



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Repérage systématique des victimes de harcèlement scolaire par les
médecins généralistes.**

Présentée et soutenue publiquement le 08 novembre 2022 à 18 heures
au Pôle Formation
Par Justine FLIPO

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Assesseur :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés de France
HAS	Haute Autorité de Santé
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children
HS	Harcèlement Scolaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations of International Children's Emergency Fund
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
...	...

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Définition.....	2
A. Harcèlement traditionnel	2
B. Le cyberharcèlement.....	4
II. Conséquences.....	5
A. A court terme.....	5
B. A moyen et long terme	6
III. Historique	7
IV. Législation	9
V. Épidémiologie	11
A. Enquête nationale EnClass 2018 [43].....	13
B. Enquête nationale de climat scolaire et victimation [44]	13
C. Enquête nationale UNICEF 2021 des 6/18 ans [45]	14
VI. Justification de notre étude.....	14
VII. Objectifs	16
A. Objectif principal.....	16
B. Objectifs secondaires	16
Matériels et méthodes.....	17
I. Design de l'étude	17
II. Cadre réglementaire.....	17
III. Déroulement de l'enquête	17
A. Population cible	17
B. Critères d'inclusion.....	17
1. Pour les médecins.....	17
2. Pour les patients	18
C. Critères de non-inclusion	18
D. Choix des questionnaires et de leurs voix de diffusion	18
1. Questionnaires médecins.....	18
2. Questionnaires collégiens	18
E. Élaboration des questionnaires.....	19
1. Questionnaire médecins	19
2. Questionnaire collégiens.....	20
F. Recueil de données	20
1. Questionnaire médecins	20
2. Questionnaire collégiens.....	20
G. Analyse statistique	20
H. Recherche Bibliographique	21
Résultats	22
I. Flowchart.....	22
II. Statistiques descriptives	22
A. Données sociodémographiques des médecins généralistes	22
B. Données sociodémographiques des collégiens.....	23
C. Données descriptives concernant le harcèlement chez les collégiens	24

1.	Type de harcèlement vécu par les collégiens	24
a)	Type de harcèlement vécu en fonction de la classe	25
b)	Type de harcèlement vécu en fonction du genre	25
c)	Type de harcèlement en fonction du milieu rural ou urbain	26
2.	Type de harcèlement rapporté aux médecins	26
3.	Personne de confiance	27
III.	Statistiques analytiques	28
A.	Comparaison de la prévalence du harcèlement scolaire	28
1.	Estimée par les médecins généralistes	28
2.	Repérée par les auto-questionnaires	28
B.	Comparaison de la prévalence du harcèlement scolaire en fonction de la classe et du sexe	30
1.	Analyse statistique de la prévalence en fonction de la classe	30
2.	Analyse statistique de la prévalence en fonction du genre	30
3.	Analyse statistique de la prévalence en fonction du milieu	31
C.	Attentes des collégiens vis à vis de leur médecin traitant concernant la prise en charge et le repérage du harcèlement	31
1.	Souhait d'un repérage en fonction du type de harcèlement vécu	32
2.	Souhait d'un repérage en fonction du genre	32
3.	Souhait d'un repérage en fonction de la classe	32
4.	Souhait d'un repérage en fonction du fait d'être harcelé ou non	33
5.	Souhait d'une présence parentale	34
6.	Type de formulation de question	35
D.	Analyse des pratiques et des freins au repérage systématique du harcèlement scolaire des médecins généralistes et des collégiens	36
1.	Analyse des pratiques	36
2.	Freins au repérage	38
	Discussion	39
I.	Résultats principaux	39
A.	Type de harcèlement vécu par les collégiens et rapporté aux médecins ..	39
B.	Personne de confiance	41
C.	Prévalence du harcèlement scolaire	41
D.	Attentes des collégiens concernant la prise en charge et le repérage du harcèlement scolaire	43
E.	Analyse des pratiques des médecins généralistes	45
F.	Freins au repérage	47
1.	Pour les médecins	47
2.	Pour les collégiens	48
II.	Limites de l'étude	49
A.	Biais méthodologiques liés à la formulation des questions	49
B.	Biais liés à la brièveté et à la période d'enquête	50
C.	Biais de sélection	50
D.	Biais de mémorisation et de prévarication	51
E.	Biais de classement	51
III.	Forces de l'étude	51
A.	Pertinence	51
B.	Singularité	52
C.	Représentativité	52
IV.	Les perspectives et solutions	53
	Conclusion	56
	Références bibliographiques	57

Annexes	65
Annexe 1 : Récépissé de déclaration de conformité à la CNIL.....	65
Annexe 2 : Questionnaire à destination des médecins.....	66
Annexe 3 : Questionnaire à destination des collégiens	68
Annexe 4 : Contrat de publication	70
Annexe 5 : BITS test [83]	72

RESUME

Contexte : La prévalence du harcèlement estimée entre 5 et 10% en France et la gravité de ses conséquences en font un véritable problème de santé publique. Par sa position en première ligne et sa relation de confiance avec ses jeunes patients, le médecin généraliste détient un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge des victimes de harcèlement scolaire entre pairs.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative réalisée au moyen de deux auto-questionnaires distribués aux médecins des Hauts-de-France et aux collégiens parmi leur patientèle.

Résultats : Sur les 186 collégiens ayant participé à cette étude, 56 déclaraient être ou avoir été victime de harcèlement soit une prévalence de 31,2%, bien supérieure à celle estimée par leurs médecins. Il y avait statistiquement plus de harcèlement déclaré chez les collégiens résidant en milieu urbain. Le type le plus mentionné était le harcèlement moral, c'est aussi le plus rapporté aux médecins généralistes qui n'arrivaient qu'en 4^e position des personnes-ressource à qui se confier. Presque la moitié des jeunes interrogés étaient favorables au repérage du harcèlement par leur médecin, principalement ceux scolarisés en classe de 6^e et 5^e. Parmi les victimes de harcèlement la moitié de celles n'ayant pas été questionnées au sujet du climat scolaire par leur médecin y étaient pourtant favorables. Les collégiens souhaitaient un repérage au moyen d'une question ouverte avec présence parentale pour 62,4% d'entre eux. La grande majorité des médecins réalisaient un repérage sur points d'appel au moyen d'une question ouverte. Les deux seuls médecins (sur 22) non favorables au repérage évoquaient comme frein le manque de formation ou de réseau d'aide pour la prise en charge des victimes. La crainte de rupture du secret médical, d'être adressé à un psychologue mais surtout la vision de leur médecin comme simple « soigneur de lésions organiques » étaient les principales contraintes relevées par les collégiens.

Conclusion : Les médecins comme les collégiens interrogés semblent favorables à un repérage systématique du harcèlement afin d'établir une prise en charge précoce des victimes et de limiter la pérennité et donc la gravité de ses conséquences.

INTRODUCTION

I. Définition

A. Harcèlement traditionnel

Dan Olweus, psychologue norvégien et pionnier dans les travaux sur le harcèlement scolaire, est le premier à en proposer une définition dans les années 70 : « un élève est victime de harcèlement lorsqu'il est soumis de façon répétée et à long terme à des comportements agressifs visant à lui porter préjudice, le blesser ou le mettre en difficulté de la part d'un ou plusieurs élèves. Il s'agit d'une situation intentionnellement agressive, induisant une relation d'asservissement psychologique, qui se répète régulièrement » [1].

Peter Smith, psychologue britannique, complètera cette définition en y ajoutant la notion d'un déséquilibre de forces entre l'agresseur et sa victime avec un rapport dominant – dominé [2].

En France, Eric Debarbieux, pédagogue français est le premier à proposer le terme de « microviolences » pour désigner les « désordres et infractions quotidiennes de l'école » [3]. Mais ce terme, longtemps critiqué, ne reflète pas le caractère répétitif ni le rapport de domination entre élèves déterminant le « bullying ». Finalement, les Assises Nationales qui se sont tenues les 2 et 3 mai 2011 sous la tutelle du ministère de l'Éducation nationale, ont supprimé le mot « microviolences » des débats et ont tranché : le « harcèlement scolaire » est choisi comme traduction du terme anglais « school bullying ». Cette traduction avait été proposée à la fin des années 90 par Jacques Pain dans la préface de sa traduction du livre de Dan Olweus « Violences entre élèves, harcèlements et brutalités : les faits, les solutions » [4].

Cette expression est tirée de l'ancien français « herseler » qui signifie « retourner la terre avec une herse », outil agricole qui permet de rendre compte du caractère nocif et répétitif du harcèlement [5]. Le terme de harcèlement prendra ensuite une signification militaire proche du sens qu'on lui associe actuellement : harceler l'ennemi, c'est entreprendre une poursuite sans relâche, lui faire subir d'incessantes attaques.

Nicole Catheline, pédopsychiatre française, insiste sur l'intentionnalité de l'agresseur de nuire à la victime qu'elle différencie de la simple plaisanterie et souligne le

nécessaire déséquilibre des forces. On ne peut parler de harcèlement lorsque les violences concernent deux individus ou groupes de force sensiblement égale.

Elle explique le harcèlement par un échec de la dynamique de groupe qui trouve son fondement dans le rejet d'une « différence jugée dérangeante » par le groupe (apparence physique, identité de genre, handicaps, appartenance à une minorité sociale ou culturelle). Pourtant, harceleurs et harcelés partagent souvent la même « vulnérabilité commune » avec des difficultés relationnelles et une mauvaise estime de soi mais ils ne les gèrent pas de la même manière [6].

Un autre élément majeur caractérisant le harcèlement est la relation triangulaire entre l'agresseur, sa victime et les spectateurs. L'harceleur parvenant à faire de ses camarades spectateurs les complices de ses actes par leur absence d'intervention renforçant sa position de dominant sur la victime qui, sans défense, est résignée à se murer dans le silence et s'isole socialement.

« Le processus de harcèlement conduit à un ostracisme tacite imposé par le(s) harceleur(s) qui fait qu'aucun élève ne s'autorise à devenir ami avec le harcelé » exprime la psychothérapeute Hélène Romano [5].

Le harcèlement est donc caractérisé par 3 éléments clés :

- La répétition et la durée dans le temps d'actes récurrents de violence
- L'intentionnalité de l'agresseur de nuire à sa victime par un abus de pouvoir conscient visant à lui porter préjudice et l'affaiblir
- Un déséquilibre des forces représenté par un rapport dominant-dominé entre le harceleur, plus fort physiquement, psychologiquement ou socialement et sa victime.

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

- Le harcèlement direct : les violences physiques (coups, bousculades, racket, dégradation d'objets personnels, jeux dangereux), les violences verbales (insultes, menaces, humiliation, mépris, surnoms), le harcèlement à connotation sexuelle (voyeurisme, déshabillage, baisers forcés, gestes déplacés).
- Le harcèlement indirect : rejet, ostracisme, exclusion du groupe
- Le cyberharcèlement : revenge porn (diffusion de photos ou vidéos intimes dans un but de vengeance), happy slapping (diffusion de vidéos d'agressions

physiques), outing (diffusion d'informations confidentielles sur les réseaux), flaming (diffusion de messages hostiles et insultants) ...

Illustration 1 : Le harcèlement à l'école – Enquête nationale de victimation en milieu scolaire 2011



B. Le cyberharcèlement

Avec le développement de nouveaux outils de communication technologique et l'essor des réseaux sociaux depuis la fin des années 90, le harcèlement s'étend partout et tout le temps, bien au-delà des portes de l'établissement scolaire : on parle de cyberharcèlement.

Le psychologue britannique Peter Smith définit le cyberharcèlement comme « un acte agressif, intentionnel perpétré par un individu ou un groupe d'individus au moyen de formes de communication électroniques, de façon répétée à l'encontre d'une victime qui ne peut facilement se défendre seule » [7].

Le cyberharcèlement partage avec le bullying traditionnel les notions de répétitivité, d'intentionnalité et de déséquilibre de pouvoir mais il possède aussi certaines caractéristiques lui sont propres [8] :

- L'anonymat conféré par les réseaux sociaux offre aux agresseurs un sentiment d'impunité et renforce le sentiment de vulnérabilité pour la victime
- L'absence de limite temporelle et spatiale avec une permanence des contenus conférant un caractère potentiellement irréversible au cyberbullying.
- La capacité de diffusion massive et instantanée des rumeurs et insultes faisant intervenir un très large public, rendant difficile d'en reprendre le contrôle
- L'absence de contact direct entre la victime et son harceleur qui ne prend pas la mesure réelle de la souffrance qu'il engendre et le déresponsabilise de ses actes
- La cécité et l'impuissance des adultes face à un monde virtuel qu'ils ne connaissent trop peu
- La honte résultant de la nature du cyberharcèlement (ex : revenge porn) qui entrave la communication avec les parents et mure les victimes dans le silence

Alors que l'école accompagne la construction de l'identité et de la personnalité de l'adolescent, le harcèlement crée un état d'insécurité permanent dangereux pour la victime pouvant entraîner de graves conséquences scolaires, sociales, physiques et psychologiques à long terme. Sa fréquence et la gravité de ses conséquences psychopathologiques en font donc un véritable problème de santé publique.

II. Conséquences

A. A court terme

A court terme la première conséquence du harcèlement scolaire est l'anxiété qu'il génère. En effet, une méta analyse réalisée en 2017 retrouve un odds ratio de 1,77 (IC 95% : 1,34 – 2,33) entre le harcèlement et la présence de troubles anxieux [9].

De même une revue de la littérature datant de 2019 retrouve une association significative entre trouble anxieux et harcèlement [10].

De cette anxiété majeure résultent des troubles psychosomatiques tels que nausées, céphalées, douleurs abdominales, malaises, perte d'appétit pouvant aller jusqu'à l'apparition de troubles du comportement alimentaire [9, 11, 12].

Secondairement à cette anxiété et au mal être qui en découle, le jeune peut s'enfermer dans un isolement relationnel nourri par le sentiment d'abandon, l'altération de l'estime de soi et la vulnérabilité dans laquelle se retrouve la victime.

Enfin, on constate une augmentation de la prévalence d'absentéisme scolaire et de troubles des apprentissages secondaires aux difficultés attentionnelles entretenues par les troubles du sommeil éprouvés par les victimes. Mais c'est aussi par crainte de la violence et de l'insécurité scolaire que 6,1 % des collégiens interrogés dans l'enquête la DEPP déclarent ne pas s'être rendus au collège en 2017. On estime qu'une victime de harcèlement sur cinq a tendance à s'absenter pour éviter d'affronter son ou ses agresseur(s) [13, 14, 15, 16].

B. A moyen et long terme

A moyen et long terme, de nombreuses études ont constaté l'apparition de troubles anxiodépressifs et de comportements suicidaires (majoration des actes d'auto et d'hétéro agressivité) [17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24].

En effet, les méta-analyses réalisées par Van Geel et al. et Holt et al. retrouvent que les victimes de harcèlement sont 2 à 3 fois plus confrontées au risque de développer des idées suicidaires (OR = 2.34) et d'attenter à leur vie (OR = 2.94) que leurs camarades non-victimes de harcèlement [25, 26].

Une étude IFOP réalisée en 2021 ayant sondée 2 003 personnes âgées de 15 ans et plus constate, au long terme, que les victimes de harcèlement scolaire ont consommé davantage d'anxiolytiques (39% vs 29% dans la population française) et d'antidépresseurs (39% vs 28%) et ont aussi plus fréquemment consulté un psychiatre ou un psychologue (45% vs 36%).

De plus, on remarque une relation dose-effet entre la durée du harcèlement et la sévérité de ses conséquences : 63% des victimes ayant été harcelées pendant plus

de deux ans présentent des séquelles psychologiques au long cours. Ce chiffre monte à 67 % lorsque les victimes subissent du cyberharcèlement [27].

Le harcèlement présente aussi des conséquences socio-économiques à long terme tels que des grossesses non désirées chez les adolescentes, des pratiques addictives ou encore des difficultés à conserver un emploi, à gérer ses finances et à maintenir des relations sociales stables [28, 29].

Enfin, dans une volonté de se défendre ou par esprit de vengeance, les victimes de harcèlement peuvent avoir recours à des actes de délinquance allant jusqu'à des comportements d'une extrême violence. Un rapport publié par le FBI enquêtant sur les « school-shooters » révèle que 75 % des fusillades dans les écoles ont été commises par des victimes de harcèlement [30].

III. Historique

Les premiers travaux autour du harcèlement scolaire datent des années 1970. C'est le psychologue suédo-norvégien Dan Olweus qui est le premier à nommer ce phénomène « bullying » et à en dénoncer ses conséquences chez les victimes [4]. Peu après en 1975 et en réponse à des drames survenus en Suède (suicides de jeunes victimes harcelées, fusillades scolaires), les pouvoirs publics ont dû réagir. Le professeur suédois en psychologie de l'éducation Anatol Pikas présente alors sa méthode de la « préoccupation partagée » ayant pour objectif de développer l'empathie et la recherche active de solutions de la part des harceleurs plutôt que de les blâmer.

En France, ce phénomène a longtemps été minimisé, relativisé et justifié comme un simple rite, une étape « normale » du passage à la vie adulte. C'est ainsi que le harcèlement a pu prospérer de nombreuses années avant que les pouvoirs publics ne s'en préoccupent à la fin des années 90 suite à la traduction française du terme anglais de « school bullying ». Ainsi, l'observatoire européen de la violence à l'école est fondé en 1998 par le pédagogue français Eric Debarbieux et deviendra en 2004 l'observatoire international des violences à l'école avec pour objectif d'évaluer le climat scolaire au moyen d'enquêtes réalisées au sein des établissements.

En 2011, Luc Chatel alors ministre de l'Éducation Nationale charge Eric Debarbieux, président du Conseil scientifique des États généraux de la sécurité à l'école, de rédiger un rapport au sujet du harcèlement entre pairs à l'école dans un objectif de « créer une politique spécifique et ambitieuse sur ce point ». C'est le début de la prise de conscience par les politiques de ce phénomène de santé publique.

Le rapport « Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'École » [13] est rendu le 12 avril 2011 composé de 15 recommandations pour lutter contre ce fléau avec, entre autres, la conduite d'enquêtes de victimisation, la formation de la communauté éducative, la création de groupes d'entraide ou encore la mise en place de campagnes de sensibilisation à grande échelle.

Le mois suivant ont eu lieu les premières assises nationales de lutte contre le harcèlement à l'initiative d'une campagne de lutte nationale (« Agir contre le harcèlement à l'École ») ayant pour objectif la sensibilisation et la mobilisation des élèves et de l'ensemble des acteurs de l'Éducation Nationale.

La même année, les enquêtes nationales conduites par l'UNICEF, ainsi que les premières enquêtes de victimation menées par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), permettent de mesurer l'ampleur du phénomène en France pour mieux le prévenir [31].

Les années suivantes, à l'initiative des différents gouvernements successifs, de nombreuses actions voient le jour : mise à disposition d'un numéro vert gratuit national (30 20) et du site internet « nonauharcèlement » regroupant de nombreuses supports pédagogiques et ressources utiles aux victimes et à leurs parents. En 2013, le gouvernement crée le prix « Non au harcèlement » dans le but de sensibiliser les élèves en leur donnant la parole à travers la réalisation d'une affiche ou d'une vidéo servant de support de communication pour un projet pérenne qu'ils souhaitent mener dans leur établissement. Dans cette même optique, en 2015 est instauré le dispositif des ambassadeurs « Non au harcèlement » qui permet de responsabiliser les collégiens et lycéens en les rendant acteurs de la prévention et de la sensibilisation aux violences à l'école. Du côté du personnel académique, l'État a mis en place des « référents harcèlement », ils ont pour rôle d'accompagner les établissements dans la prise en charge des cas de harcèlement signalés et en assurer le suivi. Pour rappeler combien la prévention et la lutte contre le harcèlement sont fondamentales, depuis

2020, chaque premier jeudi de novembre a lieu la Journée internationale contre la violence, le harcèlement à l'École et le cyberharcèlement.

Enfin, depuis la rentrée 2021 est instauré le plan de prévention « pHARe » à destination des écoles élémentaires et des collèges. Avec ce label, l'établissement s'engage à constituer une équipe ressource formée au repérage et à la prise en charge des situations de harcèlement, formaliser un protocole de traitement, former une équipe d'élèves-ambassadeurs, mettre en place un atelier de sensibilisation pour les familles, participer au prix « Non au harcèlement » et organiser 10 heures d'apprentissage consacrées à la prévention du harcèlement pour les élèves du CP à la 3^e.

Cette attention nouvelle portée sur le climat scolaire témoigne de la préoccupation de tous les acteurs de renouveler l'approche de la prévention et de la sensibilisation autour du harcèlement. Une réponse législative à la hauteur du phénomène semble tout aussi nécessaire pour faire face à ce fléau.

IV. Législation

La loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République [32] ayant pour objectif de refonder une école sereine et citoyenne marque un tournant dans la lutte contre le harcèlement. Elle prévoit dans son rapport annexé que « La lutte contre toutes les formes de harcèlement sera une priorité pour chaque établissement d'enseignement scolaire. Elle fera l'objet d'un programme d'actions élaboré avec l'ensemble de la communauté éducative ». Le mois suivant, la circulaire du 13 août 2013 relative à la prévention et la lutte contre le harcèlement à l'école réaffirme la place primordiale portée à l'amélioration du climat scolaire. Prévenir et lutter contre ce phénomène deviennent des conditions nécessaires à l'accomplissement des missions de l'éducation nationale dans les écoles et constituent « un enjeu majeur pour la réussite éducative » [33].

En France, la loi du 4 août 2014 a introduit dans le Code Pénal le délit général de harcèlement moral au-delà du seul cadre professionnel où il était, jusqu'à cette date,

uniquement reconnu. Elle permet notamment de reconnaître le cyberharcèlement comme un délit : nul besoin d'être en contact physique avec sa victime pour lui nuire. Sa définition était d'abord limitée aux « propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale » provenant d'une seule et même personne. Le délit a ensuite été élargi aux actions de groupe par l'article 11 de la loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sur le fondement duquel le mobbing peut désormais être sanctionné (harcèlement moral collectif à l'encontre d'une victime).

Récemment, la loi n°2022-299 du 2 mars 2022 visant à combattre le harcèlement scolaire a modifié les peines encourues en cas de harcèlement.

Les sanctions varient selon l'âge de la victime et de l'auteur des faits. En effet, en France, la loi estime que la responsabilité pénale d'un mineur ne peut être engagée qu'à partir de 13 ans. La règle actuelle est fixée par la Loi n°2021-218 du code de la justice pénale des mineurs : « Lorsqu'ils sont capables de discernement, les mineurs, au sens de l'article 388 du code civil, sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils sont reconnus coupables. Les mineurs de moins de treize ans sont présumés ne pas être capables de discernement. Les mineurs âgés d'au moins treize ans sont présumés être capables de discernement. Est capable de discernement le mineur qui a compris et voulu son acte et qui est apte à comprendre le sens de la procédure pénale dont il fait l'objet ». En clair, il n'est pas possible actuellement d'envoyer en prison un mineur de moins de 13 ans, même pour crime, et les sanctions prononcées contre les moins de 13 ans ne peuvent être que des mesures éducatives [34, 35].

Les peines encourues en cas de faits de harcèlement avérés depuis la loi du 2 mars 2022 [36] sont les suivantes :

Si l'auteur est mineur de plus de 13 ans :

- ◆ Lorsque le harcèlement scolaire n'a pas entraîné d'incapacité totale de travail (jours d'école manqués) ou qu'il a entraîné une incapacité totale de travail de moins de 8 jours, il est puni de 1 an et demi d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende au maximum.

- ◇ Lorsque le harcèlement scolaire a entraîné une incapacité totale de travail de plus de 8 jours, les peines sont portées à 2 ans et demi et 7 500 € d'amende au maximum.
- ◇ Lorsque le harcèlement scolaire a conduit la personne visée à se suicider ou à tenter de se suicider, les peines sont portées à 5 ans d'emprisonnement et 7 500 € d'amende au maximum.

Si l'auteur est majeur :

- ◇ Lorsque le harcèlement scolaire n'a pas entraîné d'incapacité totale de travail (jours d'école manqués) ou qu'il a entraîné une incapacité totale de travail de moins de 8 jours, il est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.
- ◇ Lorsque le harcèlement scolaire a entraîné une incapacité totale de travail de plus de 8 jours, les peines sont portées à 5 ans et 75 000 € d'amende.
- ◇ Lorsque le harcèlement scolaire a conduit la personne visée à se suicider ou à tenter de se suicider, les peines sont portées à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende.

La victime mineure peut se rendre seule au commissariat ou à la gendarmerie et signaler les faits par le biais d'une main courante mais elle n'est pas en mesure de se constituer partie civile elle-même, elle devra obligatoirement être représentée par une personne majeure (parent, tuteur,...). En revanche, la victime émancipée ou majeure peut porter plainte contre son agresseur, quel que soit son âge. Dans tous les cas, la victime a 6 ans, après les faits, pour déposer plainte [37].

V. Épidémiologie

À l'échelle mondiale, près d'un élève sur trois a été harcelé au cours du mois dernier d'après le rapport sur la situation de la violence et du harcèlement à l'école dans le monde, publié par l'UNESCO dont les données sont issues des études internationales GSHS et HSBC. Il estimait à 246 millions le nombre d'enfants touchés par ce phénomène avec une grande fluctuation de la prévalence en fonction des pays.

Dans les pays couverts par l'enquête GSHS, la prévalence du harcèlement était comprise entre 7,1% (Tadjikistan) et 74% (Samoa). Dans ceux couverts par l'enquête HBSC, elle était comprise entre 8,7% et 55,5% [38].

Selon Cook et al., elle peut ainsi varier de 6,7 % en Suisse à 42,5 % en Nouvelle Zélande [39].

L'enquête HBSC 2018 [40] est menée tous les 4 ans sous l'égide de l'OMS dans 40 pays chez les élèves entre 11 et 15 ans via des auto-questionnaires distribués en classe. Elle retrouve une prévalence de harcèlement traditionnel plus importante en début de collège mais similaire quel que soit le genre (11 % à 11 ans ; 11 % à 13 ans et 8 % à 15 ans). En revanche les filles sont plus susceptibles d'être confrontées au cyberharcèlement que les garçons, principalement à l'âge de 13 ans (14 % vs 12 % chez les garçons). Concernant le cyberharcèlement, une revue internationale de la littérature estime la prévalence de victimes comprise entre 6,8 % et 35,4 % au sein d'un échantillon âgé de 10 à 17 ans [41]. Une étude comparative européenne observe des taux comparables (21,4 % en moyenne) dans un échantillon d'adolescents âgés de 14 à 18 ans [42].

Il ressort de la littérature une grande disparité de la prévalence du harcèlement scolaire (traditionnel ou en ligne) selon les pays, le genre et l'âge des élèves interrogés. Cette importante variabilité de la prévalence peut être la conséquence de plusieurs facteurs:

- ◆ Il n'existe pas de définition standardisée du « bullying » sur le plan international (pas de période de référence communément admise)
- ◆ Le mode de recueil et les méthodes d'évaluation peuvent différer d'une enquête à l'autre (enquête longitudinale / transversale, questionnaires, entretiens, focus-groups...)
- ◆ Il existe une grande hétérogénéité des échantillons entre les différentes études (genre, âge et origine des élèves interrogés)

L'enquête menée par l'UNESCO entre 2002 et 2017 constate cependant une tendance commune positive et encourageante : le harcèlement a diminué dans près de la moitié des 71 pays disposant de données de tendance. Les diverses politiques gouvernementales adoptées ces dernières années dans le monde semblent porter leurs fruits [38].

En France, différentes enquêtes nationales permettent d'évaluer le climat scolaire, d'étudier le bien-être des élèves et de mesurer l'ampleur des phénomènes de harcèlement traditionnel entre pairs et de cyberharcèlement.

A. Enquête nationale EnClass 2018 [43]

EnCLASS est le fruit de la collaboration des équipes de recherche des enquêtes Health Behaviour in School-aged children (HBSC) et European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) qui ont pour objectif d'observer et d'analyser le bien être, la santé et les comportements des adolescents français. En 2018, l'enquête nationale EnCLASS a interrogé 20 577 collégiens et lycéens âgés de 11 à 18 ans au moyen de questionnaire en ligne remplis au sein de leurs établissements scolaires.

Ses données font le constat que la diminution de la prévalence des victimes de harcèlement amorcée entre 2010 et 2014 se poursuit en 2018 sans différence significative selon le sexe ni selon le niveau. (13,9 % en 2010, 11,8 % en 2014 et 5,3 % en 2018). En revanche, bien que la prévalence de cyber-victime soit similaire quel que soit le niveau scolaire, il existe une différence significative entre les genres, les filles rapportant plus fréquemment être victimes de cyberharcèlement (9,8 % chez les filles vs 5,9 % chez les garçons).

Enfin, les différentes politiques et mesures prises par le gouvernement français en matière de prévention et de sensibilisation au harcèlement semblent avoir porter leurs fruits puisque la France est passée du 13e rang en 2014 au 40e rang en 2018 sur 42 pays du point de vue de la proportion de mineurs âgés de 15 ans se disant victimes de harcèlement.

B. Enquête nationale de climat scolaire et victimation [44]

Cette enquête nationale vise à interroger périodiquement les élèves et la communauté éducative afin de prendre en compte leur point de vue sur le climat scolaire et recenser les actes de violence perpétrés au sein de l'école.

Elle est réalisée au moyen de questionnaires papiers ou en ligne complétés en classe par les élèves.

De manière générale, la prévalence de victimes de harcèlement est en légère baisse par rapport aux autres années (5,6 % en 2017 vs 7% en 2013). Cette dernière est presque deux fois plus importante pour les garçons (7 % contre 4 % des filles) mais aussi pour les collégiens scolarisés en début de collège (7,9% en 6^e contre 3,7% en 3^e). A l'inverse, le cyberharcèlement semble davantage subi par les filles (8 % contre 6 % pour les garçons) et les élèves de troisième. Ce dernier est en forte hausse puisqu'en 2013, seuls 4,5% des collégiens déclaraient subir du cyberharcèlement.

C. Enquête nationale UNICEF 2021 des 6/18 ans [45]

UNICEF France mesure dans cette enquête l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant par le biais d'un questionnaire portant sur quatre thématiques (droits de l'enfant, vie quotidienne, éducation et loisirs, santé).

En 2021, les données rapportent qu'un enfant sur dix (10,4 %) indique être « souvent » ou « de temps en temps » victime de harcèlement. On retrouve une prévalence similaire de victimes de cyber harcèlement.

Enfin, une étude médico-légale menée à Lille en 2013 [46] avait mise en évidence plusieurs tendances sur les violences en milieu scolaire en France depuis le début du XXI^e siècle qui se sont confirmées ces dernières années telles qu'un rajeunissement des élèves victimes ou encore une nouvelle forme émergente : la cyberviolence qui ne cesse de se développer de nos jours malgré les mesures gouvernementales entreprises pour la limiter.

VI. Justification de notre étude

Cette étude intervient dans un contexte de prise de conscience récente des pouvoirs publics français et de l'Éducation Nationale dans la reconnaissance du harcèlement scolaire comme un véritable enjeu de santé publique. En 2020, une enquête IFOP constate que le harcèlement scolaire est en tête des préoccupations des jeunes de 8 à 16 ans devant la pauvreté ou le réchauffement climatique [27]. Il fait le lit de troubles psychiques et physiques parfois intenses et pérennes générant des dépenses de

santé majeures. Longtemps sous-estimé, il fait l'objet d'une attention médiatique récente par les drames qui lui sont liés.

Les spécialistes s'accordent à dire que sa prévention nécessite une mobilisation commune de l'ensemble de la communauté éducative et des professionnels de santé dans un objectif de prise en charge pluridisciplinaire efficiente. La responsabilité des médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge de la morbidité liée au harcèlement a été soulignée depuis de nombreuses années, légitimée par sa position de premier recours et la relation de confiance tissée avec ses patients. Cependant ce dernier est encore trop peu perçu par les victimes comme une potentielle personne-ressource à laquelle se confier comme le montre une étude de médecine légale menée par le Dr Mokdad qui retrouve que seules 36% des victimes de violences scolaires recensées par le Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (CASA) de Rouen ont eu préalablement recours à leur médecin traitant [47].

A ce jour, il n'existe aucune recommandation établie par la HAS pour le repérage et la prise en charge du harcèlement scolaire.

Aux Etats-Unis, l'Académie Américaine de Pédiatrie recommande la réalisation d'un dépistage sur points d'appel (troubles du comportement, absentéisme scolaire, symptômes psychosomatiques inexpliqués...). Cependant, l'inscription du harcèlement dans la durée apparaît comme étant le principal facteur associé à la gravité et à l'installation au long cours des séquelles psychologiques qu'il entraîne. Ainsi, le repérage précoce des cas de harcèlement nous apparaît comme essentiel et une systématisation de celui-ci par les médecins généralistes permettrait une prise en charge anticipée afin d'en prévenir ses répercussions néfastes sur la santé et le bien être psychique de la victime. Cette attitude est d'ailleurs encouragée par le pédiatre Dr Gatard qui suggère de questionner l'enfant seul à seul sur le climat scolaire lors de toute consultation pédiatrique, motivée par un problème psychologique ou non [48]. Dans ce sens, de récentes études faisaient état d'une réelle volonté de la part des jeunes et de leurs parents, d'une meilleure implication des médecins généralistes dans le repérage et l'accompagnement des victimes de harcèlement scolaire [49, 50].

Bien que les recherches se soient multipliées au sujet des conséquences alarmantes du harcèlement sur la santé des victimes et leur prise en charge par leurs médecins

traitants, à notre connaissance, il s'agit de la première étude portant sur les attentes des collégiens en matière de repérage et la pertinence de sa réalisation systématique par les médecins généralistes compte tenu des contraintes de la pratique quotidienne.

La littérature ayant montré un pic de harcèlement entre la fin du primaire et le milieu du collège [27] et les collégiens étant plus à même de consulter seuls leur médecin traitant et à partager leur point de vue sur des sujets sensibles que les primaires, notre choix s'est porté d'interroger uniquement des élèves scolarisés au collège dans un premier temps.

Notre travail s'inscrit donc dans une volonté de sensibilisation et de responsabilisation des médecins de soins primaires quant à l'amélioration du repérage et de la prise en charge des victimes de harcèlement scolaire entre pairs.

VII. Objectifs

A. Objectif principal

L'objectif primaire était de savoir si le repérage systématique des victimes de harcèlement scolaire par les médecins généralistes des Hauts-de-France permettrait d'en repérer davantage afin d'améliorer leur prise en charge précoce.

B. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de :

- ◇ Comparer la prévalence du harcèlement scolaire en fonction de la classe, du genre et du milieu de résidence.
- ◇ Évaluer les attentes des collégiens vis-à-vis de leur médecin traitant concernant la prise en charge et le repérage du harcèlement.
- ◇ Analyser les pratiques et les freins au repérage systématique du harcèlement scolaire pour les médecins généralistes et les collégiens.

MATERIELS ET METHODES

I. Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale, multicentrique, épidémiologique et observationnelle.

II. Cadre réglementaire

Une demande a été faite auprès du comité d'éthique de Lille mais ce dernier n'a pu y répondre favorablement devant le trop grand nombre de sollicitations d'internes de médecine générale. De plus, cette thèse ne relève pas d'un avis du comité de protection des personnes (CPP) d'après l'article intitulé « Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale » de la revue *Exercer* [51].

Ce travail est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles et a fait l'objet d'une déclaration de conformité à la CNIL (Annexe 1).

III. Déroulement de l'enquête

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 des Hauts de France
- ◇ les collégiens de la patientèle des médecins généralistes ayant répondu favorablement à la dernière question du questionnaire en ligne.

B. Critères d'inclusion

1. Pour les médecins

Le seul critère d'inclusion était d'exercer en cabinet de médecine générale (seul, en association ou en MSP) dans la région des Hauts-de-France.

2. Pour les patients

Les critères d'inclusion étaient d'être scolarisé au collège durant l'année scolaire 2021/2022 dans la région des Hauts-de-France et d'être patient d'un des médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude.

C. Critères de non-inclusion

Afin de garantir une bonne connaissance de la patientèle et son suivi régulier, nous n'avons pas inclus dans l'étude les médecins remplaçants.

D. Choix des questionnaires et de leurs voix de diffusion

1. Questionnaires médecins

Un auto-questionnaire (Annexe 2) a été diffusé via le site Framafoms afin de garantir une plus large diffusion et un recueil exhaustif des données. Les questionnaires ont été diffusés par mail à un pool de médecins généralistes dont l'adresse électronique a été obtenue à partir de plusieurs sources (tableau des directeurs de thèse, connaissances, anciens MSU, appels au secrétariat des cabinets...). L'ordre des médecins et l'URPS ont été contactés pour obtenir une mailing list et permettre une plus large diffusion mais ces derniers n'y ont pas répondu favorablement du fait de leur accord avec la CNIL. Le mail était composé d'une notice d'information avec le lien URL permettant d'accéder au questionnaire. Le questionnaire était nominatif afin de pouvoir venir déposer, dans les cabinets de ceux ayant répondu favorablement à la dernière question, les questionnaires papiers à destination des collégiens et poursuivre l'enquête. Ils ont ensuite été anonymisés, leur nom ayant été remplacé par une lettre.

2. Questionnaires collégiens

Pour les collégiens, il a été fait le choix d'un auto-questionnaire papier (Annexe 3) administré en direct par leur médecin traitant lors des consultations. Cette méthode de diffusion semblait être la plus adaptée pour des jeunes patients qui ne disposent pas forcément tous d'une adresse électronique ou d'un téléphone qui aurait permis une diffusion dématérialisée. Un autre avantage de l'utilisation du format papier réside dans un meilleur taux de réponses des questionnaires envoyés par mail. D'après la

revue de littérature publiée en 2007, le taux de réponses aux questionnaires papiers est d'environ 14% supérieur au taux de réponses aux questionnaires en ligne [52].

Afin de garantir leur anonymat, le collégien pouvait y répondre au choix, pendant ou après la consultation à l'abri des regards, de plus une urne était mise à disposition pour y déposer les questionnaires après les avoir complétés afin d'en faciliter leur recueil.

E. Élaboration des questionnaires

Le choix et la rédaction des questions proviennent d'une réflexion issue d'une recherche bibliographique réalisée en amont.

La compréhension et la pertinence du questionnaire ont été préalablement testées sur 10 collégiens et 6 adultes. Quelques modifications ont été réalisées, notamment sur les formulations de questions ou encore l'ajout d'une modalité neutre « ne sais pas » dans les questionnaires collégiens afin de limiter le potentiel biais de réponse imposé par un choix binaire. La majorité des questions étaient formulées en question fermées à choix multiples afin de faciliter l'analyse des réponses.

Concernant le questionnaire à destination des collégiens, une proposition « autre » a été ajoutée dans un souci d'exhaustivité concernant les questions sur les attentes vis-à-vis du médecin généraliste ou encore la personne de confiance ayant connaissance de la situation de harcèlement.

La durée de remplissage a été évaluée à moins 5 minutes tant pour les collégiens que pour les médecins avec moins d'une quinzaine de questions pour chaque questionnaire.

1. Questionnaire médecins

Une première partie concernait une estimation de la prévalence du harcèlement scolaire des 5 derniers mois (durée équivalente à la distribution des questionnaires afin d'assurer une meilleure comparabilité et avec une durée suffisamment courte pour limiter le risque de biais de mémorisation) ainsi que son type.

Les dernières questions concernaient davantage leur pratique du repérage systématique du harcèlement scolaire et leurs freins à le mettre en place.

2. Questionnaire collégiens

Une première partie avait pour but de caractériser l'échantillon avec des questions catégorielles (genre, classe). Une seconde partie concernait leurs expériences du harcèlement et son type. Enfin la dernière partie s'intéressait au ressenti des collégiens quant au repérage du harcèlement scolaire réalisé, ou non, par le médecin généraliste : les freins pour certains, les attentes pour d'autres quant au déroulement de la consultation, la formulation attendue et son issue.

F. Recueil de données

1. Questionnaire médecins

Le questionnaire a été diffusé à un listing de médecins généralistes des Haut-de-France du 14/06/2021 au 25/08/2021, aucune relance n'a été faite.

Les données ont ensuite été retranscrites et analysées dans un fichier Excel®.

2. Questionnaire collégiens

Le questionnaire a été réalisé sur Word® et distribué version papier aux collégiens de la patientèle des médecins ayant répondu favorablement au premier questionnaire. La distribution a été réalisée à partir du 19/08/2021 et pour une durée de 5 mois.

A la fin de cette période, les urnes contenant les questionnaires complétés ont été récupérées et les données des questionnaires ont été recopiées à l'identique dans un tableau Excel pour permettre son analyse statistique.

G. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel Excel ®. Les données des deux questionnaires ont été intégrées dans deux tableaux Excel ® distincts.

Les variables qualitatives ou binaires sont exprimées en effectif et pourcentage. Les résultats sont présentés en nombre associé à leurs pourcentages (n - %) pour les variables qualitatives

Les analyses bivariées réalisées dans notre étude recherchent l'indépendance entre deux variables qualitatives testée à l'aide d'un test exact du Khi2 avec une simulation de la p-value.

Par convention, on estime que lorsque la p-value obtenue en comparant deux variables est supérieure à 5% il n'y a pas d'association statistiquement significative entre elles, elles sont donc indépendantes. A l'inverse, une p-value inférieure à 5% indique une association significative entre les deux variables testées.

Les tests statistiques sont bilatéraux. Les intervalles de confiance des proportions à 95% (IC95) sont calculés à l'aide d'une loi normale.

Ces tests ont été réalisés grâce aux nombreuses ressources disponibles du site « objectif thèse » réalisé par le Professeur Chazard.

H. Recherche Bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée via les moteurs de recherche suivants : PubMed, Cochrane Library, SUDOC, Science Direct, CAIRN, Cismef, Google, Google Scholar.

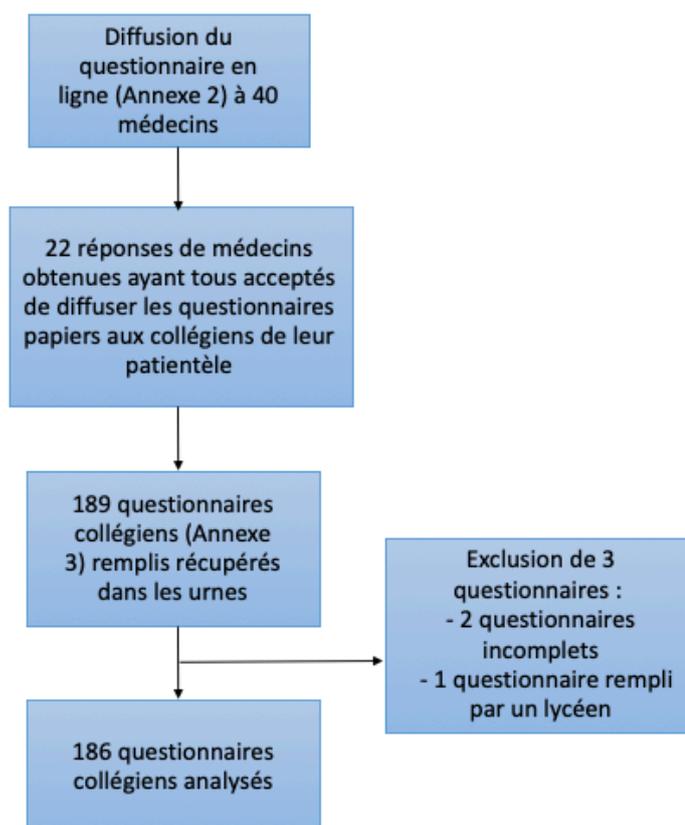
Les termes MeSH utilisés étaient :

- En Français : Harcèlement scolaire, Cyberharcèlement, Harcèlement entre pairs, Intimidation, Victimisation, Collège, Collégien, Adolescent, Enfant, Soins Primaires, Médecine Générale, Médecin Généraliste, Médecin traitant.

- En Anglais: Bullying, Schoobullying, Cyberbullying, Harrassment, Victimization, College Students, Teenager, Adolescent, Children, Primary care, General practice, General practitioners, Physician, GPs.

RESULTATS

I. Flowchart



II. Statistiques descriptives

A. Données sociodémographiques des médecins généralistes

Suite à la diffusion du questionnaire en Annexe 2 par mail, 22 réponses de médecins généralistes ont été obtenues. La population était homogène tant sur le genre (10 hommes et 12 femmes) que sur le milieu d'exercice (12 en milieu urbain et 10 en milieu rural / semi-rural).

Ils ont tous répondu favorablement à la dernière question et ont accepté de distribuer le questionnaire papier aux collégiens de leur patientèle.

Pour maintenir l'anonymat, chaque médecin a été attribué à une lettre.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population médecin

Médecin	Sexe	Milieu d'exercice	Nombres de questionnaires
			collégiens récupérés
A	H	Rural	3
B	H	Rural	2
C	F	Rural	3
D	F	Rural	18
E	F	Rural	38
F	H	Urbain	2
G	F	Urbain	1
H	H	Urbain	3
I	F	Rural	19
J	F	Rural	4
K	F	Rural	2
L	F	Rural	13
M	H	Urbain	3
N	H	Urbain	10
O	F	Rural	15
P	H	Urbain	7
Q	H	Urbain	4
R	F	Urbain	6
S	H	Urbain	5
T	F	Urbain	4
U	F	Urbain	7
V	H	Urbain	17

B. Données sociodémographiques des collégiens

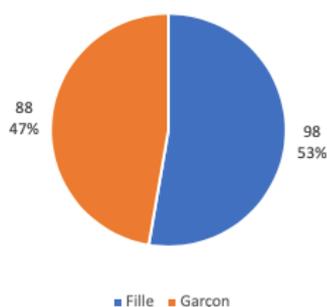
Un total de 189 réponses au questionnaire en Annexe 3 a été obtenu. Deux questionnaires ont été exclus car incomplets et un a été exclu car rempli par un lycéen et non un collégien.

Parmi les 186 réponses conformes et analysées, 98 (52,7%) étaient des filles et 88 (47,3%) étaient des garçons.

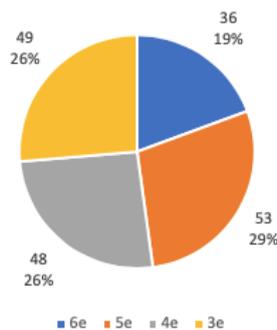
Quant à la répartition en fonction des classes, là aussi cette dernière s’est avérée plutôt homogène avec 36 collégiens (19,4%) en classe de 6^e, 53 collégiens (28,5%) en classe de 5^e, 48 collégiens (25,8%) en classe de 4^e et 49 collégiens (26,3%) en classe de 3^e.

Figures 1 et 2 : Répartition des collégiens en fonction du genre et de la classe

Répartition des collégiens par genre



Répartition des collégiens par classe

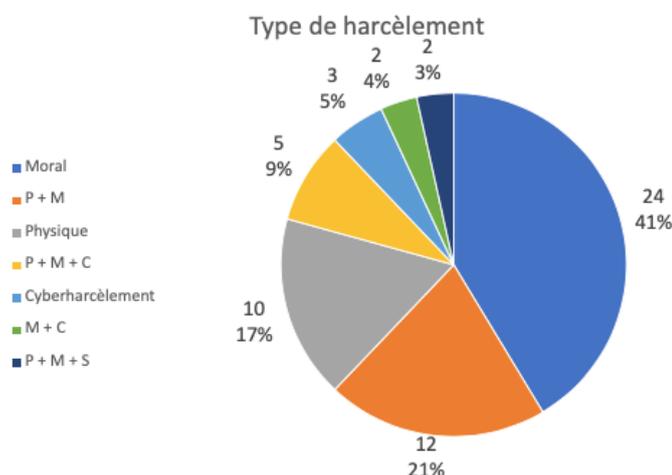


C. Données descriptives concernant le harcèlement chez les collégiens

1. Type de harcèlement vécu par les collégiens

Parmi les 58 collégiens harcelés ou ayant été victimes de harcèlement, la question du type de harcèlement vécu leur a été posée ; 37 (63,8%) ont répondu être / avoir été victime d’un seul type de harcèlement tandis que 21 (36,2%) ont répondu être / avoir été victime de plusieurs types de harcèlement. Le harcèlement moral est celui qui a été cité le plus de fois (n = 45), suivi du harcèlement physique (n = 29), cyberharcèlement (n = 10) et enfin le harcèlement sexuel (n = 2).

Figure 3 : Répartition en fonction du type de harcèlement vécu



a) Type de harcèlement vécu en fonction de la classe

Pour rappel, le harcèlement rapporté peut avoir été subi durant l'année en cours comme dans les années précédentes étant donné la formulation de la question. Aussi, certains ont déclaré avoir été victimes de plusieurs types de harcèlement.

Tableau 2 : Type de harcèlement vécu en fonction de la classe

Classe	Moral	Physique	Cyberharcèlement	Sexuel
6 ^e	13	9	2	2
5 ^e	8	3	0	0
4 ^e	15	12	5	0
3 ^e	9	5	3	0
Total	45	29	10	2

Après analyse statistique, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre la classe et le harcèlement moral ($p = 0,06$).

Aucune analyse statistique n'a pu être réalisée concernant le harcèlement physique, le harcèlement sexuel et le cyberharcèlement car les effectifs étaient inférieurs à 5 ne satisfaisant pas les critères de réalisation d'un test du Khi 2.

b) Type de harcèlement vécu en fonction du genre

Tableau 3 : Type de harcèlement vécu en fonction du genre

Genre	Moral	Physique	Cyberharcèlement	Sexuel
Fille	23	12	7	1
Garçon	22	17	3	1
Total	45	29	10	2

Quel que soit la classe ou le genre, le harcèlement moral est le plus fréquemment rapporté suivi du harcèlement physique puis du cyberharcèlement et enfin du harcèlement sexuel.

Après analyse statistique, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre le genre et le harcèlement moral ($p = 0,81$). De même, il n'existe pas non plus d'association statistiquement significative entre le genre et le harcèlement physique ($p = 0,18$).

Aucune analyse statistique n'a pu être réalisée concernant le harcèlement sexuel et le cyberharcèlement car les effectifs étaient inférieurs à 5 ne satisfaisant pas les critères de réalisation d'un test du Khi 2.

c) Type de harcèlement en fonction du milieu rural ou urbain

Parmi les collégiens harcelés ou ayant été victimes de harcèlement, 26 résident en milieu rural et 32 en milieu urbain.

Tableau 4 : Type de harcèlement rapporté en fonction du milieu de résidence

	Moral	Physique	Cyberharcèlement	Sexuel
Rural	21	12	7	0
Urbain	23	17	3	2

Quant au(x) type(s) de harcèlement vécu(s) en fonction du milieu, après analyse statistique, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre le milieu de résidence et le type de harcèlement ($p = 0,59$).

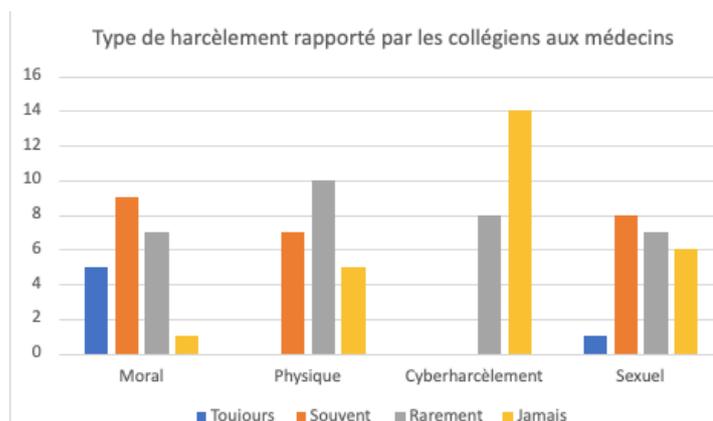
Aucune analyse statistique n'a pu être réalisé concernant le harcèlement sexuel et le cyberharcèlement car les effectifs étaient inférieurs à 5 ne satisfaisant pas les critères de réalisation d'un test du Khi 2.

2. Type de harcèlement rapporté aux médecins

Tableau 5 : Type de harcèlement rapporté aux médecins par les collégiens

	Moral	Physique	Cyberharcèlement	Sexuel
Toujours	5	0	0	1
Souvent	9	7	0	8
Rarement	7	10	8	7
Jamais	1	5	14	6
Oui	14	7	0	9
Non	8	15	22	13

Figure 4 : Fréquence de chaque type de harcèlement rapporté aux médecins

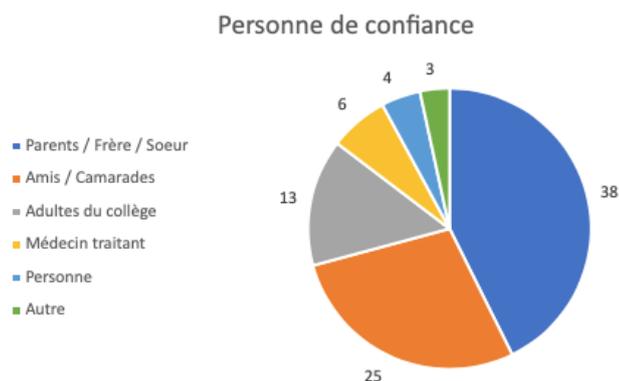


On remarque que les collégiens rapportent plus fréquemment à leur médecin traitant être victimes de harcèlement moral. C’est d’ailleurs, comme nous l’avons vu ci-dessus ; le type de harcèlement le plus ressenti par les collégiens quel que soit le genre et la classe. Les autres types de harcèlement semblent pour leurs parts moins rapportés dans l’ensemble pour la majorité des médecins interrogés.

3. Personne de confiance

Concernant la personne-ressource, la grande majorité des collégiens harcelés se sont confiés à leur famille au premier degré (n = 38) suivi des camarades ou amis (n = 25) puis des adultes du collège (n = 13). Le médecin généraliste arrive en 4^e position après avoir été mentionné 6 fois. Enfin 3 collégiens ont coché la case « Autre » et seul l’un d’entre eux a précisé « grands-parents ». A noter tout de même, 4 des 58 collégiens (7%) concernés par le harcèlement scolaire ne se sont jamais confiés à un tiers. Ces derniers (2 filles et 2 garçons) étaient tous victimes de harcèlement moral (dont une victime de harcèlement moral et de cyberharcèlement), 1 en classe de 6^e, 1 en classe de 5^e et 2 en classe de 3^e.

Figure 5 : Répartition en fonction de la personne de confiance



III. Statistiques analytiques

A. Comparaison de la prévalence du harcèlement scolaire

1. Estimée par les médecins généralistes

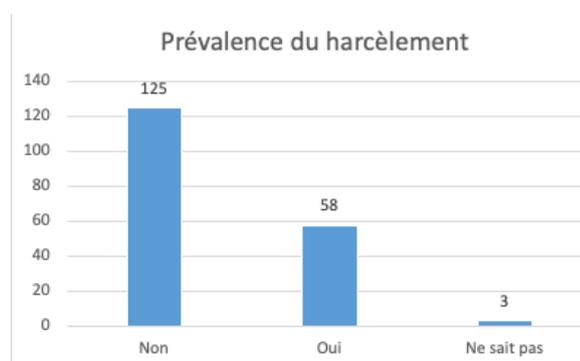
La prévalence, estimée par les médecins généralistes, de patients collégiens victimes de harcèlement scolaire vus en consultation ces 5 derniers mois était comprise entre 1 et 2 pour 13 d'entre eux (59,1%), 3 à 4 pour 3 d'entre eux (13,6%) et enfin 0 pour 6 d'entre eux (7,3%).

2. Repérée par les auto-questionnaires

Sur les 186 collégiens ayant répondu au questionnaire, 58 (31,2%) estimaient être ou avoir été victime de harcèlement, 125 (67,2%) n'estimaient pas avoir été victime de harcèlement et 3 (1,6%) ont répondu qu'ils ne savaient pas.

Parmi les 58 collégiens (ayant été) harcelés, 30 (51,7%) étaient des garçons et 28 (48,3%) étaient des filles.

Figure 6 : Prévalence du harcèlement repérée par les questionnaires collégiens



Suite à la distribution des questionnaires aux collégiens pendant une durée équivalente (5 mois), la prévalence de harcèlement recueillie dans la patientèle de chaque médecin a été comparée à celle estimée initialement par chaque généraliste et a été reportée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Comparaison de la prévalence estimée par médecin / celle retrouvée via les auto-questionnaires

Médecin	Prévalence estimée par le médecin	Prévalence réelle relevée via questionnaire	
C	0	0/3	Prévalence max estimée par les médecins : 0 Prévalence totale réelle : 9
G	0	0/1	
M	0	1/3	
R	0	1/6 (+1 « ne sais pas »)	
S	0	4/5	
U	0	3/7	
A	1 à 2	0/3	Prévalence max estimée par les médecins : 26 Prévalence totale réelle : 38
B	1 à 2	0/2	
D	1 à 2	2/18	
E	1 à 2	10/38	
F	1 à 2	0/2	
I	1 à 2	3/19 (+ 2 « ne sais pas »)	
J	1 à 2	2/4	
K	1 à 2	1/2	
L	1 à 2	4/13	
P	1 à 2	4/7	
Q	1 à 2	3/4	Prévalence max estimée par les médecins : 12 Prévalence totale réelle : 11
T	1 à 2	0/4	
V	1 à 2	9/17	
H	3 à 4	2/3	
N	3 à 4	5/10	
O	3 à 4	4/15	

On remarque qu'il existe une grande différence entre les prévalences de collégiens harcelés estimées par les médecins et les prévalences réelles.

Ainsi pour les 6 médecins ayant évalués à 0 le nombre de collégiens de leur patientèle harcelés, la prévalence réelle de collégiens harcelés repérés par le questionnaire est en réalité de 9.

De même pour les 13 médecins ayant estimés à 26 collégiens maximum repérés sur ces derniers mois, en réalité 38 collégiens de leur patientèle étaient ou ont été victimes de harcèlement scolaire.

B. Comparaison de la prévalence du harcèlement scolaire en fonction de la classe et du sexe.

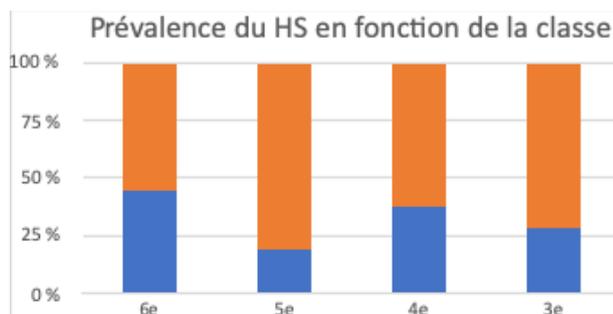
1. Analyse statistique de la prévalence en fonction de la classe

Tableau 7 : Prévalence du harcèlement scolaire en fonction de la classe

Classe	Oui	Non	Ne sais pas	Total
6 ^e	16	20	0	36
5 ^e	10	43	0	53
4 ^e	18	29	1	48
3 ^e	14	33	2	49
Total	58	125	3	186

Après analyse statistique, on n'observe pas d'association statistiquement significative entre la classe et la prévalence du harcèlement scolaire ($p = 0,05$).

Figure 7 : Prévalence du harcèlement scolaire en fonction de la classe



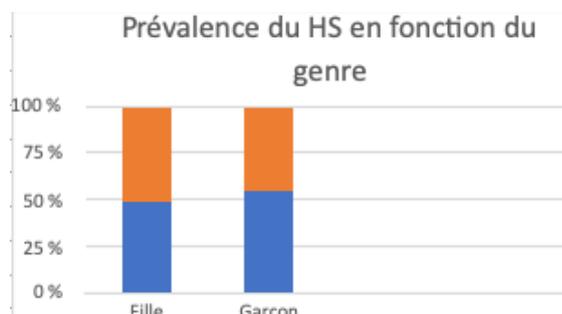
2. Analyse statistique de la prévalence en fonction du genre

Tableau 8 : Prévalence du harcèlement scolaire en fonction du genre

Sexe	Oui	Non	Ne sais pas	Total
Fille	28	67	3	98
Garçon	30	58	0	88
Total	58	125	3	186

Après analyse statistique, on n'observe pas d'association statistiquement significative entre le sexe et la prévalence du harcèlement scolaire ($p = 0,42$).

Figure 8 : Prévalence du harcèlement scolaire en fonction du genre



3. Analyse statistique de la prévalence en fonction du milieu

Tableau 9 : Prévalence du harcèlement scolaire en fonction du milieu

	Urbain	Rural
Harcelé	32	26
Non harcelé	37	91

Après analyse statistique, on observe une association statistiquement significative entre le milieu de résidence et la prévalence du harcèlement scolaire ($p = 0,0006$).

C. Attentes des collégiens vis à vis de leur médecin traitant concernant la prise en charge et le repérage du harcèlement

A la question de savoir si leur médecin traitant s'était déjà intéressé au sujet du harcèlement scolaire envers eux, 56 ont répondu « oui » (30,1%), 84 ont répondu que leur médecin ne s'y était pas intéressé (45,2%) et enfin 46 d'entre eux ont répondu qu'ils ne savaient pas (24,7%).

A la question du souhait d'un repérage par leur médecin traitant du harcèlement scolaire, 85 collégiens ont répondu qu'ils y étaient favorables soit 45,7% des collégiens de l'enquête, 62 non favorables soit 33,3% des collégiens et 39 étaient sans opinion.

1. Souhait d'un repérage en fonction du type de harcèlement vécu

Tableau 10 : Souhait d'un repérage en fonction du type de harcèlement vécu

	Moral	Physique	Cyberharcèlement	Sexuel
En faveur	21	20	9	2
Contre ou NSP	24	9	1	0
Total	45	29	10	2

Après analyse statistique, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre le souhait d'un repérage et le type de harcèlement vécu (moral ou physique) ($p = 0,06$). Aucune analyse statistique n'a pu être réalisée concernant le harcèlement sexuel et le cyberharcèlement car les effectifs étaient inférieurs à 5 ne satisfaisant pas les critères de réalisation d'un test du Khi 2.

2. Souhait d'un repérage en fonction du genre

Tableau 11 : Souhait d'un repérage en fonction du genre

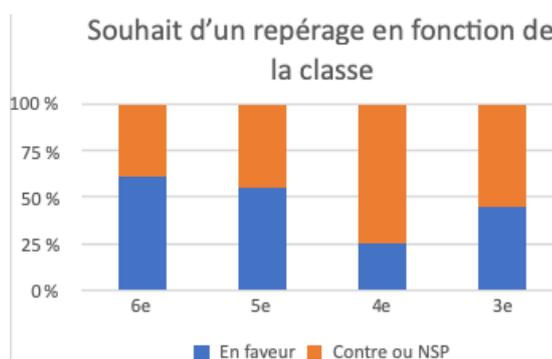
	Fille	Garçon
En faveur	51	34
Contre ou NSP	47	54
Total	98	88

Après analyse statistique, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre le souhait d'un repérage et le genre ($p = 0,07$).

3. Souhait d'un repérage en fonction de la classe

Tableau 12 : Souhait d'un repérage en fonction du type de la classe

	6 ^e	5 ^e	4 ^e	3 ^e
En faveur	22	29	12	22
Contre ou NSP	14	24	36	27
Total	36	53	48	49

Figure 9 : Souhait d'un repérage en fonction de la classe

Après analyse statistique, il existe bien une association statistiquement significative entre le souhait d'un repérage et la classe ($p = 0,0037$). Les collégiens en 4^e et 3^e semblent moins enclins à un repérage systématique que les collégiens en 6^e et 5^e.

4. Souhait d'un repérage en fonction du fait d'être harcelé ou non

Tableau 13 : Souhait d'un repérage en fonction du fait d'être victime ou non de harcèlement

	Victime de harcèlement	Non victime de harcèlement
En faveur	32	53
Contre ou NSP	26	75
Total	58	128

Après analyse statistique, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre le souhait d'un repérage et le fait d'être harcelé ($p = 0,08$). On remarque tout de même que chez les collégiens harcelés, une majorité est en faveur d'un repérage du harcèlement par leur médecin traitant.

Si l'on compare leur souhait d'un repérage avec sa réalisation actuelle dans les faits on remarque que 53 collégiens (soit 28,5% des collégiens de l'enquête) n'ayant pas bénéficiés d'un repérage par leur médecin traitant ou ayant répondu « ne sait pas » auraient souhaité que ce dernier s'intéresse à la question.

Tableau 14 : Comparaison du repérage réalisé dans les faits par les médecins traitants / attentes des collégiens (harcelés ou non)

Réalisation dans les faits d'un repérage par le MT	Souhait d'un repérage	Non souhait d'un repérage	Ne sait pas s'il souhaite un repérage	Total
Oui	32	17	7	56
Non	39	29	16	84
Ne sait pas	14	16	16	46
Total	85	62	39	186

Tableau 15 : Comparaison du repérage réalisé dans les faits par les médecins traitants / attentes des collégiens harcelés

Réalisation dans les faits d'un repérage par le MT	Souhait d'un repérage	Non souhait d'un repérage	Ne sait pas s'il souhaite un repérage	Total
Oui	14	7	2	23
Non	14	8	5	27
Ne sait pas	4	3	1	8
Total	32	18	8	58

Si l'on s'intéresse uniquement aux 58 collégiens harcelés, 27 (47%) estiment que leur médecin n'a jamais abordé le sujet du harcèlement avec eux alors que 14 (52%) d'entre eux y sont favorables.

5. Souhait d'une présence parentale

Parmi les 85 collégiens favorables au repérage du harcèlement scolaire par leur médecin, 53 (62,4%) d'entre eux préfèrent aborder le sujet en présence de leurs parents, à l'inverse 32 (37,6%) préfèrent en discuter seul avec le médecin traitant.

Après analyse statistique, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre le genre et le souhait d'aborder le sujet du harcèlement scolaire en présence parentale ($p = 0,31$).

Tableau 16 : Souhait d'une présence parentale pour aborder le sujet du harcèlement en fonction du genre

Aborder le HS	Fille	Garçon
Avec les parents	34	19
Seul	17	15

De même, il n'existe pas non plus d'association statistiquement significative entre la classe et le souhait d'aborder le sujet du harcèlement scolaire en présence parentale ($p = 0,05$). Les classes de 6^e-5^e et 4^e-3^e ayant été regroupées par soucis de faisabilité du test du Khi 2 avec un effectif inférieur à 5.

Tableau 17 : Souhait d'une présence parentale pour aborder le sujet du harcèlement en fonction de la classe

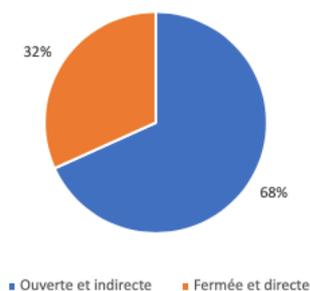
Aborder le HS	6 ^e – 5 ^e	4 ^e – 3 ^e
Avec les parents	36	17
Seul	15	17

6. Type de formulation de question

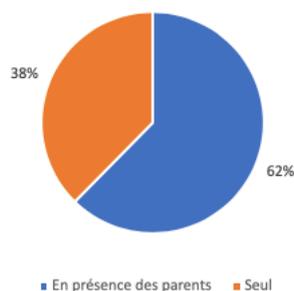
Lorsqu'il leur a été demandé quel type de formulation de question ils privilégiaient pour repérer le harcèlement, une grande majorité des collégiens ($n = 58$ soit 68,2%) était en faveur d'une question ouverte et indirecte de type « Comment te sens-tu au collège ? Es-tu épanoui(e) dans ta classe avec tes camarades ? ». A l'inverse 27 collégiens (31,8%) se sont montrés plus favorables à une question fermée et directe du type « Es-tu harcelé(e) au collège ou l'as-tu déjà été ? ».

Figures 10 et 11 : Type de question attendue pour repérer le HS – Aborder le sujet du HS en présence ou non des parents

Type de question attendu par les collégiens

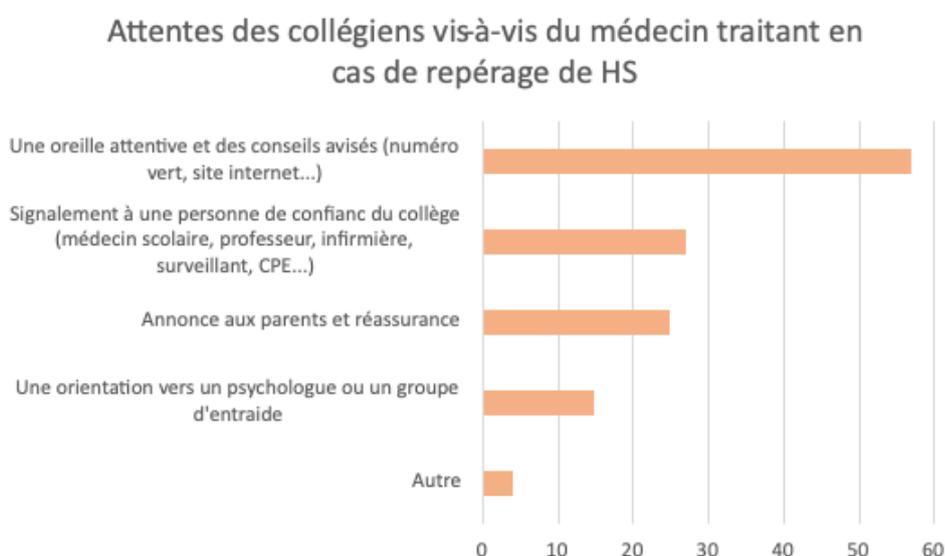


Aborder le sujet du HS en cabinet



Concernant la ou les attentes des collégiens vis-à-vis de leur médecin traitant dans le cas d'un repérage de faits de harcèlement, l'oreille attentive et des conseils avisés était le souhait principal avec 57 collégiens sur 85 l'ayant coché (67,1%) suivi du signalement à une personne de confiance du collège (n = 27 soit 31,8%) ou encore d'une consultation d'annonce aux parents avec réassurance (n = 25 soit 29,4%) et 15 d'entre eux (17,6%) ont émis le souhait d'être orientés vers une psychologue ou un groupe d'entraide. Quatre collégiens ont coché la case à proposition ouverte « Autre » sans en spécifier la nature.

Figure 12 : Attentes des collégiens vis-à-vis de leur médecin traitant dans le cas d'un repérage de faits de harcèlement scolaire



D. Analyse des pratiques et des freins au repérage systématique du harcèlement scolaire des médecins généralistes et des collégiens

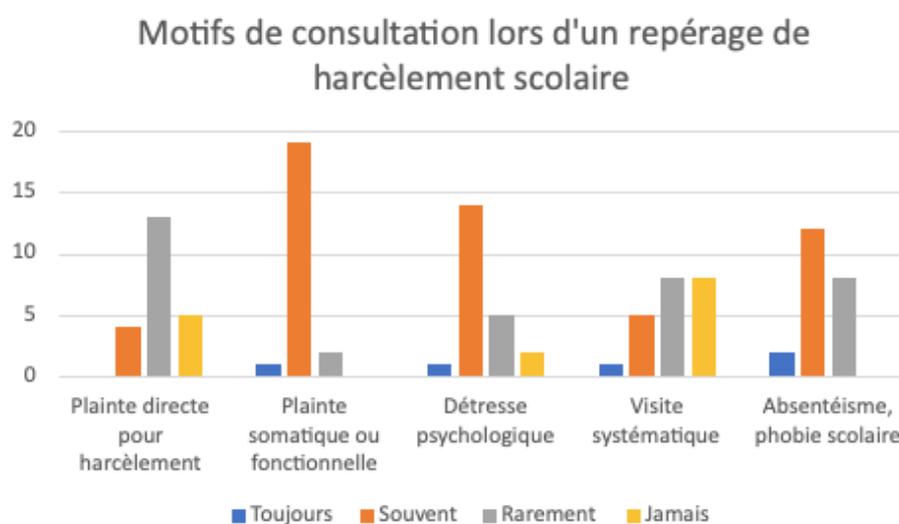
1. Analyse des pratiques

Concernant le repérage réalisé en pratique par les 22 médecins généralistes interrogés, 18 d'entre eux soit une grande majorité, réalisent le repérage du harcèlement scolaire sur points d'appel suite à une plainte somatique, psychique ou un absentéisme scolaire. Seuls 3 d'entre eux réalisent un repérage systématique et enfin l'un d'entre eux déclare ne réaliser aucun repérage.

Pour ce qui est de la formulation des questions, 19 réalisent le repérage au moyen de questions ouvertes du type « Comment ça se passe au collège ? Et avec tes camarades ? » et 2 déclarent réaliser un repérage à la fois au moyen de questions ouvertes mais aussi de questions fermées type « As-tu déjà été (ou es-tu) victime de harcèlement / de violence morale ou physique au collège ? ».

Pour ce qui est du motif de consultation lors d'un repérage de harcèlement scolaire par le médecin traitant, la plainte somatique ou fonctionnelle semble être la plus fréquente suivi de la détresse psychologique avec respectivement 19 et 14 médecins les décrivant comme des motifs fréquents. A l'inverse, la visite systématique ne semble être que rarement (8) voire jamais (8) un moment opportun pour repérer le harcèlement. De même, la plainte directe pour harcèlement semble rarement le motif premier de la consultation pour 13 médecins et jamais pour 5 d'entre eux.

Figure 13 : Motifs de consultation lors du repérage d'une victime de harcèlement scolaire



Concernant la personne qui aborde en premier le sujet du harcèlement lors d'une consultation les réponses sont assez partagées puisque 12 évoquent que ce sont les parents qui tiennent ce rôle et 10 semblent plutôt affirmer que ce sont eux qui abordent le sujet en premier lieu. En revanche, aucun médecin déclare le patient (collégien) comme étant à l'initiative de cette discussion.

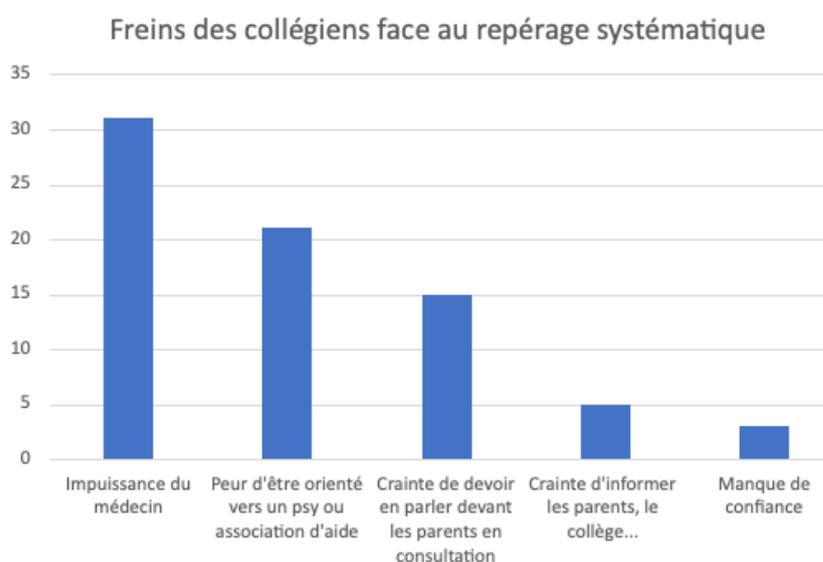
2. Freins au repérage

Il a été demandé aux médecins interrogés s'ils étaient prêts à réaliser un repérage systématique du harcèlement scolaire au cabinet, ce à quoi 20 médecins (90,9%) ont répondu favorablement. En revanche, 2 d'entre eux ont déclaré y être réfractaires.

Parmi les raisons de leur opposition l'un d'entre eux évoque manque de connaissance ou de formation sur l'orientation et la prise en charge, l'autre évoque un manque de réseau d'aide auquel se référer pour y réorienter le patient.

De leur côté, pour les 62 collégiens ayant répondu qu'ils n'étaient pas favorables au fait que leur médecin aborde le sujet du harcèlement, la moitié d'entre eux (n = 31) pense que ce n'est pas du ressort du médecin et qu'il ne sera pas en mesure de les aider en cas de harcèlement, 21 (33,9%) évoquent la crainte d'être adressé à un psychologue ou un réseau d'aide, 15 (24,2%) redoutent d'en parler en présence de leurs parents lors de la consultation, 5 (8,1%) craignent que le médecin rompe le secret médical en prévenant leurs parents, la police ou le collègue et enfin 3 (4,8%) estiment ne pas avoir suffisamment confiance en leur médecin pour aborder ce sujet.

Figure 14 : Freins des collégiens face au repérage systématique



DISCUSSION

I. Résultats principaux

A. Type de harcèlement vécu par les collégiens et rapporté aux médecins

Dans notre étude, le harcèlement moral est le plus cité par les collégiens, suivi du harcèlement physique en accord avec les données de la littérature si l'on se réfère aux enquêtes réalisées en Europe et en Amérique du Nord. En effet, selon une étude réalisée aux États-Unis et s'appuyant sur les données issues de trois enquêtes de grande ampleur, le harcèlement moral prédomine là aussi dans ses formes les plus communes (insultes, rumeurs, exclusion, isolement) suivi du harcèlement physique (coups, agressions, vols) [53].

L'enquête nationale de climat scolaire et victimation réalisée en France par la DEPP en 2017 cite les insultes (subies par 51 % des collégiens), le vol de fournitures (48 %), les surnoms blessants (46 %) et les mises à l'écart (39 %) comme étant les quatre atteintes les plus fréquentes devant les violences physiques ou les violences à caractère sexuel [44].

De même dans l'enquête internationale HBSC, le harcèlement psychologique prédomine en Amérique du Nord et en Europe, à l'inverse des autres régions du monde comme le montre les données de l'enquête internationale GSHS de plus grande ampleur portant sur 96 pays et territoires où le harcèlement physique est le plus répandu (16,1%) suivi en deuxième position du harcèlement à caractère sexuel (11,2%) dans ces régions du monde où règne parfois un inquiétant climat d'insécurité chez les jeunes filles [38].

Dans notre étude, aucune association statistiquement significative n'a pu être retrouvée entre le type de harcèlement vécu et le niveau scolaire, le genre ou encore le milieu de résidence (rural ou urbain).

Pourtant les données des enquêtes internationales GSHS, PISA et HBSC 2018 révèlent que les garçons sont plus souvent exposés au harcèlement physique que les filles (21,5 % contre 10,1 %) mais qu'à l'inverse les filles sont plus susceptibles d'être victimes de harcèlement psychologique (6,1 % contre 4,7 %) et de cyberharcèlement

surtout à l'âge de 13 ans (15 % vs 12 % chez les garçons) [38]. Dans l'enquête de la DEPP 2017, les collégiennes déclaraient aussi être plus souvent victimes d'insultes sexistes et d'attouchements sexuels que les garçons [44].

De même dans la littérature, de nombreuses autres études et articles s'accordent à dire que les garçons seraient principalement victimes (et auteurs) d'agression physique tandis que chez les filles, les formes de harcèlement indirect seraient les plus répandues (injures, moqueries, sobriquets, rumeurs, ostracisme...) [6, 27, 31, 44, 54, 55, 56, 57, 58].

Cette différence de résultat avec la littérature pourrait s'expliquer par la taille réduite de notre échantillon (186 collégiens) en comparaison avec les études de grande envergure.

Sur les 56 collégiens victimes dans notre étude, 36,2% subissaient différents types de harcèlement. Le fait d'être confronté au harcèlement traditionnel serait d'ailleurs le plus gros facteur prédictif de devenir une cyber-victime. L'auteur identifiant une victime vulnérable, va prolonger son action au-delà de l'établissement scolaire au moyen de la sphère virtuelle bouleversant les frontières spatio-temporelles et ne laissant aucun répit pour la victime [59, 60].

Concernant le type de harcèlement le plus fréquemment rapporté aux médecins par le collégien, le harcèlement moral semblait en tête comme cela a déjà pu être constaté [61]. Étonnement, le harcèlement sexuel était légèrement plus rapporté aux médecins que le harcèlement physique bien que sa prévalence soit moindre. Cela pourrait s'expliquer par les séquelles psychologiques qu'il entraîne à moyen et long terme mais aussi par son caractère médicolégal et ses conséquences pénales davantage reconnues et revendiquées par les victimes et leurs parents.

Enfin, le cyberharcèlement n'a que rarement voire jamais été rapporté aux praticiens interrogés alors même que ce phénomène de société de grande ampleur ces dernières années est souvent repéré trop tardivement par les adultes du fait de ses caractéristiques qui lui sont propres (anonymat, banalisation, impunité, impuissance, traumatisme indirect) et qui le rendent difficilement saisissable mais aussi par sa nature souvent honteuse et culpabilisante pour les victimes (happy slapping, revenge porn...).

B. Personne de confiance

Dans notre étude, 93% des victimes de harcèlement se sont confiées à un tiers. Bien que la présence parentale puisse être perçue par certains collégiens comme un frein au repérage, la famille au premier degré semble être tout de même pour une grande partie d'entre eux, la personne-ressource à qui se confier contrairement à leur médecin traitant qui n'arrive qu'en 4^e position avec seulement 10% des collégiens harcelés ayant informés leur médecin.

Une étude similaire réalisée par le psychologue Gilles Brandibas et son équipe, interrogeant 196 élèves en classe de 6^e et 5^e au moyen d'auto-questionnaires retrouvait 35 collégiens victimes de harcèlement (soit 17,9%). Concernant la personne de confiance vers laquelle ils s'orienteraient s'ils étaient victimes de harcèlement, la moitié d'entre eux (n = 98) se confieraient à leurs parents, 29% à un camarade et 17% à un enseignant [62].

C. Prévalence du harcèlement scolaire

On peut être étonné du fort taux de prévalence du harcèlement scolaire résultant des auto-questionnaires distribués dans notre étude estimé à 31,2% (n = 58) bien supérieur à la prévalence communément estimée entre 5,3% et 5,6% au collège sur le plan national [43, 44].

Dans l'étude du Dr Heitz, il existait dans le groupe de médecins ayant la plus grande prévalence de harcèlement dans leur patientèle, une surreprésentation du dépistage systématique avec un questionnement direct majoritairement initié par les médecins eux même [61]. Ces résultats sont éloquentes sur la pertinence de réaliser un repérage systématique du harcèlement scolaire dans la pratique courante chez tout jeune patient venant en consultation et non exclusivement sur point d'appel ou alerte des parents afin de repérer davantage de victimes et instaurer une prise en charge précoce, adaptée et multidisciplinaire.

On remarque aussi une différence majeure entre la prévalence de harcèlement estimée par les médecins et celle obtenue via les auto-questionnaires dans cette même patientèle. En moyenne, les médecins interrogés estimaient avoir été confrontés à un cas de harcèlement entre 1 et 2 fois les 5 mois précédents. Ces chiffres semblent être proches des données retrouvées dans de précédentes études

françaises où les médecins interrogés estimaient être confrontés à une problématique de harcèlement scolaire dans leur patientèle entre 0 et 6 fois par an pour certains [63] et 4,7 fois par an en moyenne pour d'autres [61].

Aucune corrélation statistiquement significative n'a été ici démontrée entre la prévalence du harcèlement scolaire et le genre ou la classe.

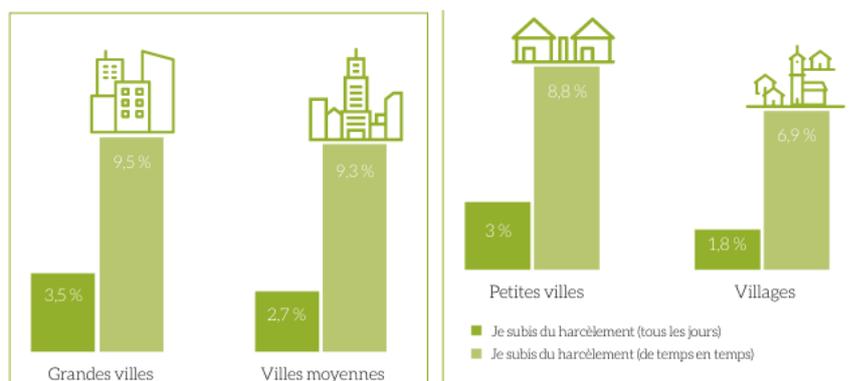
Pourtant les derniers résultats de l'enquête internationale HBSC en 2018 retrouvent une différence significative de la prévalence du harcèlement en fonction du genre notamment à l'âge de 11 ans où les garçons étaient davantage victimes de harcèlement comparativement aux filles. De plus cette étude internationale réalisée dans 44 pays retrouvait avec l'avancée en âge : une tendance à la décroissance de la prévalence de harcèlement subi mais à l'inverse une augmentation de la prévalence de harcèlement perpétré sur autrui [64]. Les données de l'enquête GSHS révèle une tendance similaire, de même que l'enquête réalisée par l'OMS aux Etats-Unis qui retrouvait une prévalence de harcèlement subi supérieure en début de collège (6^e et 5^e) [38, 65].

L'enquête nationale de climat scolaire et victimation réalisée en 2017 retrouvait, elle aussi, cette décroissance avec l'âge avec 7,9% des sixièmes déclarant être victimes de harcèlement contre 3,7% des troisièmes.

Cette différence de résultats pourrait s'expliquer par la taille de la population étudiée (186), bien inférieure à ces enquêtes nationales et internationales de grande ampleur. Concernant la prévalence en fonction de la classe, la formulation de la question 3 du questionnaire collégien collégiens (Cf II.A Biais méthodologique) a pu entraîner une confusion sur la période durant laquelle le collégien a subi le harcèlement (année en cours ou antérieure ?) et ainsi biaiser les résultats.

Enfin, on retrouve dans notre étude une différence statistiquement significative entre le milieu de résidence et la prévalence de harcèlement ($p = 0,0006$) avec une prédominance de harcèlement scolaire dans les milieux urbains.

Comme le montre la Consultation nationale des 6/18 ans 2021 réalisée par UNICEF France, il semble exister un lien entre le harcèlement scolaire et le lieu de résidence : plus la taille de la ville est grande et plus la prévalence de harcèlement scolaire est grande [66].

Illustration 2 : Harcèlement déclaré en fonction de la taille de la ville [66]

D. Attentes des collégiens concernant la prise en charge et le repérage du harcèlement scolaire

Moins d'un tiers des collégiens de notre étude ont déjà été interrogés au sujet du harcèlement scolaire par leur médecin traitant pourtant presque la moitié d'entre eux ont répondu y être favorables.

Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre le souhait d'un repérage et le type de harcèlement vécu, le genre ou le fait d'être (ou d'avoir été) victime de harcèlement.

A l'inverse, dans l'étude de James D. Unnever et Dewey G. Cornell, les collégiens victimes de harcèlement physique et les victimes de genre féminin étaient de manière statistiquement significative plus nombreux à l'avoir révélé et davantage favorables à en discuter avec un adulte tout comme les victimes scolarisées en début de collège ($p < 0,05$).

Dans notre étude on retrouve également une association statistiquement significative ($p = 0,0037$) entre la classe et le souhait d'un repérage. Les collégiens scolarisés en classe de 4^e et 3^e semblent moins enclin à un repérage du harcèlement par leur médecin traitant que les collégiens des niveaux antérieurs.

Cela se retrouve notamment dans l'étude de Smith et Al. indiquant que les victimes de harcèlement plus âgées seraient moins enclin à rechercher l'aide d'un adulte que les plus jeunes victimes [68], cela peut s'expliquer notamment par leur volonté d'indépendance et d'autonomie qui pourraient être compromise s'ils étaient perçus comme cherchant l'aide d'adultes ; soucieux du statut et de l'acceptation de leurs pairs.

D'autres chercheurs ont émis l'hypothèse que la baisse des signalements de harcèlement liée à l'âge peut être attribuée au fait que les victimes développent en vieillissant des stratégies d'adaptation plus efficaces et des amitiés protectrices leur permettant de faire face à la situation sans avoir à recourir à l'aide d'un tiers [69, 70]. Parmi les collégiens interrogés dans l'étude des Dr Aubessard, Corlouer et Dominguez, certains jugeaient nécessaire une « attitude proactive du médecin généraliste » au moyen d'un repérage systématique du harcèlement scolaire étant perçu comme un sujet sensible pour les adolescents [71].

En s'intéressant uniquement aux 58 collégiens harcelés, la moitié (47%) estime que leur médecin n'a jamais abordé le sujet du harcèlement et pourtant parmi eux, la moitié (52%) y sont favorables. Une fois de plus, cela démontre la pertinence et la nécessité d'introduire un repérage systématique dans la pratique courante pour répondre notamment aux attentes de ces collégiens victimes de harcèlement murés dans leur silence et pourtant disposés à dialoguer avec leur médecin traitant sur ce sujet sensible qui nécessite que l'on s'en préoccupe davantage.

Quant à la présence parentale pour discuter du sujet du harcèlement avec le médecin de famille, une majorité (62,4%) s'y sont montrés étonnement favorables puisque de nombreuses études antérieures évoquaient le frein de la présence parentale pour aborder ce sujet sensible [72, 73, 74].

Notre étude ne montre pas de corrélation statistiquement significative entre le souhait d'une présence parentale et le genre ou le niveau de scolarisation.

Philippe Binder estime qu'un tiers des adolescents manque de confiance en leur médecin traitant et avoue ne pas avoir pu se confier lors de la consultation, étonnement cette insatisfaction semble davantage liée à l'absence qu'à la présence d'un accompagnant considéré comme facilitant la consultation. L'adolescent est à la fois rassuré et gêné par la présence du tiers dont il veut se démarquer sachant qu'entre 14 et 17 ans plus de deux tiers des jeunes sont encore accompagnés chez leur médecin traitant [75, 76].

Le type de formulation souhaité par la majorité des jeunes interrogés (68,2%) était une question ouverte et indirecte [73]. D'ailleurs Eric Debarbieux et Hélène Romano [77] suggèrent de favoriser l'utilisation du terme « être embêté » dans une question ouverte plutôt que « harcelé », les jeunes qualifiant ce terme comme étant « une expression du monde des adultes » avec lequel ils ne sont pas à l'aise.

De même les termes « victime » et « maltraitance » semblent mal perçus par les jeunes et doivent être évités pour ne pas les heurter comme le suggère une étude interrogeant les collégiens sur la manière d'aborder les sujets sensibles avec les adolescents en consultation [71].

Enfin, concernant les attentes des collégiens vis-à-vis de leur médecin traitant en cas de harcèlement, une grande majorité (67,1%) ont évoqué un rôle primordial d'écoute et des conseils avisés. Les avis étaient ensuite plus partagés : signalement au collègue pour certains, consultation d'annonce et réassurance auprès des parents pour d'autres et enfin pour une minorité, orientation vers un psychologue ou un groupe d'entraide. Cela concorde avec différentes études françaises [71, 73, 74] où les adolescents interrogés attendaient de leur médecin une mise en confiance, un soutien, des conseils sur l'attitude et les stratégies de défense à adopter. Mais aussi pour certains une prise en charge psychologique, un certificat médical pour coups et blessures, un rôle de médiateur entre parents / adolescents / collègue ou encore une réorientation vers un groupe de parole.

Deux études anglaises [49, 50] montrent que 90% des adolescents et 89% des parents interrogés attendent une plus grande implication de la part de leur médecin traitant quant à l'identification d'une situation de harcèlement et au soutien apporté à la victime [49].

E. Analyse des pratiques des médecins généralistes

Les médecins participants à l'étude ont révélé réaliser, pour une grande majorité, un repérage du harcèlement scolaire sur points d'appel (la plainte somatique ou la détresse psychologique étant les plus fréquentes) au moyen de questions ouvertes comme le souhaite une majorité des collégiens de notre étude concordant avec les données de la littérature [61, 63, 74, 78, 79, 80].

Le motif pour plainte directe de harcèlement est décrit dans notre étude comme étant rarement voire jamais le motif premier de la consultation pour 18 des 22 médecins interrogés, de même que dans la thèse du Dr Loaëc où la plainte directe représente moins de 30% des motifs cités par les médecins [63].

Dans l'étude Socrate 1 qui s'intéresse au mal-être des adolescents ayant recours à leur médecin généraliste, seul 6% des adolescents consultaient pour un motif psychologique alors qu'on estime qu'au moins un adolescent sur six vit un mal être non-dit durant la consultation de médecine générale. Parmi ceux qui consultaient pour un motif « non psychologique » 17% évoquaient avant consultation, l'existence d'une problématique psychologique autre que le motif initial de consultation, et seuls 60% d'entre eux envisageaient éventuellement d'en parler au cours de la consultation [81].

Pour favoriser la parole lors de la consultation avec l'adolescent, Philippe Binder suggère lors de l'exposé du motif principal qu'ajouter « à part ça » ou « oui mais encore ? » multiplie au moins par quatre la fréquence d'évocation d'éléments psychologiques dans la consultation à motif somatique ou administratif [82]. Il invite aussi de ne pas hésiter à reformuler la réponse donnée par l'adolescent afin de la faire développer davantage et de s'appuyer sur le BITS test (Annexe 5) en pratique courante qui permet au médecin de repérer un potentiel mal-être chez l'adolescent au moyen de 4 questions abordant les thèmes de Brimade, Insomnie, Tabagie et Stress [83].

L'ensemble de ces observations renforcent la pertinence du repérage systématique dans son rôle libérateur de parole et la prise de conscience qu'il amène quant à la vocation d'écoute et de confident du médecin traitant dans la prise en charge de la souffrance des adolescents.

Les avis sont mitigés quant à la personne abordant le harcèlement en premier entre le médecin et les parents, en revanche tous s'accordent à dire que ce n'est jamais le jeune qui en est à l'initiative comme démontré dans de précédentes enquêtes où la plupart des médecins interrogés indiquent que ce sont plus souvent les parents (principalement la mère) qui signalent la situation de harcèlement au médecin [61, 63, 74, 84] évoquant la difficulté à communiquer avec l'adolescent qui souhaite souvent cacher ou minimiser la situation. Là encore cela montre que le repérage systématique

est encore trop peu réalisé dans les faits et que de nombreux cas de harcèlement sont mis sous silence sans l'initiative parentale. A l'inverse, nous allons voir que la présence parentale peut être perçue pour certains comme un frein à l'annonce d'une situation de harcèlement.

F. Freins au repérage

1. Pour les médecins

Une très grande majorité (91%) des médecins interrogés dans l'étude se disaient prêts à réaliser un repérage systématique du harcèlement. De même dans une étude américaine, 89,9% des médecins interrogés (n = 106) s'accordaient à dire que les généralistes devraient instaurer un repérage systématique du harcèlement dans leur pratique quotidienne [85].

En revanche, dans notre étude, deux médecins ont déclaré y être non favorables par manque de formation sur la prise en charge et manque de réseau d'aide comme cela a déjà été évoqué dans de précédentes études où la difficulté d'accès aux consultations spécialisées et le manque de formation renforcent le sentiment de solitude des médecins qui se sentent démunis et isolés dans une démarche qui se veut pourtant pluridisciplinaire [50, 61, 63, 72, 78, 79, 86, 87].

Comme le cite le Dr Manton : « Il est temps de protocoliser une prise en charge pluri-professionnelle et surtout pluri-institutionnelle pour accompagner les médecins généralistes à la gestion de ce problème ».

On peut aussi déplorer l'absence de recommandations françaises sur la prise en charge du harcèlement en médecine générale fréquemment évoquée par les praticiens [61, 78, 86] contrairement aux Etats-Unis où l'Académie Américaine de Pédiatrie a listé une série de recommandations pratiques concernant le repérage du harcèlement scolaire dans un guide à destination des médecins. Elle a aussi mise à disposition une brochure adressée aux parents composée d'une série de conseils afin d'identifier si son enfant est impliqué dans une situation de harcèlement et quelle stratégie adopter dans ce cas [88, 89].

On remarque ici une profonde lacune dans la sensibilisation au repérage du harcèlement scolaire en cabinet de ville imputable en grande partie au manque de

formations des médecins généralistes au sujet du harcèlement scolaire en France. La définition même du harcèlement et la triade qui en découle (domination, répétitivité et intentionnalité) n'est pas assimilée par un grand nombre de médecins généralistes alors qu'elle est l'essence même de son repérage [63, 86].

Dans notre étude, le manque de temps ou d'intérêt pour le sujet ne semble pas être un frein pour les médecins, à l'inverse de ce qui a pu être déclaré dans de précédentes études [61, 63, 78, 86] où les praticiens évoquent des consultations chronophages et l'absence de temps dédié au dépistage.

2. Pour les collégiens

De leur côté, la moitié des collégiens opposés au fait d'aborder le sujet du harcèlement le justifient par la perception qu'ils ont de leur médecin comme étant un « soigneur de lésions organiques » [49, 71, 73, 74, 75, 90].

Un tiers d'entre eux semble réfractaire au repérage par crainte d'être adressé à un psychologue ou un groupe de parole ou encore par appréhension d'en parler en présence de leurs parents durant la consultation [49, 90, 91].

En effet, de nombreuses études retrouvent en moyenne entre 40 et 55% des collégiens opposés à le signaler à leurs parents s'ils étaient victimes de harcèlement scolaire [50, 67, 92, 93].

Il semble pourtant nécessaire que le médecin encourage la jeune victime à mettre ses parents au courant de la situation car ils sont un soutien quotidien nécessaire à sa reconstruction. La gêne occasionnée par la présence du tiers peut être minimisée en réalisant une consultation en deux temps (avec et sans les parents) comme suggéré par l'étude des Dr Alvin et Bellaton afin de le responsabiliser, de renforcer le lien de confiance avec l'adolescent et d'assurer la confidentialité de ses propos [94].

Enfin, une minorité d'entre eux manque de confiance en leur médecin traitant ou craint que ce dernier rompe le secret médical comme retrouvé dans d'autres études où l'adolescent s'imagine que le médecin pourrait intervenir auprès de ses parents sans son autorisation [49, 71, 74, 90, 95, 96]

La peur des représailles en cas de signalement au collège ou d'interventions maladroites et contre-productives, la loi du silence, la crainte de faire de la peine à leurs parents ou encore le sentiment de culpabilité et de honte résultant de l'emprise psychologique dans laquelle se trouve l'adolescent en situation de harcèlement peuvent être de véritables freins au repérage et à la communication avec le jeune. Cela renforce l'importance pour le médecin de se présenter comme une potentielle personne ressource qui sera à son écoute, capable de se restreindre de tout jugement et d'assurer la confidentialité en respectant le secret médical afin de créer une véritable alliance thérapeutique pour que celui-ci puisse se confier et accepter de se faire aider [27, 48, 97, 98].

Pourtant concernant le secret médical, la loi autorise le médecin à se dispenser du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque le mineur a expressément demandé au médecin de garder le secret sur son état de santé vis-à-vis de ses parents en vertu de l'article L.1111-5 du Code de la Santé Publique rappelé dans la loi du 4 mars 2002. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à la consultation des titulaires de l'autorité parentale. Si le mineur maintient son opposition après avoir été dûment informé, le médecin lui demande de désigner un majeur de son choix pour l'accompagner. En revanche, si le médecin estime que la santé de l'enfant est en danger, il peut passer outre son refus et contacter les parents [99].

II. Limites de l'étude

Toute étude présente des biais. S'il paraît impossible de les supprimer totalement, il faut avant tout essayer de les prévoir pour les minimiser.

A. Biais méthodologiques liés à la formulation des questions

Dans le questionnaire destiné aux collégiens, étant donné la formulation de la 3^e question (« penses-tu avoir déjà été victime de harcèlement ou l'es-tu actuellement ? ») on ne peut déduire si le harcèlement déclaré a été subi durant l'année scolaire en cours ou dans celles précédentes, une précision supplémentaire aurait été souhaitable afin de mieux classer les réponses et connaître la prévalence de harcèlement en cours

au moment de l'enquête. Cependant, étant donné les résultats démontrés ci-dessus, il ne semble pas y avoir d'effet cumulatif année après année puisque les 3^e ne déclarent pas davantage de vécu de harcèlement que les 6^e.

De même les collégiens ayant répondu « ne sais pas » à la question 7 n'avaient pas de question subsidiaire. Or, il aurait été intéressant de prendre tout de même leur point de vue concernant leurs attentes et freins concernant le repérage du harcèlement.

Enfin, il aurait pu être intéressant dans la question 11 pour les collégiens de leur demander si une prise en charge thérapeutique (anxiolytiques) était attendue de la part de leur médecin bien que dans de précédentes études [61, 63, 73] cela ne semblait pas être l'attente principale des jeunes interrogés mais est plutôt considéré par les médecins comme une prise en charge de dernier recours en cas de répercussions somatiques jugées intenses.

B. Biais liés à la brièveté et à la période d'enquête

Il est évident qu'une période de diffusion des questionnaires limitée à 5 mois ne permet pas d'avoir un recul suffisant sur la pratique du dépistage systématique en pratique courante tout au long de l'année et qu'une étude sur une plus longue période aurait permis de renforcer les résultats. De même la distribution des questionnaires à destination des médecins durant les vacances estivales a pu réduire le nombre de participations. En revanche, les interroger sur la prévalence de harcèlement repérée dans leur patientèle les 5 mois précédant semblait judicieux puisque nous savons que les adolescents consultent moins durant les vacances scolaires et cela aurait pu biaiser les résultats avec un risque de sous-estimation.

C. Biais de sélection

Un biais de sélection basé sur le volontariat est à prendre en compte dans cette étude. En effet, le volontariat peut avoir sélectionné des médecins davantage intéressés sur le sujet du harcèlement scolaire par des motivations personnelles. De même, les collégiens ayant accepté de répondre à l'étude ont pu être sensibilisés à ce sujet par expérience personnelle ou dans leur entourage ce qui peut en partie expliquer le fort taux de prévalence retrouvé dans notre étude comparativement au taux national estimé autour de 5%.

D. Biais de mémorisation et de prévarication

La principale faiblesse de l'étude réside dans la nature subjective et auto-déclarée du résultat principal. En effet, le biais de mémorisation étant un biais survenant lors du rappel du critère de jugement ou de l'exposition dans la vie passée, ce dernier est inévitable dans ce type d'étude puisque le recueil des données est réalisé à distance de l'évènement. Ainsi, il se peut que certains médecins ne se soient pas rappelés de l'ensemble des collégiens de leur patientèle rencontrés les 5 mois précédant l'étude ayant confiés une situation de harcèlement.

De même certains collégiens ont pu omettre, de manière involontaire (biais de mémorisation) ou volontaire (biais de prévarication), une situation de harcèlement vécue. Quel que soit l'origine de ce biais de mémorisation, ce dernier a pu entraîner une sous-estimation de la prévalence du harcèlement estimée ou vécue dans notre étude.

E. Biais de classement

De même que le biais de mémorisation, il a pu y avoir un biais de classement induit par la subjectivité de l'interprétation de la définition du harcèlement. Certains collégiens ont pu se sentir concernés à tort par une situation de harcèlement (ex : évènement isolé sans caractère de répétitivité nécessaire pour parler de harcèlement). A l'inverse d'autres ont pu hésiter quant à leur situation et répondre par la négative par soucis de facilité et de gain de temps. C'est pourquoi, dans notre étude, l'utilisation d'échelles de Likert, de propositions neutres (« Ne sais pas ») et libres (« Autre ») dans les questionnaires avaient pour objectif d'analyser plus finement les réponses des participants à l'étude, d'éviter la prise de position forcée et ainsi de limiter les biais.

III. Forces de l'étude

A. Pertinence

Cette étude a permis d'expérimenter une pratique de dépistage systématique du harcèlement scolaire en cabinet de médecine de ville et d'analyser les attentes et les freins des médecins et des collégiens des Hauts-de-France.

Dans l'ensemble, la plupart des résultats obtenus dans notre étude concordent avec les données de la littérature et de nouvelles informations pertinentes ont été obtenues

notamment concernant les attentes des collégiens vis-à-vis du repérage systématique qui nous permettront d'aborder le sujet de manière plus éclairée et adaptée à l'adolescent.

La pertinence de l'étude est principalement démontrée par la prévalence majeure de victimes de harcèlement scolaire repérées via le dépistage systématique effectué au moyen des auto-questionnaires en comparaison à celles repérées majoritairement sur points d'appel par les médecins ou à la prévalence nationale, répondant ainsi à notre objectif principal.

B. Singularité

La principale force de notre étude est sa singularité. Les études antérieurement réalisées au sujet du harcèlement scolaire étaient principalement centrées sur ses conséquences chez les victimes notamment sur le plan psychologique.

Concernant le repérage du harcèlement scolaire, les études françaises antérieures s'intéressaient uniquement au point de vue et pratiques des médecins généralistes sur ce sujet [61, 63, 79]. Seule une étude anglaise menée par Emma Scott s'intéressait aux attentes des jeunes concernant l'implication de leur médecin généraliste en cas de situation de harcèlement [49].

Notre étude est donc la première à s'intéresser à l'opinion des médecins généralistes et en parallèle à celle de leurs jeunes patients concernant les attentes et la faisabilité d'un repérage systématique du harcèlement en cabinet de ville.

C. Représentativité

L'intérêt de cette étude n'était pas de réaliser une enquête nationale de grande ampleur mais plutôt de se questionner à plus petite échelle sur l'accueil de la mise en pratique d'un repérage systématique tant par les médecins que par les collégiens.

Notre étude s'est déroulée sur 2 départements des Hauts-de-France (Nord et Pas-de-Calais), de plus les médecins ayant participé à l'étude étaient répartis de manière homogène entre les milieux rural et urbain. Enfin du côté des 186 collégiens, une répartition plutôt équilibrée entre le genre et la classe ont permis une meilleure représentativité des résultats.

IV. Les perspectives et solutions

Sans prétendre être à l'origine d'un changement des pratiques à grande échelle, ce travail avait pour vocation de susciter l'intérêt et sensibiliser les praticiens sur le sujet du repérage systématique du harcèlement scolaire en consultation mais aussi de recueillir les attentes des collégiens en matière de repérage et de prise en charge d'une situation de harcèlement.

Compte tenu de ces résultats globalement encourageants quant à sa faisabilité en pratique, son accueil et sa pertinence, ce travail suscite la conduite de nouvelles études de plus grande échelle et de meilleur niveau de preuves auprès d'une population plus large (primaire, collège, lycée) afin de dégager de nouvelles pistes d'amélioration du repérage du harcèlement scolaire adaptées à chaque enfant et aboutir pourquoi pas à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques.

Il serait d'ailleurs intéressant de réaliser une étude questionnant le support de repérage (écrit ou oral) idéal. En effet, certaines études de la littérature comme celle de Scott et al suggèrent que les adolescents interrogés semblent préférer remplir en salle d'attente, avant la consultation, un questionnaire papier de repérage sur le harcèlement (81% se disent à l'aise avec cette idée), plutôt que d'être interrogés directement par le médecin en face à face [49].

L'auto-questionnaire en question à proposer pourrait se baser sur le Bully/Victim Questionnaire révisé d'Olweus (rBVQ) dans sa version française qui s'avère être un instrument pouvant être utilisé en pratique courante pour le repérage du harcèlement comme le confirme une étude française réalisée en 2012 analysant sa validité interne [100].

Cependant, dans son étude Kubiszewski et al. affirme que bien que la distribution d'un auto-questionnaire soit la technique la plus utilisée pour mesurer le harcèlement, de nombreux auteurs restent perplexes face à cette méthode, craignant que les jeunes n'intègrent pas la définition du harcèlement dans sa totalité avec la triade qui la caractérise (répétition, intentionnalité, dissymétrie) quand ils se retrouvent seuls face à un questionnaire papier compromettant un repérage optimal.

Il serait donc pertinent de réfléchir au support idéal permettant un repérage pertinent et performant en limitant au maximum les biais de classement, de déclaration et de

désirabilité social inhérents à la culpabilité, la honte ou encore le déni dans lequel se trouve l'adolescent en souffrance.

Plusieurs pistes d'amélioration du repérage systématique se dégagent aussi de ce travail :

- ◇ Publication d'affiches ou de flyers de sensibilisation (avec contacts et sites utiles aux familles et victimes) en salle d'attente afin de rappeler aux jeunes patients que le médecin, sensible au sujet du climat scolaire, peut être envisagé comme une personne-ressource à laquelle se confier et ainsi libérer la parole. Son champ d'action n'est pas réduit uniquement au somatique.
- ◇ Proposer systématiquement lors de la consultation avec l'adolescent accompagné d'un parent, un temps dédié seul à seul afin d'aborder certains sujets sensibles tels que le harcèlement mais aussi la souffrance psychologique, les conduites à risque, la sexualité... en s'aidant éventuellement du test BITS (Brimade Insomnie Tabagie Stress) afin d'aménager un climat d'écoute et de repérer au mieux le mal être des adolescents.
- ◇ Créer un réseau d'aide pluridisciplinaire destiné au harcèlement scolaire afin de coordonner la prise en charge en ville entre les différents acteurs. Dans le cadre d'une MSP et quand cela est possible, programmer une RCP avec médecin traitant, assistante sociale, psychologue, parents, enfant lorsqu'un fait de harcèlement avéré est repéré.
- ◇ Élaborer un guide d'aide à destination des généralistes proposant une stratégie de repérage du harcèlement qui pourrait s'inspirer de celle proposée dans la littérature

Cette dernière serait fondée sur 5 piliers :

- Questionner sur le climat scolaire au moyen d'une question ouverte, faire reformuler le jeune pour favoriser son expression
- Rassurer quant au caractère systématique du repérage afin de gagner la confiance du jeune
- Évaluer si une situation relève du harcèlement en définissant son concept et la triade qui le caractérise
- Si une situation de harcèlement est repérée, en faire préciser le type, la fréquence, la durée et le lieu

- S'assurer de l'existence d'une potentielle personne-ressource à laquelle le jeune aurait confié sa situation mais aussi les dispositifs éventuellement déjà mis en place au sein de l'établissement

Enfin, une réflexion commune ressort d'un grand nombre d'études portant sur le harcèlement scolaire : profiter des consultations obligatoires de 6, 8, 11 et 15 ans (prises en charge par l'Assurance Maladie à 100% depuis l'arrêté du 26 février 2019 [104]) ou encore mettre à profit la consultation du certificat médical du sport souvent rapide et succincte pour réserver un temps essentiel dédié au sujet du climat scolaire et repérer une éventuelle situation de harcèlement [83, 85, 101, 102, 105].

A cet effet et en complément des visites chez le médecin traitant, un amendement des sénateurs en date du 20 janvier 2022 est venu compléter le contenu des visites médicales obligatoires à l'école et demande à ce qu'une attention particulière soit portée au repérage des cas de harcèlement scolaire.

CONCLUSION

Considéré pendant de nombreuses années comme un rituel de passage à l'âge adulte, le harcèlement entre pairs est reconnu de nos jours comme un véritable problème de santé publique qui touche toutes les catégories sociodémographiques et qui « prospère dans la pénombre à l'abri du regard et de la vigilance des adultes » [106]. Au vu des conséquences physiques mais surtout psychologiques désastreuses que le harcèlement scolaire peut engendrer, repérer précocement les victimes en souffrance devient primordial pour le médecin traitant afin de prévenir son retentissement sanitaire et social et briser la loi du silence qui entoure le harcèlement. Lutter contre le harcèlement c'est aussi combattre contre l'absentéisme scolaire et assurer un climat scolaire sécurisant permettant la réussite éducative de nos enfants. Alors que ces dernières années en France de nombreux programmes de prévention et d'éducation ont été mis en place, sur le plan médical, il n'existe toujours pas de recommandations de bonnes pratiques sur le repérage et la prise en charge du harcèlement scolaire en cabinet de médecine générale.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'accueil, la faisabilité et la pertinence du repérage systématique mais aussi de recueillir les pratiques des médecins et les attentes de collégiens en matière de repérage du harcèlement scolaire.

Nous avons pu constater que le taux de prévalence de harcèlement repéré au moyen des questionnaires était bien supérieur à celle estimée par les médecins interrogés mais aussi que les collégiens se disent favorables à aborder ce sujet avec leur médecin traitant à condition que le secret médical et le choix de la présence parentale soient respectés. De même les praticiens se disent prêts à mettre en place un repérage systématique dans leur pratique courante mais attendent en retour une meilleure formation et le développement d'un réseau d'aide pour assurer une prise en charge pluri disciplinaire.

Ces résultats favorables incitent à réaliser des études de plus grande ampleur et de meilleur niveau de preuve quant à la mise en place d'un repérage systématique du harcèlement afin d'aboutir à des recommandations de bonnes pratiques généralisables à l'ensemble des médecins traitants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Olweus D. *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell, 1993
2. Smith PK, Levan S. Perceptions and experiences of bullying in younger pupils. *Br J Educ Psychol*. 1995 Dec;65 (Pt 4):489-500.
3. Debarbieux E. La violence en milieu scolaire. État des lieux. In: *Revue française de pédagogie*, volume 123. La violence à l'école : approches européennes, 1998. p170-172.
4. Olweus D, Hammen M-H, Pain JP. *Violences entre élèves, harcèlements et brutalités: les faits, les solutions*. Paris : ESF éd; 1999
5. Romano H. *Harcèlement en milieu scolaire. Victimes, auteurs : que faire ?* Dunod, 2015
6. Catheline N. *Harcèlements en milieu scolaire*. *Enfances Psy* [Internet]. 2009;45(4):82. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-4-page82.html>
7. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(4):376- 85.
8. Blaya C. *Cyberviolence et cyberharcèlement : approches sociologiques*. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation 2011 ; 53 : 47-65
9. Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry*. 22 mars 2017;7(1):60.
10. Pontillo M, Tata MC, Avena R, et al. Peer Victimization and Onset of Social Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Brain Sci*. 2019;9(6).
11. 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. 2019 ; 2080.
12. Fekkes M, Pijpers FIM, Fredriks AM, Vogels T and Pauline Verloove-Vanhorick S. Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and healthrelated symptoms. *Pediatrics* 2006; 117: 1568–1574.
13. Debarbieux E. *Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'école : rapport au ministre de l'Education nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative*. 2011, 49 p.

14. Polanin JR, Espelage DL, Grotzinger JK, et al. A meta-analysis of longitudinal partial correlations between school violence and mental health, school performance, and criminal or delinquent acts. *Psychol Bull.* 2021 Feb;147(2):115- 33.
15. Wolke D, Copeland WE, Angold A, Costello EJ. Impact of bullying in childhood on adolescent health, wealth, crime and social outcomes. *Psychol Sci.* 2013;24:1958–70.
16. Nakamoto J, Schwartz D. Is peer victimisation associated with academic achievement? A meta-analytic review. *Soc Dev.* 2010;19:221–42.
17. Klomek AB, Kleinman M, Altschuler E, Marrocco F, Amakawa L, Gould MS. High school Bullying as a Risk for Later Depression and Suicidality. *Suicide Life Threat Behav.* 2011 Oct;41(5):501–16.
18. Solberg, M.-E., D. Olweus, and N.O.R. University of Bergen. Research Center for Health Promotion. Bergen, Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive behavior.* 2003 ; 29(3): p. 239-268.
19. Barzilay S, Brunstein Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *J Adolesc Health [Internet].* Août 2017;61(2):179-86.
20. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. *Arch Dis Child.* 2015; 100(9):879-885.
21. Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry.* 2013 ; 70(4), 419-426
22. Bowes, L., Joinson, C., Wolke, D., & Lewis, G. Peer victimisation during adolescence and its impact on depression in early adulthood: prospective cohort study in the United Kingdom. *BMJ.* 2015 ; 350.
23. Takizawa, R., Maughan, B., & Arseneault, L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American journal of psychiatry.* 2014 ; 171(7), 777-784.
24. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry* 2015; 2(6): 524–531.
25. Van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr [Internet].* 1 mai 2014;168(5):435. Disponible sur: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapediatrics.2013.4143>
26. Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, et al. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. *Pediatrics.* 2015;135:e496-509.
27. Harcèlement entre pairs en milieu scolaire, quelle est l'ampleur de ce phénomène ? Étude IFOP pour l'association Marion la main tendue et la région Île-de-France, mars 2021.

28. Olweus D. School bullying: development and some important challenges. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 28: 751–780.
29. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult Health Outcomes of Childhood Bullying Victimization: Evidence From a Five-Decade Longitudinal British Birth Cohort. *Am J Psychiatry* 2014;171:777-84.
30. Reddy, M., et al., Evaluating risk for targeted violence in schools : Comparing risk assessment, threat assessment, and other approaches. *Appraisal and prediction of school violence, 2001 ; 38(2): p. 157172.*
31. Debarbieux E, Fotinos G. Enquête de l'observatoire international de la violence à l'école pour UNICEF France, « À l'école des enfants heureux... enfin presque ». MENJVA, DEPP - Enquête nationale de victimation en milieu scolaire. 2011
32. Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République (J.O 9 juillet 2013)
33. Circulaire n°2013-100 du 13-8-2013 relative à la prévention et la lutte contre le harcèlement à l'École, *Bulletin Officiel n°31, 29-8-2013, p. 23-27*
34. Article 11-1 du Code de la justice pénale des mineurs [Internet]. 2021. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000039086952/LEGISCTA000039087861/2021-09-30/#LEGISCTA000039087861
35. Direction de l'information légale et administrative. Mineur délinquant : mesures et peines encourues [Internet]. 2021. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1837/personnalisation/resultat?lang=&quest0=0&quest1=>
36. Loi n° 2022-299, du 2 mars 2022, visant à combattre le harcèlement scolaire (J.O 3 mars 2022)
37. Un mineur peut-il porter plainte ? [Internet]. www.demarches.interieur.gouv.fr. 2021. Available from: <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/mineur-peut-il-porter-plainte>
38. UN Educational, Scientific and Cultural Organisation (UNESCO), *School Violence and Bullying: Global Status Report*, 13 January 2017
39. Cook CR, Williams KR, Guerra NG, Kim TE. Variability in the prevalence of bullying and victimization: a cross-national and methodological analysis. In: *Handbook of bullying in schools: an international perspective*. Routledge: New York, NY; 2010. p. 614
40. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et Al. *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020
41. Bottino SMB, Bottino C, Regina CG, Correia AVL, Ribeiro WS. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cad Saude Publica* 2015;31:463–75.

42. Tsitsika A, Janikian M, Wójcik S, Makaruk K, Tzavela E, Tzavara C, et al. Cyberbullying victimization prevalence and associations with internalizing and externalizing problems among adolescents in six European countries. *Comput Hum Behav* 2015;51(1):1–7.
43. Godeau E, Ehlinger V., Sentenac M., Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2018, Harcèlement et bagarres. Rennes : EHESP, 2020 ; 10 p
44. MEN-DEPP, Enquête nationale de climat scolaire et de victimation auprès des collégiens 2017, 2013 et 2011. Réf. : Note d'information, n° 17.30
45. Agnès Florin, Jean-Michel Galharret, Cendrine Mercier, Emmanuelle Toussaint, Omar Zanna. Consultation nationale des 6/18 ans 2021. Synthèse. La jeunesse à bonne école ? Rapport pour l'Unicef. [Rapport de recherche] Unicef. 2021
46. Tonnel C. Violences en milieu scolaire en région Nord Pas-de-Calais: étude médico-légale prospective et comparative sur 20 ans [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013
47. Mokdad B. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineur. Rouen; 2013
48. Gatard R. Repérage et accompagnement de l'enfant harcelé. In: Martin-Lebrun E, MartinLebrun E. Pédiatrie ambulatoire. Doin; 2014. p284-8
49. Scott E, Dale J, Russell R, Wolke D. Young people who are being bullied - do they want general practice support? *BMC Fam Pract*. 2016 Aug 22;17(1):116.
50. J. Dale, R. Russell et D. Wolke. « Intervening in primary care against childhood bullying : an increasingly pressing public health need ». In : *Journal of the Royal Society of Medicine* 107.6 (1er juin 2014), p. 219–223.
51. C. Rat et al. « Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale », no 135, p. 327-34, sept. 2017
52. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. 20
53. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention and the United States Department of Education, *Bullying Surveillance Among Youths : Uniform Definitions for Public Health et Recommended Data Elements, Version 1.0, 2014*
54. TR Nansel, M Overpeck, RS Pilla, W Ruan, B Simons-Morton et P Scheidt. « Bullying behaviors among us youth : Prevalence and association with psychosocial adjustment ». In : *JAMA* 285.16 (25 avr. 2001), p. 2094–2100.
55. Gini, G., & Pozzoli, T. (2006). The role of masculinity in children's bullying. *Sex Roles*, 54(7-8), 585-588.

56. Owens, L. et al.. Sex and age differences in victimization and conflict resolution among adolescents in a South Australian school. *Aggressive Behaviour*, Vol. 31, No. 1, 2005.
57. Health & Social Care Information Centre. Health and Wellbeing of 15 year olds in England: Findings from the What About Youth? Survey 2014. 2015. <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB19244>. Accessed 08 Dec 2015
58. Lyznicki, J.M.; McCaffree, M.A.; Robinowitz, C.B. Childhood Bullying: Implications for Physicians. *Am. Fam. Physician* 2004, 70, 1723–1728.
59. Ferguson C. J., San Miguel C., Hartley R. D. A multivariate analysis of youth violence and aggression: the influence of family, peers, depression, and media violence. *The Journal of pediatrics*, 2009 ; 155(6), 904-908.
60. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, et al. Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychol Bull* 2014;140:1073-137.
61. Heitz M. Dépistage et prise en charge des victimes de harcèlement scolaire [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2019.
62. Brandibas G, Jeunier B, favard, AM. Conduites de harcèlement à l'école : premiers éléments descriptifs d'une étude menée auprès de collégiens en classe de sixième et de cinquième. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2002;103–8.
63. Loaëc M. État des lieux de la pratique de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine dans le dépistage et la prise en charge d'un enfant ou adolescent victime de harcèlement scolaire entre pairs. *Sciences du Vivant*. 2017.
64. Godeau E. Spilka S., Ehlinger V., Sentenac M., Pacoricona Alfaro D. L., Comportements de santé et bien-être des élèves de 11,13 & 15 ans dans 44 pays ou régions d'Europe et au Canada. Résultats de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children (HBSC) et EnCLASS France 2018. Rennes : EHESP, 2020 : 12 p
65. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001 Apr 25;285(16):2094-100
66. Agnès Florin, Jean-Michel Galharret, Cendrine Mercier, Emmanuelle Toussaint, Omar Zanna. Consultation nationale des 6/18 ans 2021. Synthèse. La jeunesse à bonne école ? Rapport pour l'Unicef. [Rapport de recherche] Unicef. 2021
67. Unnever, J. D., & Cornell, D. G. Middle School Victims of Bullying: Who Reports Being Bullied? *Aggressive Behavior*. 2004 ; 30(5), 373–388.
68. Smith PK, Shu S, Madsen K. Characteristics of victims of school bullying: Developmental changes in coping strategies and skills. In: Juvonen J., Graham S, editors. *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized*. New York: Guilford Press. 2001 ; p 332–351

69. Menesini E, Codecasa E, Benelli B, Cowie H. Enhancing children's responsibility to take action against bullying: Evaluation of a befriending intervention in Italian middle schools. *Aggressive Behavior*. 2003 ; 29:1–14.
70. Newman RS, Murray B, Lussier C. Confrontation with aggressive peers at school students' reluctance to seek help from the teacher. *Journal of Educational Psychology*. 2001 ; 93:398–410.
71. Aubessard M, Corlouer M, Dominguez A. Comment aborder la santé des adolescents de 11 à 16 ans dans un auto-questionnaire en vue d'une consultation chez le médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux ; 2020
72. Aimé M. Prise en charge des adolescents à risque par leur médecin généraliste : revue systématique de la littérature sur les facteurs favorisant et difficultés ressenties par les médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers ; 2017
73. Moyniez P. Le ressenti des personnes victimes de harcèlement scolaire. [Thèse d'exercice]. Lille, France. Université Henri Warembourg ; 2017
74. Horcholle L. Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire et leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2016
75. Binder P. « Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? » In : *La revue du praticien* 55 (2005), p. 1073–7
76. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Première partie : L'adolescent, cet inconnu. *exercer* 2018;141:122-32.
77. Romano H. « Agir », *Harcèlement en milieu scolaire. Victimes, auteurs : que faire* , sous la direction de Romano Hélène. Dunod, 2015, pp. 93-170.
78. Condon L, Prasad V. GP views on their role in bullying disclosure by children and young people in the community: a cross-sectional qualitative study in English primary care. *Br J Gen Pract*. 2019 Oct 31;69(688):e752- 9
79. Lacombe A. Le repérage du harcèlement scolaire en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Montpellier, France. Université de Montpellier. 2021
80. Stephens MM, Cook-Fasano HT, Sibbaluca K. Childhood Bullying: Implications for Physicians. *Am Fam Physician*. 2018 Feb 1;97(3):187-192.
81. Binder P, Jouhet V, Valette T, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Interactions adolescent médecin généraliste en consultation : évolution du mal-être ressenti et influence de la formation du médecin. Étude SOCRATE 1. *Revue Prat*. 2009;59(8):25–31
82. Binder P, Groupe ADOC. Boîte à outils. Disponible sur : <https://www.medecin-ado.org/comment-reperer/des-cles-universelles>

83. Binder P, Heintz A-L, Haller DM, et al. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco- stress test. *Early Intervention in Psychiatry*. 2019;1–7
84. Landreau G. Dépistage et prise en charge des mineurs victimes de violences scolaires en cabinet de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université d'Angers; 2021
85. Hensley V. Childhood Bullying: Assessment Practices and Predictive Factors Associated with Assessing for Bullying By health Care Providers. Theses and Dissertations - Nursing. University of Kentucky UKnowledge ; 2015
86. Manton A. État des lieux des pratiques et des connaissances vis-à-vis du harcèlement scolaire entre pairs, en médecine générale, en Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice], Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018
87. Mughal F, England E. The mental health of young people: the view from primary care. *Br J Gen Pract*. 2016 Oct;66(651):502-3.
88. Committee on Injury Violence, and Poison Prevention. Role of the pediatrician in youth violence prevention. *Pediatrics* 2009; 124: 393–402
89. American Academy of Pediatrics. Connected Kids: Safe, Strong, Secure Clinical Guide. Spivak H, Sege R, Flanigan E, Licenziato V, eds. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006
90. Vessey JA, DiFazio RL, Strout TD. « I Did'nt Even Know You Cared About That Stuff»: Youths' Perceptions of Health Care Provider Roles in Addressing Bullying. *J Pediatr Health Care*. 2017 Sep-Oct;31(5):536- 45
91. Fox F, Stallard P, Cooney G. GPs role identifying young people who selfharm: a mixed methods study. *Fam Pract*. 2015;32(4):415–9.
92. Michael Carr-Gregg et Ramesh Manocha. « Bullying - effects, prevalence and strategies for detection ». In : *Australian Family Physician* 40.3. 2011 ; p. 98102.
93. Radford L, Corral S, Bradley C and Fisher HL. The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse Neglect* 2013; 37: 801–813
94. Alvin P, Bellaton E. Adolescent : comment amorcer le dialogue ? *Rev Prat*. 2003;17(625):1174-7
95. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant Pour une Meilleure Prise en Charge des Conduites à Risque ». [Thèse d'exercice]. Paris, France. Université René-Descartes Paris V ; 2004
96. Pruvost AM. Évaluation des principaux freins rencontrés par les adolescents dans leur démarche de prévention en santé auprès des médecins généralistes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 27 adolescents de 13 à 16 ans. [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France. Université de Bordeaux ; 2017

97. Dewulf MC, Stilhart C. Le vécu des victimes de harcèlement scolaire. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. 2005;8(2):95-100
98. Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? *Eur J Gen Pract* 2016;3:1-8
99. Article 11 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – Légifrance
100. Kubiszewski V, Fontaine R, Chasseigne G, et al. Évaluation du bullying scolaire (harcèlement scolaire) chez les adolescents français : validité de l'adaptation française du questionnaire Agresseur/Victime révisé d'Olweus (1996). *Annales Médicopsychologiques, revue psychiatrique* 2013;172:261-7
101. Srabstein J. Working towards a detection of bullying related morbidity. *Int J Adolesc Med Health* 2011;24:77-82
102. Lamb J, Pepler DJ, Craig W. Approach to bullying and victimization. *Can Fam Physician*. 2009;55:356-360
103. Anti-Bullying Alliance. Bullying—ashortguide forGPs.2015. <http://www.anti-bullyingalliance.org.uk/media/34573/Advice-for-GPs-finalNovember-2015.pdf>
104. Légifrance. Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038175215>
105. Moreno MA, Vaillancourt T. The Role of Health Care Providers in Cyberbullying. *Can J Psychiatry*. 2017 Jun;62(6):364-367
106. Bellon JP, Gardette B. Harcèlement et brimades entre élèves. La face cachée de la violence scolaire. Harcèlement et brimades entre élèves. La face cachée de la violence scolaire. Faber, 2010, 200 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Récépissé de déclaration de conformité à la CNIL



RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Repérer systématiquement le harcèlement scolaire par les médecins généralistes au travers de questions directes ou indirectes à leur patients (collégiens) permettrait de repérer davantage et d'améliorer la prise en charge des collégiens victimes de harcèlement scolaire. De plus l'enquête pourrait permettre d'encourager et sensibiliser les médecins traitants au repérage des victimes de harcèlement scolaire.

Référence Registre DPO : 2021-124 Mise à jour

Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX
Interlocuteur (s) : Mme. Justine FLIPO

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 23 Juin 2021

Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Questionnaire à destination des médecins

Questionnaire à destination des médecins

Bonjour, je suis Justine Flipo, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur le harcèlement scolaire. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'impact d'un **repérage systématique du harcèlement scolaire chez les collégiens par les médecins généralistes**. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre vous devez être médecin généraliste dans les Hauts-de-France.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 3 minutes seulement

Ce questionnaire étant identifiant, pour exercer vos droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr ou me contacter directement à jufliipo@msn.com

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Afin de réaliser une enquête croisée, à la fin de ce questionnaire, je vous demanderai votre accord pour venir déposer dans votre cabinet des questionnaires (format papier) à destination des collégiens afin qu'ils puissent les compléter de manière anonyme dans la salle d'attente avant ou après la consultation et les déposer dans une urne que je vous apporterai. L'enquête auprès des collégiens se déroulera entre août et décembre 2021 (5 mois).

Merci d'avance pour votre participation et votre temps, je ne manquerai pas de vous communiquer les résultats de ma thèse.

- 1) Combien de collégiens victimes de harcèlement scolaire pensez-vous avoir repérés sur les 5 derniers mois ?

Une seule réponse possible

- 0
 1 à 2
 3 à 4
 5 à 6
 > 6

Les prochaines questions concernent votre expérience du harcèlement scolaire chez vos patients collégiens durant votre carrière.

- 2) Concernant les différents types de harcèlement, à quelle fréquence ceux-ci vous ont été rapportés par vos patients ?

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Harcèlement moral *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harcèlement physique *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harcèlement sexuel *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cyberharcèlement *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 3) Quel type de repérage du harcèlement scolaire réalisez-vous le plus fréquemment ?

Une seule réponse possible

- Sur points d'appel suite à une plainte somatique, psychique ou absentéisme scolaire
 Systématiquement à tous les collégiens de votre patientèle

Pas de repérage

4) En cas de repérage, par quel type de questions repérez-vous ces situations ?

Une ou plusieurs réponse(s) possible(s)

Par des questions ouvertes (« Comment ça se passe au collège ? Et avec tes camarades ? ... »)

Par des questions fermées (« As-tu déjà été (ou es-tu) victime de harcèlement / de violence morale ou physique au collège ? »)

5) Quels sont les motifs de consultation rencontrés dans les cas de patients victimes de harcèlement scolaire ?

Une ou plusieurs réponse(s) possible(s)

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Plainte directe pour harcèlement *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plainte somatique ou fonctionnelle (troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil, céphalées...)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Détresse psychologique (dépression, burn out, anxiété majeure...)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visite systématique : vaccin, certificat de sport...*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absentéisme, phobie scolaire *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6) Le plus souvent, qui aborde le sujet du harcèlement scolaire en premier lors de la consultation ?

Une seule réponse possible

- Le patient
 Les parents
 Vous

7) Seriez-vous prêt à poser la question systématiquement à vos jeunes patients dans le but de repérer les situations de harcèlement scolaire ?

Une seule réponse possible

- Oui
 Non

8) Si non, pourquoi ?

Une ou plusieurs réponse(s) possible(s)

Par l'impression de ne pas être concerné (plutôt du ressort d'un autre spécialiste : psychologue, infirmière ou médecin scolaire)

Par manque de temps

Par manque de connaissance ou de formation sur l'orientation et la prise en charge

Par manque de réseau d'aide

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Seriez-vous d'accord pour que je vienne déposer les questionnaires à destination des collégiens de votre patientèle afin de recueillir leurs réponses et poursuivre la réalisation de ma thèse ?

- Oui
 Non

Annexe 3 : Questionnaire à destination des collégiens

Bonjour, je suis **Justine Flipo, étudiante en médecine**. Dans le cadre de ma **thèse**, je réalise un questionnaire sur le harcèlement scolaire. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le **repérage systématique par le médecin traitant des collégiens victimes de harcèlement scolaire**. Si tu le souhaites, je te propose de participer à l'étude. Pour y répondre, tu dois être collégien.

Ce questionnaire est **facultatif, anonyme** et il ne te prendra **que 3 minutes seulement** !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer un droit d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Aussi pour assurer une sécurité optimale tes réponses ne seront pas conservées après ma soutenance de la thèse. Pour toute demande, tu peux contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de sa part, tu peux formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci d'avance pour ta participation !

1. En quelle classe es-tu durant l'année 2021-2022 ? *Une réponse possible*

- 6e
- 5e
- 4e
- 3e

2. Es-tu un garçon ou une fille ? *Une réponse possible*

- Une fille
- Un garçon

Le reste du questionnaire porte sur ton expérience du **harcèlement**.

Harcèler quelqu'un c'est l'embêter, le ridiculiser, le blesser physiquement ou moralement ... et ceci à plusieurs reprises par la même personne ou le même groupe de personnes.

3. D'après la définition du harcèlement ci-dessus, penses-tu en avoir déjà été victime ou es-tu harcelé actuellement ? *Une réponse possible*

- Oui
- Non
- Ne sais pas

4. Si oui, de quel type de harcèlement as-tu été victime ou es-tu encore victime ?

Une ou plusieurs réponse(s) possible(s)

- Harcèlement physique (coups, « balayettes », vol, dégradation d'affaires scolaires ou vêtements,...)
- Harcèlement moral (insultes répétées, humiliations, chantage, isolement...)
- Cyber-harcèlement (diffusion de vidéos, moqueries en ligne, messages injurieux,...)
- Harcèlement sexuel (gestes déplacés, commentaires sexistes...)

5. Si tu es ou as été victime de harcèlement, à qui en as-tu parlé ?

Une ou plusieurs réponse(s) possible(s)

- Tes camarades ou amis
- Tes parents ou tes frères et sœurs
- Aux adultes du collège (professeur, infirmière, surveillant, CPE...)
- Ton médecin généraliste
- Autre :
- Personne

6. Ton médecin traitant s'est-il déjà intéressé au fait que tu puisses être victime de harcèlement au collège ? *Une réponse possible*

- Oui
- Non
- Ne sais pas



7. Souhaiterais-tu que ton médecin traitant te pose la question du harcèlement lors d'une consultation ?*Une réponse possible*

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Les questions 8,9,10 et 11 dépendent de ta réponse à la question 7.

8. Si NON à la question 7, pourquoi ? *Une ou plusieurs réponse(s) possible(s)*

- Je n'ai pas confiance en lui
- Je ne pense pas qu'il puisse faire quelque chose pour moi si je suis harcelé(e)
- J'ai peur qu'il en parle ensuite à mes parents, à la police ou au collègue
- Je ne souhaite pas qu'il m'oriente vers un psychologue ou une association d'aide
- Je ne vais jamais seul(e) chez le médecin et je ne souhaite pas en parler à côté de mes parents

9. Si OUI à la question 7, préfères-tu en parler lors de la consultation : *Une réponse possible*

- Avec tes parents et le médecin
- Seul(e) avec le médecin

10. Si OUI à la question 7, préfères-tu que le médecin te pose une question : *Une réponse possible*

- Fermée et directe : « Es-tu harcelé(e) au collège ou l'as tu déjà été ? »
- Ouverte et indirecte : « Comment te sens-tu au collège ? Es tu épanoui(e) dans ta classe avec tes camarades ? »

11. Si OUI à la question 7, qu'attends-tu de ton médecin traitant s'il découvre que tu es victime de harcèlement ? *Une ou plusieurs réponse(s) possible(s)*

- Une oreille attentive et des conseils afin de t'aider (numéro vert, site internet...)
- Une orientation vers un psychologue ou un groupe d'entraide
- Qu'il en parle à tes parents parce que tu n'y arrives pas et qu'il les rassure
- Qu'il contacte une personne du collège en qui tu as confiance (médecin scolaire, professeur, infirmière, surveillant, CPE...)
- Autre :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !

Si tu as des problèmes au collège avec des élèves, n'hésite pas à demander de l'aide.

Tu peux en parler à un ami, tes parents, un adulte du collège en qui tu as confiance ou encore ton médecin traitant qui sera à l'écoute.

Si tu as besoin d'aide, tu peux appeler anonymement ce numéro vert (gratuit) : **3020** ou aller sur le site : <https://www.nonaharcelement.education.gouv.fr>

Si tu es victime de violences numériques ou cyber harcèlement tu peux contacter ce numéro vert : **3018**

Annexe 4 : Contrat de publication



Contrat de publication de la thèse d'exercice de médecine générale à l'Université de Lille



Nani gigantum humeris insidentes. Bernard de Chartres écrivait « Nous sommes comme des nains assis sur des épaules de géants. Si nous voyons plus de choses et plus lointaines qu'eux, ce n'est pas à cause de la perspicacité de notre vue, ni de notre grandeur, c'est parce que nous sommes élevés par eux. » La science a vocation à faire progresser une discipline et à en améliorer les connaissances. Pour ce faire, le partage des savoirs entre pairs et avec le grand public est primordial. La publication d'un travail de recherche répond à cette attente.

Ce contrat vise à favoriser la publication des thèses d'exercice de médecine générale. La thèse article pourra être soumise soit par l'étudiant candidat à la thèse d'exercice (ci-après l'étudiant), soit par son directeur de thèse, soit par des membres du département de médecine générale¹ de Lille (ci-après le DMG), selon les choix initiaux de l'étudiant et de son directeur de thèse. Ce contrat précise aussi l'ordre des auteurs^{2, 3}.

La revue de soumission doit être soit une revue internationale de facteur d'impact égal ou supérieur à 1, soit une revue francophone de médecine générale à comité de lecture (Exercer, Le Médecin de Famille Canadien, La Presse Médicale).

- choix 1** : la thèse s'inclut dans un projet de recherche déjà existant (ambulatoire et/ou hospitalier) avec des projets de publications en cours ou à venir.
Les choix de publication seront décidés prioritairement par l'équipe de recherche.
- choix 2** : l'étudiant va soumettre lui-même une publication sur un travail de thèse original et le directeur de thèse l'accompagne dans l'écriture. L'étudiant est premier auteur. Le directeur de thèse est dernier auteur. Des membres du DMG peuvent être 2^e, 3^e ou avant-dernier auteur² selon leur investissement^{2, 4}.
- choix n°3** : l'étudiant ne souhaite pas s'investir pour publier mais le directeur de thèse va soumettre une publication sur le travail de recherche. L'étudiant cède le droit de publication en 1^{er} auteur de son travail de recherche au directeur de thèse.
Le directeur de thèse est premier auteur. L'étudiant est second auteur. Le membre du DMG le plus impliqué dans le travail de recherche est dernier auteur. Les autres membres du DMG participant seront classés dans les auteurs selon leur investissement dans le travail de recherche ou de publication^{2, 4}.
- choix n°4** : l'étudiant et son directeur de thèse ne souhaitent pas soumettre de publication. Ils cèdent leur droit de publication en premier et dernier auteur au DMG.
Les membres du DMG les plus impliqués dans le travail de recherche seront premier et dernier auteur. L'étudiant, son directeur de thèse et d'autres membres du DMG participant seront classés dans les auteurs selon leur investissement dans le travail de recherche ou de publication^{2, 4}.
- choix n°5** : l'étudiant et son directeur de thèse refusent la publication du travail de recherche.

Cas particulier des choix n°2 et 3 : si aucun travail de soumission d'article n'a été engagé par l'étudiant ni le directeur de thèse dans les trois mois suivant la soutenance de thèse, les droits de publication en premier ou dernier auteur seront cédés à des membres du DMG selon les modalités du choix n°4.

¹ Les membres du département de médecine générale de Lille (DMG dans le contrat) sont les CCU, MCA, MCU, PA, PU nommés au département de médecine générale de l'Université de Lille. Peuvent aussi être considérés comme membres du DMG, selon l'appréciation du directeur du DMG, des chargés d'enseignement contribuant activement à la vie du DMG.

² Tout auteur d'une publication aura fourni une contribution directe au travail de recherche et à la rédaction de l'article conformément aux recommandations ICMJE (www.icmje.org). Selon l'ICMJE, l'attribution de la qualité d'auteur repose sur les 4 critères suivants :

- *Contributions substantielles à la conception ou aux méthodes de la recherche ou à l'acquisition, l'analyse ou l'interprétation des données ET*
- *Rédaction préliminaire de l'article ou sa révision critique impliquant une contribution importante au contenu intellectuel ET*
- *Approbaton finale de la version à publier ET*
- *Engagement à assumer l'imputabilité pour tous les aspects de la recherche en veillant à ce que les questions liées à l'exactitude ou l'intégrité de toute partie de l'œuvre soient examinées de manière appropriée et résolues.*

³ Le rang des auteurs d'un article médical doit être le fruit d'une discussion de tous les contributeurs en amont du travail de recherche et de rédaction. Le 1^{er} auteur est celui qui a réalisé la majeure partie du travail de recherche et de rédaction. Le dernier auteur est celui qui a proposé le travail de recherche, supervisé son déroulement et guidé le 1^{er} auteur. L'ordre des auteurs du 2^e à l'avant dernier reflète l'importance des contributions à l'article. Les nominations ou promotions des universitaires tiennent principalement compte des publications en 1^{er} et dernier auteur.

⁴ En cas de désaccord dans l'ordre des auteurs de la publication au sein du DMG, la décision reviendra au directeur du DMG en fonction des contributions respectives des auteurs au travail de recherche et de publication.

Lille
À
Nom et prénom de l'étudiant :
Flipo Justine

08/12/2020
Le
Nom et prénom du directeur de thèse :
Pr Bayen Marc

Signature de l'étudiant :



Signature du directeur de thèse :



Annexe 5 : BITS test [83]

BITS test

Les questions :

- as-tu été **Brimé** à l'école
et violences en dehors?
- as-tu des **Insomnies**
et des cauchemars ?
- fumes-tu du **Tabac**
tous les jours?
- es-tu **Stressé**
par le travail scolaire/ en famille ?



AUTEUR(E) : Nom : FLIPO

Prénom : Justine

Date de Soutenance : 08/11/2022

Titre de la Thèse : Repérage systématique des victimes de harcèlement scolaire par les médecins généralistes.

Thèse – Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : *Harcèlement scolaire, Cyberharcèlement, Victimisation, Collégien, Adolescent, Soins Primaires, Médecine Générale, Médecin Généraliste*

Contexte : La prévalence du harcèlement estimée entre 5 et 10% en France et la gravité de ses conséquences en font un véritable problème de santé publique. Par sa position en première ligne et sa relation de confiance avec ses jeunes patients, le médecin généraliste détient un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge des victimes de harcèlement scolaire entre pairs.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative réalisée au moyen de deux auto-questionnaires distribués aux médecins des Hauts-de-France et aux collégiens parmi leur patientèle.

Résultats : Sur les 186 collégiens ayant participé à cette étude, 56 déclaraient être ou avoir été victime de harcèlement soit une prévalence de 31,2%, bien supérieure à celle estimée par leurs médecins. Il y avait statistiquement plus de harcèlement déclaré chez les collégiens résidant en milieu urbain. Le type le plus mentionné était le harcèlement moral, c'est aussi le plus rapporté aux médecins généralistes à qui seuls 10% des collégiens harcelés dans notre étude se sont confiés. Pourtant, presque la moitié des jeunes interrogés étaient favorables au repérage du harcèlement par leur médecin, principalement ceux scolarisés en classe de 6^e et 5^e. Parmi les victimes de harcèlement la moitié de celles n'ayant pas été questionnées au sujet du climat scolaire par leur médecin y étaient pourtant favorables. Les collégiens souhaitaient un repérage au moyen d'une question ouverte avec présence parentale pour 62,4% d'entre eux. La grande majorité des médecins réalisaient un repérage sur points d'appel au moyen d'une question ouverte. Les deux seuls médecins (sur 22) non favorables au repérage évoquaient comme frein le manque de formation ou de réseau d'aide pour la prise en charge des victimes. La crainte de rupture du secret médical, d'être adressé à un psychologue mais surtout la vision de leur médecin comme simple « soigneur de lésions organiques » étaient les principales contraintes relevées par les collégiens.

Conclusion : Les médecins comme les collégiens interrogés semblent favorables à un repérage systématique du harcèlement afin d'établir une prise en charge précoce des victimes et de limiter la pérennité et donc la gravité de ses conséquences.

Composition du Jury :

Président : Pr Valéry HEDOUIN

Assesseur : Dr Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Pr Marc BAYEN