au patient", "j'ai peur d'être intrusif et de mettre le patient mal à l'aise"
- ☐ "une fois que j'ai connaissance de cette situation de harcèlement, je ne sais pas vraiment quoi faire"

Merci de votre temps !

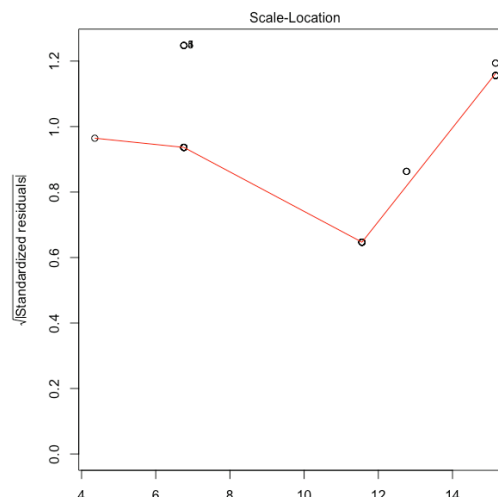
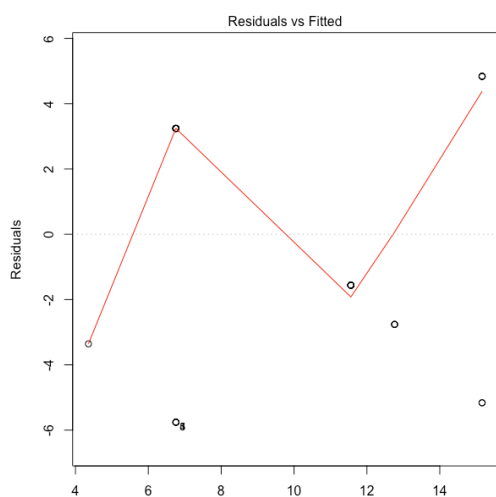
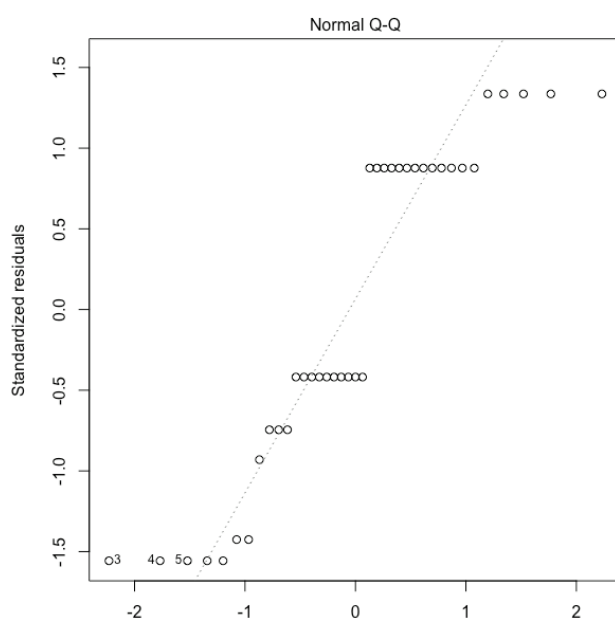
Annexe 5 : régression linéaire fréquence estimée du harcèlement et victimes de harcèlement rencontrées.

```
Call:
lm(formula = df$n ~ df$p)

Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-5.757 -2.760 -1.560  3.243  4.838

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  3.1557     1.3432   2.349  0.0243 *
df$p         1.2006     0.2134   5.626 2.02e-06 ***
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 3.789 on 37 degrees of freedom
Multiple R-squared:  0.461,    Adjusted R-squared:  0.4465
F-statistic: 31.65 on 1 and 37 DF,  p-value: 2.018e-06
```



Annexe 6 : tableau de résultats du groupe dépistage systématique

Catégories :

Questions	réponses	Dépistage	Non systématique	P value (chi square)
Sexe :				0.142331 (2.1526)
	Femmes	33 (73.3%)	114 (61.6%)	0.387256 (1.0784)
	hommes	12 (26.6%)	71 (38.4)	0.142331 (2.1526)
Age				0.046812 (9.6471)
	27-36	28 (62.2)	66 (35.6)	0.001159 (10.5551)
	37-46	8 (17.8)	46(24.8)	
	47-56	12 (4.4)	21 (11.3)	
	57-66	6 (13.3)	38 (20.5)	
	67-76	1 (2.2)	4 (2.1)	
Type d'exercice				0.745974 (0.5861)
	Associations	27 (60)	102 (55.1)	
	MSP	9 (20)	44 (23.8)	
	Seul	9 (20)	44 (23.8)	
Milieu d'exercice				0.446826 (1.6112)
	Rural	6 (13.3)	24 (13)	
	Semi rural	17 (37.7)	87 (47)	
	Urbain	23 (51.1)	75 (40.5)	0.198429 (1.6539)
départements				0.824852 (3.5969)
	Ain	3 (6.6)	19 (10)	
	Ardèche	2 (4.4)	8 (4.3)	
	Drôme	1 (2.2)	9 (4.8)	
	Isère	11 (24.4)	42 (22.7)	
	Loire	8 (17.7)	36 (19.5)	
	Rhône	16 (35.5)	53 (28.6)	
	Savoie	3 (6.6)	14 (7.6)	
	Haute Savoie	1 (2.2)	15 (8.1)	

Le harcèlement scolaire :

questions	réponses	Groupe dépistage systématique	Groupe dépistage non systématique	P value (chi square)
Fréquence estimée				0.020601 (8.9084)
	1%	0	6(3.2)	
	5%	12 (26.6)	64(34.6)	
	10%	28 (62.2)	70 (37.8)	0.003011 (8.8011)
	20%	2 (4.4)	6 (3.2)	
	Ne sait pas	3 (6.6)	39 (21.1)	0.02479 (5.0385)
Types rencontrés				0.677594 (2.3174)
Types rencontrés	Verbal	44 (97)	177 (95.6)	
	Physique	26 (58)	81 (43.8)	0.091426 (2.8491)
	cyber harcèlement	22 (49)	98 (53)	
	Sexuel	2 (4)	16 (8.6)	
	Approbation	10 (22)	38(20.5)	
Le plus rencontré				0.035239 (6.6919)
	Verbal	39 (86.5)	128 (69.1)	0.018384 (5.5592)
	Physique	2 (4.5)	12 (6.5)	
	cyber harcèlement	2 (4.5)	36 (19.5)	0.014998 (5.9167)
	Vide	2 (4.5)	4 (2.2)	
	Approbation	0	2 (1.1)	
	Sexuel	0	3 (1.6)	

Dépistage du harcèlement scolaire :

Questions	réponses	Dépistage systématique		Dépistage non systématique		P (chi square)
		nombre	%	nombre	%	
Quels motifs ?						0.002305 (20.446826)
	Plainte directe	10	22	53	29.7	0.385966 (0.7516)
	Plainte somatique	28	32.2	132	71.3	0.0232616 (1.4248)
	Visite systématique	25	55.5	37	20	<0.00001 (23.2395)
	Traumatologie	1	2.2	7	3.8	
	Trouble psy	25	55.5	90	48.6	0.40593 (0.6907)
	Problème scolaire	17	37.7	104	56.2	0.026307 (4.9357)
	Maladie chronique	1	2.2	4	2.2	
	Vide	0		3	1.6	
dépistage		systématique		Non systématique		
Questions	réponses	Nbre	%	nbre	%	P value (chi square)
Qui a évoqué	Sans le vide					0.011629 (8.9084)
Qui a évoqué en 1 ^{er} ?	Mineurs	4	8.8	19	10.2	
	Parents	18	40	112	60.5	
	médecins	23	51.1	51	27.6	0.002428 (9.1939)
	Vide	0	0	3	1.6	
Questions posée						0.662028 (0.1911)
	Ciblée	11	24.4	39	21.1	
	Large	34	75.6	143	77.3	
	vide	0	0	3	1.6	
Nombre de victimes sur un mois	Aucune	14	31.1	88	47.6	
	1	17	37.7	59	31.9	
	2 à 5	13	28.9	36	19.5	
	Sup à 5	0	0	2	1.1	
	Vide	1	2.2	0	0	
	Nbre total	49	1.09	184	0.99	
Nombre de victimes sur un an	Aucune	1	2.2	11	6	
	1	6	13.3	30	16.2	
	2 à 5	23	51.1	110	59.5	
	6 à 10	12	26.7	25	13.5	
	6 à 9	3	6.6	13	7	
	10 ou plus	11	24.4	21	11.35	
	Sup à 10	2	4.4	9	4.9	
	vide	1	2.2	0	0	
	total	249	5.53	821	4.4	P=0.13

Examen clinique :

questions	réponses	Groupe dépistage systématique	Groupe dépistage non systématique	P value (chi square)
Risque suicidaire évalué systématiquement				0.299065 (1.0784)
	Oui	28.9 % (n= 13)	36.7 % (n=68)	0.927474 (0.0083)
	Non	71.1% (n=32)	62.2% (n=115)	
	vide	0	1.1% (n=2)	
Evaluation psychologique				0.03034 (8.9448)
Evaluation des troubles psychologiques	A l'oral	88.9% (n=40)	94.1 % (n= 174)	<0.00001 (26.2261)
	Avec support écrit	6.7% (n=3)	3.8% (n=7)	0.389 (0.7401)
	Les deux	2.2% (n=1)	0.5 % (n=1)	0.275834 (1.1875)
	vide	0	1.6 % (n=3)	
Patient systématiquement déshabillé				0.678443 (0.1719)
	Oui	57.8% (n=26)	54.1% (n=100)	
	Non	42.2% (n=19)	45.4% (n=84)	
	vide	0	0.54% (n= 1)	

Prise en charge :

Qui alertez-vous ?				0.28.946 (2.5392)
	Parents	100% (45)	91.4% (169)	
	Médecin/IDE scolaire	11.1% (5)	17.3% (32)	0.311071 (1.0261)
	Directeur	2.2% (1)	7% (13)	0.226647 (1.4618)
	Vide	0	2.7% (5)	
Vers qui orientez- vous le patient?				0.985005 (0.1515)
	Associations/ numéros verts	22.2% (10)	19% (35)	
	Institutions (CMP, ..)	62.2% (28)	62.2% (115)	
	Pédopsychiatre	24.4% (11)	23.8%(44)	
	Psychologue	68.9% (31)	67% (124)	
	Vide	0	4.3% (8)	

Quelles actions avez-vous mis en place	Informations visibles dans cabinet	33% (14)	22% (38)	0.128424 (2.3115)
Questions	réponses	Groupe dépistage systématique Nombre (%)	Groupe dépistage non systématique Nombre (%)	P value (chi square)
Quelles actions avez-vous mis en place	Informations visibles dans cabinet	33% (14)	22% (38)	0.128424 (2.3115)
	CMI	52% (22)	39.9% (69)	0.15382 (2.034)
	Thérapie de soutien	69% (29)	59.5% (103)	
	Médecines alternatives	57% (24)	34.7% (60)	0.009012 (6.8204)
	Benzodiazépine	5% (2)	4.6% (8)	
	Antidépresseurs	2% (1)	2.9% (5)	
	Aucun	0	1.2% (2)	
	vide	7% (3)	7% (12)	

Freins et ressentis du médecin généraliste :

Questions	Réponses	Dépistage systématique	Dépistage non systématique	P value (chi square)
Démunis par manque de				3.7367 (0.442809)
Démunis par manque de	Connaissances ou formation	31% (14)	58.3% (108)	0.001012 (10.8047)
	Temps	27% (12)	40.5% (75)	0.085218 (2.9625)
	Réseau d'aide	47% (21)	60% (111)	0.104768 (2.6314)
	Outils de dépistage	33% (15)	35.6% (66)	
	Vide	8.8 (4)	5.9% (11)	
Avez-vous eu le sentiment que	Ne pas trop savoir quoi faire	64% (29)	74% (137)	0.197022 (1.6643)
	Ce n'est le rôle du médecin	0	1% (2)	
	Ce n'est pas au médecin d'en parler	0	4.3%(8)	
	vide	35.5% (16)	22.7% (42)	

Annexe 7: relation âge et connaissances sur le harcèlement scolaire

Qui manque de connaissance en fonction de l'âge ?

3-5-1 en fonction de l'Evaluation de la présence du harcèlement scolaire :

Estimation de la fq du HS	27 à 36 ans en %	37 à 46 ans en %	47 à 56 ans en %	57 à 66 ans en %	67 à 76 ans en %
1%	2	2	3	4.5	0
5%	35	26	33.3	36.4	40
10%	51	42	27.3	36.4	40
20%	2	4	9	2.2	0
Je ne sais pas	10	26	27.3	20.5	20

3-5-2 En fonction du nombre de médecins qui se sentent démunis par un manque de connaissance :

Tranche d'âge	27-36	37-46	47-56	57-66	67-76	total
Manque de connaissance	55	31	19	16	1	122
Total	94	54	33	44	5	230
Pourcentage	58.5	57.4	57.6	36.4	20	53

Annexe 8 : relation examen du patient déshabillé et harcèlement physique

Question 2 : Corrélation entre le l'examen déshabillé et le dépistage de harcèlement physique.

	EC déshabillé = NON	EC déshabillé = OUI
Harcèlement physique = NON	55 – 53%	68 – 54%
Harcèlement physique = OUI	48 – 47%	58 – 46%

Le test de chi 2 a été réalisé avec une estimation de la p value basée sur la simulation, avec 10 000 réplifications. Sa valeur est de 1.

Il n'y a donc aucune relation.

Annexe 9 : tableaux récapitulatif efficacité de dépistage

Selon le dépistage en fonction du nombre de victimes de harcèlement scolaire rencontrées :

Comment les médecins dépistent le HS	systématique	Question ciblée	Systématique+ question ciblée	Sur points d'appel	Aucun	Population globale
Sur le mois						
Moy patient harcelé vu	1.11	1.08	1.36		0.23	1.02
Nombre de médecin ayant vu 0 patient harcelé	31% (14/44)	38% (19/50)	36% (4/11)		76.5% (13/17)	44% (102/229)
Sur l'année						
Moy	5.6	4.8	5.6		1.7	4.7
Nombre de médecin ayant vu 0 patient harcelé	2.2% (1/44)	6% (3/50)	0		17.6% (3/17)	5% (12/229)
Nombre de médecins ayant vu 10 patients harcelés ou plus	25% (11/44)	10% (5/50)	8% (2/11)	12% (21/166)	0	14% (32/229)

Évaluation de l'efficacité du dépistage en fonction de qui évoque en premier le harcèlement scolaire.

Qui a évoqué en premier	Dépistage systématique	Question ciblée	Systématique + question ciblée	Aucun	Population globale
Parents	40% (18/45)	44% (22/50)	27% (3/11)	82% (14/17)	58%
Mineurs	9% (4/45)	4% (2/50)	9% (1/11)	12% (2/17)	10%
Médecins	51% (23/45)	48% (24/50)	63% (7/11)	6% (1/17)	32%

Annexe 10 : PLAQUETTE INFORMATIVE POUR LES MEDECINS GENERALISTES :

→ **Facteur de risque**

- « Suspecter un harcèlement lorsque des enfants atteints de maladies chroniques commencent à se détériorer pour des raisons inexpliquées ou lorsque leurs enfants ne respectent pas les régimes médicamenteux » (recommandations grade B dans l'étude de McClowry 2017)
- mais aussi devant enfant placé ou battue, parents divorcés, population LGBT

→ **Signes d'alerte** : « Les médecins devraient [aussi] poser des questions sur le harcèlement :

- quand l'enfant et l'adolescent présentent des **symptômes psychosomatiques** et un comportement inexpliqué
- quand ils ont des problèmes avec l'école ou leurs amis,
- quand ils consomment du tabac, de l'alcool ou d'autres drogues
- quand ils expriment de idées suicidaire » (recommandation de grade C dans l'étude de Lyznicki et Robinowitz « Childhood Bullying: Implications for Physicians »)

→ **Grille pour guider l'entretien** : aider au dépistage et évaluation de l'intensité du harcèlement

- mode d'installation, depuis quand, à quelle fréquence, le type de harcèlement, si le harcèlement est poursuivi hors de l'établissement, avec qui mange-t-il à la cantine, lui a-t-on déjà dégradé ou volé ses affaires,
- recherche des facteurs protecteurs : cercle ami protecteur, adultes au courant : parents, professeur, directeur d'établissement

→ **Evaluer** : le risque suicidaire !! Et autres comorbidités : trouble du sommeil, trouble alimentaire, addiction

→ **Alerter** :

- les parents et leur proposer d'alerter l'établissement ou les parents d'élèves, en cas d'échec le référent scolaire
- le médecin scolaire

→ **Soutenir** : écoute active, prise en charge des douleurs physiques et psychologiques, rédiger un certificat médical si nécessaire. Installer un **Suivi** : thérapie de soutien avec renforcement de l'estime de soi.

→ **Prise en charge pluridisciplinaire** :

psychologue, pédopsychiatre, CMP, Associations (<http://anti-bullying.over-blog.fr/2016/03/les-associations-contre-le-harcèlement-scolaire-en-france.html> pour trouver selon les régions) et numéros verts : 3020 (non au harcèlement) , 0800 200 000 (net écoute)

Fiche patient :

1- Conseils du gouvernement :

Si tu es victime

1 Se confier
N'aie pas honte ou peur des représailles! Ose te confier à un adulte du collège mais aussi à tes parents, à ton grand frère ou ta grande sœur. Ne laisse jamais la situation s'installer dans le temps.

2 Se protéger
Pour éviter tout problème sur Internet, ne donne jamais de détails sur ta vie privée et réfléchis avant de diffuser des photos. Ne donne jamais tes mots de passe, ce sont des informations très personnelles.

3 Signaler un abus
Sur Facebook, tu peux signaler un contenu abusif et « bloquer » les amis qui n'en sont pas. Les comptes des agresseurs peuvent eux aussi être bloqués. Va faire un tour sur ce centre d'aide: www.facebook.com/safety/

4 Téléphoner
Si tu es victime de harcèlement à l'école, tu peux appeler le numéro gratuit « Stop Harcèlement » 0800 80 70 10.

5 Porter plainte
Dans les cas les plus graves, il est possible de porter plainte contre l'auteur du harcèlement. C'est à tes parents, qui sont tes représentants légaux, d'effectuer cette démarche.

6 Soutenir
Bien souvent, les élèves victimes de harcèlement sont mis à l'écart de la classe. Ne participe pas à cet isolement forcé et n'hésite pas à aller leur parler.

7 Ne pas rire
S'il cesse d'avoir une « majorité silencieuse », ou pire, un public hilare face à lui, l'agresseur arrêtera sans doute ses brimades. Les témoins ont un grand rôle à jouer contre le harcèlement à l'école.

8 En parler
Adresse-toi à un délégué de classe ou à un adulte du collège si tu es témoin d'un cas de harcèlement. S'il existe des médiateurs, ils peuvent aider à dénouer la situation.

9 Ne pas participer
Si tu reçois un message ou une photo humiliante « à faire tourner », supprime le message plutôt que de le transférer à tes amis. Tu pourras ainsi briser la chaîne du harcèlement.

10 Convaincre
Si le harceleur fait partie de ton groupe d'amis, essaie de le raisonner et de comprendre pourquoi il agit ainsi. Vouloir faire du mal aux autres est aussi un signe de mal-être.

10 CONSEILS contre le harcèlement

Retrouve conseils et outils pratiques sur
AGIR CONTRE LE HARCELEMENT À L'ÉCOLE .GOUV.FR



2- Numéros utiles :

-3020 non au harcèlement : numéro vert (gratuit et anonyme) du lu au ve de 9-20h et samedi de 9-18h

-0800 200 000 net écoute pour cyber harcèlement : numéro vert (gratuit et anonyme) du lu au ve de 9-19h

-Numéro référent académique selon académie voir sur le lien suivant :

<https://eduscol.education.fr/cid73791/les-referents-academiques-memoire-et-citoyennete.html>

➔ si échec demander à contacter par écrit le médiateur académique

3- Des associations :

APESE, APHEE, Association Ugo, APFSSU, Marion la main tendue, Kamot, LSEM (le silence est mortel)

<http://anti-bullying.over-blog.fr/2016/03/les-associations-contre-le-harcèlement-scolaire-en-france.html> pour trouver selon les régions

4- Des livres :

-*Pour les ados* : je me défends du harcèlement d'Emmanuelle Piquet, j'me laisse pas faire dans la cour de récré de Florence Millot, le harcèlement expliqué aux enfants de mon quotidien

- *Pour les plus jeunes* : le harcèlement de Sandra de la Prada (à partir de 6 ans, Lili est harcelé à l'école ou Max se fait insulter à l'école et Lucien n'a pas de copain de Dominique de Saint Mars, j'ai perdu mon sourire de t Robberecht (à partir de 3 ans)

- *Pour les adultes* : le harcèlement scolaire de la destruction à la reconstruction de l'association phobie scolaire et Gener 'action solidaire, te laisse pas faire d'Emmanuelle Piquet, aider votre ado à se protéger du harcèlement scolaire de S Couturier et C benoit, le harcèlement en 100 questions d'E Piquet et le harcèlement scolaire de N Catheline, harcèlement et cyber harcèlement à l'école de JP Bellon et B Gardette.

- *Livre pour les deux* : les dix indispensables d'Helene Romano,

5- Vidéo :

- YouTube conférence Ted x P mieux armés les enfants contre le harcèlement scolaire, Emmanuelle Piquet
- Chaine Youtube de Jean-Baptiste Alexanian, le harcèlement scolaire. Que faire ?

IX. LISTE DES ABREVIATIONS

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

OMS : organisation mondiale de la santé

HS : harcèlement scolaire

DEPP : direction de l'évaluation, de la prospective et des performances

MDA : maison des adolescents

CMP : centre médico-psychologique

URPS AuRA : union régionale des professionnels de santé Auvergne Rhône-Alpes

CMI : certificat médical initial



Nom, prénom du candidat : HEITZ Marie

CONCLUSIONS

Le harcèlement scolaire fait le lit de troubles psychiques parfois intenses et durables. Sa prévalence élevée en fait un véritable enjeu de santé publique. S'il s'agit avant tout d'un problème politico-sociétal, le médecin généraliste est malgré tout un acteur majeur, en première ligne pour accueillir la détresse psychique (et parfois physique) induite et ses conséquences. Ceci est d'autant plus vrai qu'il représente bien souvent une figure de confiance face à un phénomène souvent tu, vécu comme honteux et dans la solitude.

La grande majorité des médecins interrogés dans notre étude ont bien conscience de l'ampleur du phénomène et l'ont déjà rencontré dans des formes variées.

Plaintes somatiques inexplicables, difficultés scolaires et troubles psychologiques sont les premiers motifs de consultation, et ce bien avant la plainte directe de harcèlement. Le dépistage devrait donc être systématique face à ces 3 grands motifs de consultation du mineur chez le généraliste. Plus de 73% des médecins interrogés semblent avoir acquis ce réflexe et proposent un dépistage sur points d'appel. 20% proposent un dépistage systématique.

Le dépistage devrait être initié par les médecins généralistes grâce à une ou plusieurs questions directes et ouvertes, précises. Pourtant, seuls 22% des médecins interrogés ici adoptent cette pratique, et dans plus de la moitié des cas, ce sont les parents qui ont abordé en premier le sujet. On déplore également dans 65% des cas l'absence de dépistage systématique du risque suicidaire en cas de harcèlement.

La prise en charge proposée par les interrogés paraît par ailleurs conforme aux bonnes pratiques, centrée sur le patient tout en incluant les parents (93%), avec un axe principal sur l'aspect psychothérapeutique. Ainsi, plus de la moitié s'engagent eux-mêmes dans un travail de soutien, et la coordination de soins pluridisciplinaires est la norme : 67% ont recours aux psychologues de ville et 62% aux institutions de type centre médico-psychologique. De même, on peut apprécier le fait que moins de 5% ont recours à des médicaments anxiolytiques, laissant la part belle (39%) à la médecine alternative.

Paradoxalement, plus de la moitié des généralistes déplorent un manque de connaissances pratiques sur le sujet et ont le sentiment d'un manque de réseau adapté.

Le recours aux associations ou au médecin scolaire est rarement exploité, et pourrait être une piste d'amélioration des prises en charge.

De même, des outils variés sont disponibles et pourraient être aisément utilisés dans la pratique habituelle, comme des questionnaires validés pour le dépistage des troubles psychiques, des affiches de prévention et des numéros utiles visibles dans la salle d'attente des cabinets ...

D'autres outils restent à construire pour répondre au souci pratique des professionnels concernés pour prévenir, évaluer et prendre en charge le harcèlement scolaire. Par exemple, une plaquette



Faculté de Médecine
Lyon Est



d'information à destination du généraliste (dont une ébauche est proposée en annexe de notre travail) ou un questionnaire de dépistage du harcèlement reste à valider.

Enfin, une étude prospective pour évaluer l'efficacité d'un dépistage systématique ou l'usage d'un outil de dépistage pourrait être proposé en complémentarité de notre étude, dans le but de préciser le rôle du médecin généraliste dans cette lutte contre le harcèlement scolaire et pourrait ainsi aboutir à la création de recommandations de bonnes pratiques.

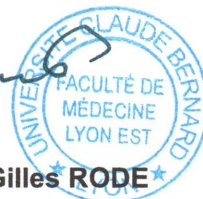
Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

Pr Yves ZENBON

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **12 SEP. 2019**

HEITZ Marie – Dépistage et prise en charge des victimes du harcèlement scolaire,
d'après une enquête de pratique auprès de 230 médecins généralistes en région Rhône-Alpes.

RESUME

CONTEXTE : Le harcèlement scolaire touche près d'un élève sur dix en France. Ces conséquences au long terme sont mises en avant dans la littérature scientifique, et en font un problème de santé publique. Bien que les médecins généralistes soient peu associés au plan de lutte nationale, ils sont souvent au contact de victimes du harcèlement scolaire et ont un rôle à jouer à leurs côtés.

MATERIEL ET METHODE : enquête de pratique auprès de 230 médecins généralistes en région Rhône-Alpes, par questionnaire auto-administré envoyé par mail de janvier à août 2019.

RESULTATS : la quasi-totalité des médecins se sentent concernés par le harcèlement scolaire et l'ont déjà rencontré. Les motifs de consultations où le harcèlement scolaire a été rencontré, sont majoritairement les plaintes psychosomatiques (70%), les troubles psychologiques (51%) et les problèmes scolaires (53%). 73% des médecins interrogés déclarent faire un dépistage sur point d'appel, mais pour 57% d'entre eux, c'est en général les parents qui ont évoqué en premier le harcèlement scolaire. Ils sont 22% à utiliser une question ciblée pour le dépister, et 35% à évaluer systématiquement le risque suicidaire. La majorité des médecins inclut les parents à la prise en charge (93%) et propose une thérapie de soutien (61 %). Ils sont 39% à avoir recours aux médecines alternatives et moins de 5% à prescrire des antidépresseurs ou des benzodiazépines. Les deux tiers des médecins déclarent orienter leur patient vers un psychologue de ville ou une institution type CMP, plus que vers le psychiatre ou les associations, mais près des deux tiers déclarent aussi manquer de réseau d'aide. Bien que 75% estiment la fréquence du harcèlement scolaire entre 5 et 10%, ils sont la moitié à déclarer être démunis par un manque de connaissance. Ils sont aussi démunis pour un tiers d'entre eux par un manque de temps et d'outils de dépistage.

CONCLUSION : les médecins sont sensibilisés à la question du harcèlement scolaire et leur prise en charge est plutôt adaptée. Des points restent cependant à améliorer comme l'évaluation du risque suicidaire mais aussi le dépistage en lui-même qui ne semble pas assez efficace. Cette étude ouvre la perspective d'études supplémentaires qui pourraient aboutir à la création de recommandations françaises, afin d'aider les médecins généralistes à mieux définir leur rôle.

MOTS CLES harcèlement scolaire, médecins généralistes, soins primaires

JURY

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB
Membres : Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET
Madame le Professeur Corinne PERDRIX
Monsieur le Professeur Hugues PATURAL
Monsieur le Docteur Charles-Edouard FOURNIER

DATE DE SOUTENANCE : 1^{er} Octobre 2019

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 1 rue Michel Servet – 42000 Saint Etienne

VOTRE EMAIL : marie.heitz88@gmail.com