



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2016

N° 284

**LE VECU DES ADOLESCENTS VICTIMES DE
HARCELEMENT SCOLAIRE ET LEURS ATTENTES
VIS-A-VIS DU MEDECIN GENERALISTE**
A PARTIR D'UNE ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE 12
ADOLESCENTS RHONALPINS

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 2016
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Laura HORCHOLLE

Née le 21 Août 1986 à l'Isle-Adam

Sous la direction du Dr Noémie ROLAND

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de	Pierre COCHAT
Coordination des Etudes Médicales	
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

LISTE DES ENSEIGNANTS 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

CONTEXTE Le harcèlement scolaire ou school bullying est une violence répétée et à long terme, physique et/ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs élèves à l'encontre d'un autre élève, dans le but de lui porter préjudice et dans une relation de domination. Un collégien sur dix est victime de harcèlement scolaire en France. Les répercussions scolaires, physiques et psychiques sont importantes. Face au mutisme des adolescents, il semble que le médecin généraliste a un rôle primordial pour dépister, favoriser leur parole et les accompagner.

OBJECTIFS Mettre en évidence leurs attentes vis à vis du médecin généraliste en matière de reconnaissance et de prise en charge, puis explorer les freins à l'expression des violences.

MÉTHODE Etude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée entre juillet 2014 et février 2016, auprès de 12 adolescents victimes de harcèlement scolaire au collège.

RÉSULTATS La plupart des adolescents souhaitent être écoutés, compris et soutenus par leur médecin traitant. Ils attendent d'être questionnés précisément, de recevoir des explications sur les violences subies et des conseils sur le comportement à adopter. Ils souhaitent être rassurés sur leur « normalité » physique. Enfin, ils veulent être orientés vers une prise en charge hospitalière si nécessaire. L'incompréhension, la culpabilité, la honte, la peur d'être jugé, la crainte des représailles et le problème de la confidentialité sont les principaux freins à la parole des adolescents.

CONCLUSIONS Ces résultats, en association avec ceux de la littérature, permettent de proposer plusieurs pistes d'intervention du médecin généraliste dans la prise en charge du harcèlement scolaire. Il peut prévenir en abordant le sujet précocement et dépister en posant des questions précises de manière systématique. L'évaluation de la souffrance permet d'orienter si nécessaire. Enfin, il peut agir en conseillant et soutenant le jeune, en l'encourageant à demander l'aide des adultes, en proposant un plan d'action en collaboration avec lui et ses parents, puis en organisant un suivi adapté.

*Ce n'est pas tant l'intervention de nos amis qui nous aide,
mais le fait de savoir que nous pourrions toujours compter sur eux.*

— Epicure

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Yves Zerbib

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci également pour votre accompagnement et vos enseignements au cours de notre cursus de médecine générale.

A Monsieur le Professeur Pierre Fourneret

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de juger ce travail sans me connaître. Votre expérience dans le domaine de la pédopsychiatrie est une force pour cette soutenance.

A Monsieur le Professeur Xavier Lainé

Toute ma gratitude pour votre participation à ce jury, pour votre enseignement, et pour votre gentillesse et votre humour lors de ma soutenance de mémoire de DES.

A Madame le Docteur Noémie Roland

Un grand merci à toi, Noémie, pour avoir accepté de diriger ce travail, pour tes conseils, ta disponibilité et tes encouragements !

Je remercie tout particulièrement P'tit Biscuit, Yohan, Katerina, Nicolas, Bob, Constance, Alexandre, Bernard, Alice, Caly, Mickaël et Cat pour avoir accepté de me consacrer de leur temps et pour s'être confiés à moi sur ce sujet douloureux.

A toutes les personnes qui ont apporté leur contribution à ce travail en me permettant d'aller à la rencontre des adolescents, sans elles mon travail n'aurait pas pu voir le jour.

A ma maman et mon papa, merci pour votre amour, votre écoute et votre soutien infinis qui m'ont permis d'avancer et d'aller au bout de mes projets. Je vous aime.

A mon frère Vincent, merci pour tous les moments partagés, pour ton humour, pour t'occuper de Mousse quand nous sommes absents, pour les futures randos VTT...

A Aymeric, mon amour. Merci infiniment pour ton soutien, ta patience et ton aide si précieuse ces derniers mois. J'admire ta curiosité et ta capacité à t'investir dans tant de nouvelles choses... Merci de partager mon quotidien, mes joies et mes peines. Maintenant, à nous les vacances !

A mes grand-parents maternels : Mamie, merci pour ta présence et pour toutes les réunions familiales passées et à venir... Papy qui doit être fier de là-haut. A mes grands-parents paternels que je ne vois pas assez souvent.

A la cousine, Sophie, Marine, Marion... que ferais-je sans vous... Damien et Mathieu, merci pour tous les moments inoubliables en votre présence. A Myrtille, Faustine, Germain et Basile.

A mes tantes et oncles, Christine, Gérard, Jean-Noël, Dominique, Joël, Véronique, Thierry et Blandine pour votre soutien. Merci Anne et Marie-Pierre pour votre présence qui m'est chère.

A ma belle famille, Isabelle, Daniel, Laetitia, Gabrielle et Alexandre, merci pour votre accueil toujours si chaleureux et vos encouragements.

A Delphine et Julie, notre amitié sans faille m'est très précieuse ! Merci pour votre soutien et vos conseils jusqu'au bout !

A Cornélia, Justine, Corinne, merci pour cette belle amitié depuis Valence, pour toutes nos confidences, les récits de voyage, les rando, votre soutien...

A Camille, Julie, Alicia, Sarah, Ludivine, Delphine, Maud pour tous les bons moments partagés, les soirées, les weekends à la montagne passés et à venir.

A Anne-Lise, ma super co-interne de Vienne mais surtout mon amie, merci pour ta disponibilité, ton écoute. Quand tu veux pour garder Céleste et Côme !

A Anne-Charlotte, merci pour cette amitié qui dure depuis nos premiers pas (ou presque) sur les bancs de la fac. J'admire ta détermination, courage future consoeur !

A Marielle, loin des yeux mais près du cœur.

A Elodie, David (sans oublier Charlotte), Kari et Yannick qui m'avez si bien accueillie. Vivement les prochains dîners !

A tous mes amis et co-internes de Lyon, Anne-Laure, Alexandra, Laurent, Eve et tous les autres.

A mon équipe de volley, pour tous les entraînements et les matchs dans la bonne humeur.

A mes copains du beach volley, vivement l'été prochain !

A mes amis de Strasbourg, Imen, Yasmina, Marine, Jérôme, Mario, Thomas, Marion, Vassil, Sarah, Anne-Catherine, Jonathan, Mathieu... pour tous les moments partagés à la fac, à l'hôpital, en soirées, au resto et surtout pour tous ces fous rires qui me manquent.

Aux copains d'Erasmus.

Aux Docteur Bouty, Docteur De Lorenzi et Docteur Le Borgne pour m'avoir appris les bases de mon métier et m'avoir permis de prendre confiance en moi. J'ai beaucoup apprécié faire mes tout premiers remplacements dans votre cabinet.

Aux associés du Dr Bouty : Gaëlle, Vanessa, Nadine, Grégoire, Nicolas et Louis-Thomas, ainsi qu'à Fred et Bruno. Merci de m'avoir fait confiance pour vous remplacer ces deux dernières années et pour votre disponibilité, vos conseils et votre amitié.

A Yollande, Michèle, Nathalie, Mélanie et Brigitte, leurs secrétaires. Merci pour votre bonne humeur et votre gentillesse.

Aux équipes médicales et paramédicales que j'ai rencontrées aux cours des mes études.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	1
2	GÉNÉRALITÉS	3
2.1	Définitions	3
2.1.1	Schoolbullying	3
2.1.2	Cyberbullying	5
2.2	Violence scolaire : de l'incivilité au harcèlement	6
2.3	Épidémiologie	7
2.3.1	A l'étranger	8
2.3.2	En France	9
2.3.3	Cyberharcèlement	10
2.4	Harcèlement dans la littérature de fiction	12
2.5	Conséquences du harcèlement scolaire	13
2.5.1	Victimes	14
2.5.2	Harceleurs	15
2.6	Programmes de lutte anti-bullying	15
2.6.1	A l'étranger	15
2.6.2	En France	18
2.7	Justification de notre étude	20
2.7.1	Un enjeu de santé publique	20
2.7.2	Implication des médecins généralistes	21
2.7.3	Enjeu de notre étude	22
3	MATÉRIEL ET MÉTHODE	24
3.1	Hypothèse de travail	24
3.2	Objectifs	24
3.2.1	Premier	24
3.2.2	Second	24
3.3	Méthode	25
3.3.1	Étude qualitative	25
3.3.2	Type de recueil : entretien individuel semi-dirigé	25
3.3.3	Population étudiée	26
3.3.4	Guide d'entretien	28
3.3.5	Recueil des données	28
3.3.6	Analyse des données	32
3.3.7	Aspect médico-légal	33
3.4	Recherche bibliographique	33

4	RÉSULTATS	34
4.1	Population	34
4.1.1	P'tit Biscuit	34
4.1.2	Yohan	34
4.1.3	Katerina	35
4.1.4	Nicolas	35
4.1.5	Bob	35
4.1.6	Constance	36
4.1.7	Alexandre	36
4.1.8	Bernard	36
4.1.9	Alice	37
4.1.10	Caly	37
4.1.11	Mickaël	37
4.1.12	Cat	38
4.1.13	Tableau descriptif de la population	39
4.2	Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire	40
4.2.1	Les violences et ses caractéristiques	40
4.2.2	Sortie du silence	45
4.2.3	Conséquences suite aux violences	49
4.3	Place du médecin généraliste et leurs attentes	52
4.3.1	Relation avec le médecin généraliste	52
4.3.2	Leurs attentes concernant le médecin généraliste	54
4.4	Freins à l'expression des violences	56
5	DISCUSSION	59
5.1	Forces et limites de l'étude	59
5.1.1	Forces	59
5.1.2	Obstacles méthodologiques	60
5.1.3	La population et sa constitution	61
5.2	Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire	61
5.2.1	Les violences et ses caractéristiques	62
5.2.2	Sortie du silence	67
5.2.3	Conséquences suite aux violences	72
5.3	La place du médecin traitant et les attentes des adolescents	77
5.3.1	Leur perception du rôle du médecin de famille	77
5.3.2	Implication du médecin généraliste dans le contexte de harcèlement	78
5.3.3	Attentes des adolescents envers leur médecin traitant	80
5.4	Les freins à l'expression des violences	82
5.5	Rôles des médecins généralistes	86
5.5.1	Prévenir	86
5.5.2	Identifier	87
5.5.3	Évaluer	90

5.5.4 Orienter si nécessaire	91
5.5.5 Agir	92
6 CONCLUSIONS	97
BIBLIOGRAPHIE	99
A CANEVAS D'ENTRETIEN	109
B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	110
C AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE	112
D APPEL À TÉMOIGNAGE	113
E CONCLUSIONS	114

ACRONYMES

ADRS	Adolescent depression rating scale
APHEE	Association pour la prévention de phénomène de harcèlement
BITS	Brimé, insomniaque, tabagique, stressé
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
CPE	Conseiller principal d'éducation
CPP	Comité de protection des personnes
CSP	Code de santé publique
DASEN	Directeur académique des services de l'Éducation nationale
DEPP	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DES	Diplôme d'études spécialisées
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4e édition
HAS	Haute autorité de santé
HBSC	Health behavior in school-aged children study
HEEADSSS	Home, education, eating, activities, drug, sexual behavior, safety, suicidality
LAVI	Lyon aide aux victimes
MDA	Maison des adolescents
MENJVA	Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative
OBPP	Olweus bullying prevention program
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAEJ	Point accueil écoute jeunes
PTSD	Post traumatic stress disorder
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SIVIS	Système d'information et de vigilance sur la sécurité scolaire
TSTS-CAFARD	Traumatologie, sommeil, tabac, stress - Cauchemars, agression, fumeur, absentéisme, ressenti désagréable familial

GLOSSAIRE

Bullying	Harcèlement
Cyberharcèlement	Harcèlement utilisant les moyens de communication technologiques (internet, réseaux sociaux) comme support
Feedback	Retour d'information
Happy-slapping	Pratique consistant à filmer l'agression physique d'une personne à l'aide d'un téléphone portable, dans le but de diffuser la vidéo sur les réseaux sociaux
School shooters	Auteurs d'attaques armées dans un établissement scolaire
SMS	Bref message échangé entre téléphones mobiles (= texto)

INTRODUCTION

La violence à l'école est un sujet souvent relaté par les médias mais dans ses formes les plus visibles, dans ce qu'elle a de plus spectaculaire. Le harcèlement scolaire entre pairs, beaucoup moins visible et médiatique, en dehors de cas extrêmes conduisant à des suicides, est pourtant la forme de violence la plus répandue.

En France, un collégien sur dix est victime de harcèlement scolaire, et 6% des collégiens subissent un harcèlement que l'on peut qualifier de sévère à très sévère selon la première enquête nationale de victimation en milieu scolaire de 2011 [1]. Le harcèlement scolaire, nommé « bullying » par les anglo-saxons, se définit par la combinaison de trois critères : la mise en œuvre de comportements agressifs ou destinés à nuire, leur répétition et leur durée, et l'inégalité de force entre l'auteur et la victime. On distingue trois grands types de brimades : la violence physique, verbale et relationnelle. Avec le développement des nouvelles technologies de communication et des réseaux sociaux, le harcèlement s'étend en dehors des murs de l'école et place la victime sous une menace permanente à toute heure et à tout moment ; on parle de cyberbullying. Alors que l'école est un lieu d'intronisation dans la société, qui accompagne la construction de l'identité et de la personnalité de l'adolescent, le bullying crée un état d'insécurité permanent dangereux pour la victime [2] et son impact sur la trajectoire développementale est important. Il peut 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.

Alors que le ministère de l'Éducation nationale a lancé en Novembre 2013 une nouvelle campagne contre le harcèlement « Agir contre le harcèlement à l'école » proposant des outils et des mesures de prévention et de prise en charge, nous nous sommes interrogés sur la place de sa prise en charge en soins primaires. Le médecin généraliste représente souvent le premier recours lorsqu'un enfant présente une symptomatologie entravant son quotidien. Au vu des répercussions néfastes du harcèlement scolaire sur la santé des victimes, il nous semble bien placé pour dépister cette violence, recueillir les révélations des enfants en souffrance et les accompagner dans leur prise en charge.

L'adolescent victime de cette violence répétée et insidieuse, se mure très souvent dans le silence : consulte-t-il en cabinet de médecine générale, pour des motifs somatiques

sans que l'on s'aperçoive de l'origine de ses maux? Quel rôle est donné au médecin traitant au cours de cette période douloureuse? Peut-être a-t-il des attentes envers celui-ci dans la reconnaissance de sa souffrance, son origine et sa prise en charge?

Notre travail s'inscrit donc dans une volonté de prise de conscience et de compréhension de cette violence scolaire entre pairs par les médecins de soins primaires. Il cherche à comprendre quels rôles ils peuvent jouer et comment mieux aider les jeunes qui en sont victimes. Nous avons souhaité donner la parole à ces adolescents, victimes de harcèlement à l'école, afin de nous y sensibiliser, nous soignants, à travers leur histoire et leur vécu. Pour leur permettre de faire entendre leur ressenti, leurs regrets et leurs attentes en matière de prise en charge. Pour mettre en lumière les obstacles à parler de leur souffrance. Pour nous permettre, par une meilleure compréhension de ces violences, de mieux leur venir en aide. Pour qu'enfin, par notre implication, d'autres enfants et adolescents, nos patients, ne soient pas durablement blessés.

GÉNÉRALITÉS

2.1 DÉFINITIONS

2.1.1 *Schoolbullying*

Le concept de « bullying » ou « school bullying » a fait l'objet de nombreuses études dans les pays d'Europe du Nord, à partir des années 1970, en raison des liens qu'entretient ce phénomène avec le suicide, dont le taux y est particulièrement élevé. P. Heineemann, psychiatre suédois, en 1973, puis D. Olweus, psychologue norvégien, dans les années 1990 en ont réalisé les premiers travaux.

D.Olweus définit d'abord le school bullying comme l'exposition répétée et à long terme d'un élève à des actions négatives de la part d'un ou plusieurs élèves [3]. Le chercheur britannique Peter K. Smith, en 1994, ajoutera à cette définition la notion d' « abus systématique du pouvoir ». On retiendra donc la définition communément admise qu'il donne du school bullying comme : « une violence répétée (mais pas obligatoirement quotidienne) physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs élèves à l'encontre d'une victime qui ne peut se défendre car en position de faiblesse, l'agresseur agissant dans l'intention de nuire à sa victime » [4].

Le school bullying est caractérisé par trois critères :

LA RÉPÉTITION ET LA DURÉE DANS LE TEMPS Le harcèlement se fonde sur des actions négatives reproduites de façon réitérée, pas forcément quotidienne, et sur une longue durée. Il semble difficile de déterminer une durée exacte à partir de laquelle on peut considérer qu'un élève est victime de harcèlement, tous les auteurs ne s'accordant pas à ce sujet. Selon J.P.Bellon et B.Gardette, on ne peut guère parler de harcèlement scolaire avant un à 2 mois ; une année scolaire étant une durée fréquemment rapportée [5].

UN DÉSÉQUILIBRE DES FORCES Le bullying est un rapport de domination. Il s'installe dans une relation qui met en scène soit les plus nombreux contre ceux qui sont isolés, soit les plus forts contre les plus faibles ou encore les plus âgés contre les plus jeunes. Le harceleur est plus fort physiquement ou plus à l'aise dans le champ social ou verbal. Ainsi, on ne peut parler de harcèlement lorsque les violences concernent deux

individus ou groupes de force sensiblement égale. En revanche, la prise de pouvoir par des procédés d'ostracisme ou d'isolement social en fait expressément partie.

L'INTENTIONNALITÉ DE NUIRE Lorsque le harcèlement est mis à jour, il est d'abord présenté sur le ton de la plaisanterie, du rire. Mais une fois le processus installé, les agresseurs ne peuvent plus ignorer qu'ils font souffrir leur victime. Il s'agit donc d'un abus de pouvoir réfléchi et structuré qui a pour but de nuire à la victime.

Le bullying peut se manifester sous diverses formes :

LE BULLYING DIRECT Lorsqu'il s'agit :

- d'agressions physiques telles que les bousculades, coups de pieds, pincements, maîtrise physique de l'autre ;
- d'agressions verbales comme les insultes, les menaces, les moqueries, les surnoms dépréciatifs ;
- d'agressions à caractère sexuel avec les grimaces et gestes obscènes ;
- ou encore d'atteintes matérielles telles que le vol ou la dégradation d'objets personnels.

LE BULLYING INDIRECT Une forme plus subtile de violence qui consiste à isoler la victime du groupe par l'intermédiaire des rumeurs, des consignes d'ostracisme, de la manipulation des autres contre la victime.

Après les premiers travaux de D. Olweus, les enquêtes sur le school bullying se sont développées de manière exponentielle dans une grande partie des pays européens, aux Etats-Unis et au Canada, en Australie, ainsi qu'en Asie (Corée du Sud, Japon). Le terme anglais de bullying, largement utilisé dans ces études, est difficile à traduire. Cette expression dynamique nomme précisément l'action du côté du harceleur et réintroduit l'intentionnalité de l'acte malveillant dans la définition des violences scolaires. Il faudra attendre la fin des années 90 pour voir naître une définition en France : aux termes québécois d'« intimidation » et belge de « brimades », elle préfère celui de « harcèlement(s) scolaire(s) ». Proposée par Jacques Pain dans sa traduction du livre de D. Olweus « Violences entre élèves, harcèlements et brutalités entre élèves » en 1999 [6], cette expression vient du vieux français « herser » qui signifie « retourner la terre avec une herse » ; elle permet ainsi de rendre compte à la fois de la nature des actes mais aussi de leur répétition [7]. Nous avons choisi d'employer dans la suite de notre travail, aussi bien le terme de harcèlement scolaire, que celui de bullying ou school bullying.

2.1.2 *Cyberbullying*

L'arrivée d'internet et des nouveaux outils de communication technologique, depuis la fin des années 1990, a fait naître une nouvelle forme de harcèlement entre pairs : le cyberharcèlement ou cyberbullying. Par l'intermédiaire des téléphones portables, des espaces de tchat en direct comme MSN ou plus récemment, des réseaux sociaux tels que Facebook, Twitter ou Instagram, le ou les harceleurs peuvent poursuivre leur victime hors des murs de l'école.

Le cyberbullying partage avec le bullying traditionnel les notions de répétition, d'intentionnalité et de déséquilibre de pouvoir ; il est ainsi défini comme « un acte agressif, intentionnel perpétré par un individu ou un groupe d'individus au moyen de formes de communication électroniques, de façon répétée à l'encontre d'une victime qui ne peut facilement se défendre seule » [8].

Il peut prendre des formes variées : humiliations, insultes, moqueries, menaces en ligne, propagation de rumeurs, usurpation d'identité, création d'une discussion ou page sur les réseaux sociaux à l'encontre d'un camarade, diffusion d'images intimes, SMS à caractère sexuel... Plus préoccupant encore, le « happy-slapping », pratique qui consiste à filmer l'agression physique d'une personne et à diffuser les images ensuite, se répand de plus en plus.

Selon l'étude Sofres de 2011, 96% des 8-17 ans utilisent internet, et parmi eux, 48% sont connectés au réseau social Facebook, et quotidiennement pour plus de la moitié. Les enfants et adolescents y livrent beaucoup d'informations personnelles et utilisent largement les différents usages mis à leur disposition, tels que les commentaires et la publication de photos (88% pour les filles) [9]. Cette hyper connexion, par l'intermédiaire des téléphones portables toujours à portée de main et l'utilisation quotidienne d'internet, majore le risque de subir le cyberbullying.

Le cyberharcèlement se distingue du harcèlement traditionnel à plusieurs égards. D'abord, il peut faire intervenir un public beaucoup plus large au moyen de la diffusion massive et instantanée des messages ; il est ainsi très difficile d'en reprendre le contrôle. De plus, les contenus diffusés peuvent rester en ligne même lorsque le harcèlement cesse ; il est très difficile d'effacer des données sur le web, ce qui confère un caractère potentiellement irréversible au cyberbullying. Ensuite, l'anonymat permis par la barrière virtuelle de l'écran, accorde au cyber-agresseur une certaine sensation d'immunité et alimente chez la victime le sentiment d'être sans défense et traquée. Le cyber-agresseur n'a plus aucun moyen de prendre la mesure réelle des conséquences sur sa victime ; il n'y a plus de « feedback » (pas de retour direct pour le cyber-agresseur de l'impact de ses actes sur la victime).

Cette menace présente potentiellement partout et à toute heure ne laisse plus de répit à la victime ; la maison ne peut plus alors être considérée comme un refuge.

2.2 VIOLENCE SCOLAIRE : DE L'INCIVILITÉ AU HARCÈLEMENT

Le thème de la violence scolaire est très largement relayé par les médias depuis les années 1990. Pendant longtemps, elle était considérée comme une violence d'intrusion, dont toutes les causes étaient externes à l'école, que ce soit dans la banlieue populaire ou dans la famille, dont l'éducation était souvent remise en cause. Or, la recherche mondiale montre que les faits d'intrusion sont rares, moins de 8% des faits de violence grave, mais surtout que la violence en milieu scolaire est multifactorielle et est un phénomène endogène [10].

On parle dans les années 1990, d'« incivilités » au sein de l'école, pour désigner tous les faits qui participent à la dégradation du climat scolaire et empêchent le bon déroulement de la classe, et qui souvent restent impunis par les adultes du fait de leur invisibilité ou de leur caractère jugé mineur. Eric Debarbieux propose par la suite le terme de « micro-violences » pour décrire toutes les violences mineures qui contribuent à perturber l'ordre scolaire et à rendre la vie en collectivité difficile. Elles se caractérisent par leur répétitivité et font références à toutes les interactions à l'intérieur de l'école :

- entre pairs (intimidations, bousculades. . .) ;
- ou entre élèves et professeurs (indiscipline, injures, humiliations. . .).

Finalement ces deux termes vont être critiqués par leur manque de précision et l'absence de hiérarchie des délits : ils peuvent sous-estimer la gravité des faits par leur minimisation et leur banalisation, et à la fois la survaloriser en induisant un caractère délinquant excessif [11].

Depuis 2001, les chefs d'établissements déclarent ces faits de violence via un outil informatique : le logiciel SIGNA, qui a servi d'outil de référence dans l'évaluation de la proportion des incidents scolaires, s'est avéré peu fiable, ne permettant pas de prendre mesure de l'ampleur du phénomène. Il a été remplacé en 2006 par SIVIS, un système plus qualitatif et proposant des analyses trimestrielles plus fines. Si ce dernier logiciel est assez fiable pour le recensement des faits graves de violence, il minore cependant les faits de harcèlement qui ne sont pas souvent constatés ni dénoncés au sein des établissements. Les enquêtes de victimation en milieu scolaire semblent être plus pertinentes pour étudier la fréquence et la prévalence de cette violence puisqu'elles prennent en compte toute la dimension du vécu subjectif des victimes et non seulement les faits constatés par les responsables des établissements ; elles représentent un outil de compréhension [12].

Les États généraux de la sécurité à l'école (organisés par le ministère de l'Éducation nationale et réunissant des spécialistes, des enseignants et élèves, des associations et des représentants du gouvernement pour analyser les évolutions de la violence en milieu scolaire et proposer des mesures pour endiguer le phénomène) qui se sont tenus en Avril 2010 ont été l'occasion de mettre en avant les conséquences à long terme de la répétition de cette violence, sur la santé mentale, les acquisitions scolaires et les problèmes fréquents d'agressions ultérieures. Actuellement, les recherches se recentrent sur le thème du « harcèlement scolaire », titre donné aux assises tenues en mai 2011 sous la tutelle du ministère de l'Éducation nationale. Elles opèrent ainsi une évolution significative du traitement de la violence à l'école.

Une grande campagne de lutte contre le harcèlement scolaire a été lancée à la fin du mois de Janvier 2012 à la suite de ces Assises, visant un objectif clair : sensibiliser, interpellier, et mobiliser les élèves et l'ensemble de la communauté éducative. Depuis novembre 2013, la nouvelle campagne « Agir contre le harcèlement à l'école » propose des outils et des mesures de prévention et de prise en charge, notamment via la télévision et les réseaux sociaux.

2.3 ÉPIDÉMIOLOGIE

La violence en milieu scolaire est fréquemment relatée par les médias notamment à travers des événements « spectaculaires » tels que les agressions armées, les viols, le décès d'adolescents lié à la pratique de « jeux dangereux » (jeu du foulard par exemple). Le harcèlement scolaire, face cachée de cette violence [13] est lui-même apparu récemment aux yeux du public suite à des cas de suicides rapportés par les médias. Heureusement, ces situations dramatiques demeurent rares. Mais qu'en est-il de la proportion de jeunes, victimes par leurs pairs de cette violence insidieuse et difficilement repérable par les adultes ? L'évaluation de la prévalence repose essentiellement sur des enquêtes réalisées dans des pays à haut niveau de vie, particulièrement en Amérique du nord et en Europe du Nord. Les recherches montrent que le bullying concernerait entre 2 % et plus de 30 % d'élèves [14], la grande majorité des études le situant entre 6% et 15% [15]. Cette grande variabilité peut s'expliquer par l'hétérogénéité des échantillons, des méthodes d'évaluation différentes et surtout des différences dans la définition du bullying lui-même. Par ailleurs, les chiffres peuvent être sous-estimés : il peut s'avérer difficile pour un agresseur d'être sincère dans ses réponses à un auto-questionnaire même anonyme, il va avoir tendance à minimiser la gravité de ses actes. La victime quant à elle, par méfiance ou par crainte du non respect de la confidentialité peut préférer se taire. Les données de la littérature rendent ainsi bien compte de la difficulté à cerner le phénomène.

2.3.1 *A l'étranger*

Le concept de school bullying rencontre un grand succès dans les pays nordiques et anglo-saxons, aux Pays-Bas, aux Etats-Unis et au Canada, ainsi qu'en Asie (Corée du sud, Japon). De nombreuses études y sont consacrées depuis 30 ans. Ces enquêtes sont très généralement des enquêtes de victimation auto-reportée, pour lesquelles, le questionnaire d'Olweus sert d'outil de référence. La définition du bullying y est clairement expliquée à l'élève, lui permettant ainsi de se déterminer comme un agresseur, une victime ou un témoin. Selon les travaux de Solberg et Olweus, un élève peut être considéré comme étant impliqué dans une situation de bullying lorsqu'une des agressions abordées survient au moins deux fois par mois [16].

La première enquête la plus importante a été conduite par D. Olweus dans 700 établissements scolaires, sur l'ensemble du territoire Norvégien. 9% des élèves se déclarent victimes parmi un échantillon de plus de 150 000 élèves de 8 à 16 ans. Le pourcentage de victimes diminue progressivement entre les classes de primaire et du collège. Les garçons sont plus souvent victimisés que les filles [17].

Aux Etats-Unis, une étude a été menée auprès de 15 686 élèves de la sixième à la seconde (équivalent français) au cours du printemps 1998. 29,9% des élèves ont rapporté être impliqués dans une situation de harcèlement modéré ou fréquent : 10,6% comme victimes, 13% comme harceleurs et 6,3% en tant que victimes et harceleurs. Le harcèlement était plus fréquent en classes de sixième et cinquième [18].

En Corée, en 2000 une étude impliquant 1756 collégiens retrouvait 14% de victimes de harcèlement, 17% de harceleurs et 9% de victimes-harceleurs [19].

En 2001, D. Wolke a mené une enquête comparant la prévalence du bullying en classes de primaire, en Angleterre et en Allemagne : 24% des enfants anglais parmi un échantillon de 2377 se déclaraient victimes de harcèlement, et 8% des enfants allemands parmi un échantillon de 1538 élèves. Des différences en matière d'enseignement et de philosophie des écoles sont évoquées comme facteurs pouvant expliquer un tel écart entre les deux pays [20].

Depuis plus de 30 ans, la HBSC (Health behavior in school-aged children study) , étude internationale collaborative de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), livre des informations sur la santé, le bien-être, le milieu social et les comportements des filles et garçons de 11, 13 et 15 ans dans 42 pays d'Europe et d'Amérique du Nord. Le dernier rapport international publié en Mars 2016 sur l'étude réalisée en 2013/2014, fait état d'une prévalence globale du harcèlement par les pairs, dans les deux mois précédents le questionnaire, de 10% pour les filles et 12% pour les garçons. Elle est

équivalente à celle retrouvée dans l'étude de 2009/2010. Sauf quelques exceptions, la victimation décroît avec l'âge. La prévalence globale de harceleurs est de 6% pour les filles et 11% pour les garçons [14].

2.3.2 *En France*

La France est l'un des rares pays à s'être doté d'un système de signalement des faits graves de violence par les chefs d'établissements scolaires (logiciel SIGNA remplacé par le logiciel SIVIS en 2006). Mais comme nous l'avons vu, les statistiques administratives ne peuvent jamais rendre compte de l'expérience victimaire, car elles négligent les micro-violences. L'enquête administrative n'est donc pas la méthode adaptée pour l'évaluation du bullying. C'est pour pallier aux insuffisances du relevé administratif que les enquêtes de victimation se sont développées. Elles permettent d'appréhender les faits de violence du point de vue de la victime et de rendre compte de leur continuité. Les premières enquêtes de victimation par les pairs, peu médiatisées, ont été réalisées par E. Debarbieux et son équipe au milieu des années 1990.

C. Blaya réalise en 2001, une étude sur le climat scolaire et la victimisation auprès de 3136 élèves entre 11 et 18 ans. Elle retrouve une proportion de 76,1% d'élèves déclarant avoir été victimes d'insultes dans l'année scolaire et 25,6% rapportaient avoir été frappés [21].

En 2002, l'une des premières enquêtes ciblant le harcèlement scolaire est réalisée par G. Brandibas sur un échantillon de 196 élèves de sixième et cinquième de la banlieue toulousaine. 17,9% se considèrent victimes et 10% se reconnaissent comme agresseurs [22].

L'A.P.H.E.E (Association pour la prévention de phénomène de harcèlement) sous la direction de J.P. Bellon et B. Gardette a organisé une enquête auprès de 3000 collégiens, dont les premiers résultats sont communiqués à la presse en 2008. 9% d'entre eux se déclarent régulièrement victimes de harcèlement et 7% comme auteurs de ces faits de violence [5]

La plus grande étude nationale de victimation en France, dirigée par Debarbieux, voit le jour en 2011 et concerne 12326 élèves de primaire dans 157 écoles. Le questionnaire anonyme proposé aux élèves comprend soixante-deux questions concernant les champs du climat scolaire et de la relation entre élèves. Il aborde les différents types de violences (verbale, physique, vols, dommage contre les biens et violences à connotation sexuelle) et fait préciser la fréquence de survenue, les lieux et les auteurs. Ainsi, le nombre de victimes de harcèlement verbal peut être estimé à 14%, dont 8% de harcèlement sévère (fréquence importante), celui concernant le harcèlement physique, à 10% dont la moitié de harcèlement sévère. Enfin, le harcèlement regroupant à la fois la violence verbale et

la violence physique touche 11,7% des élèves dont 4,9% sont victimes d'un harcèlement sévère [23].

Au niveau du collège, la première enquête de victimation a été menée en 2011 par la DEPP (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance) auprès de 18000 collégiens [1], suivie d'une seconde édition en 2013 concernant 21600 élèves [24]. Le taux de victimes de harcèlement sévère passe de 6% à 7%, avec une augmentation de la violence psychologique (29% disent avoir subi au moins une fois des violences physiques contre 41% pour les violences verbales). Si l'on inclut le harcèlement modéré, cela concerne 10% des collégiens. Le harcèlement est plus fréquent pour les élèves de sixième et concerne toujours plus souvent les garçons; cependant, le taux augmente significativement chez les filles en 2013.

L'étude HBSC 2013/2014 évoquée plus haut retrouve pour la France une prévalence du harcèlement comparable à la moyenne de tous les pays, 10,6% pour les filles et 12,6% pour les garçons. Le taux d'agresseurs est un peu plus élevé que la moyenne chez les filles (7% vs 6%) et comparable pour les garçons) [25].

2.3.3 *Cyberharcèlement*

Au même titre que le bullying traditionnel, les chiffres concernant la prévalence du cyberbullying sont très variables d'une étude à l'autre, selon la définition retenue. Une revue de la littérature américaine publiée en 2015 retrouve des taux de victimes parmi des jeunes de 10 à 19 ans compris entre 3% et 72%. Les auteurs concluent ainsi à la nécessité d'une définition commune, cohérente et des moyens d'évaluation basés sur des preuves [26]. Ce qui fait consensus en revanche, dans la littérature, c'est son augmentation au cours des dix dernières années, suite à l'explosion d'internet et des réseaux sociaux [27].

La grande enquête « EU kids online » publiée en 2011 et menée dans 25 pays de l'Union Européenne révèle que 58% des jeunes Européens ont un profil sur un réseau social. Ce chiffre augmente avec l'âge, de 26% des 9-10 ans, à 82% pour les 15-16 ans [28].

En France, selon l'étude TNS-Sofres de 2011, près de la moitié (48%) des 8-17 ans est connectée à un réseau social. Rappelons que Facebook, réseau social le plus sollicité (environ 95%) est interdit au moins de 13 ans; pourtant 18 % d'entre eux y sont connectés! Les enfants vont sur internet de plus en plus jeunes (9 ans pour l'âge moyen en France) et l'entrée sur les réseaux sociaux est très précoce. Toujours selon cette étude, 25% des jeunes connectés à un réseau social ont été victimes d'insultes ou de mensonges/ru-meurs [9].

D'après Beran et Li, le cyberbullying toucherait 15 à 25 % des jeunes selon les pays. Dans leur enquête réalisée en 2005 auprès de 432 collégiens Canadiens, 21% déclarent en avoir été victimes à plusieurs reprises [29].

Aux Etats-Unis, une étude de 2012 incluant plus de 20000 élèves de 14 à 18 ans retrouve un total de 15,8% de cyber-victimes et 25,9% de victimes de harcèlement à l'école dans les douze mois précédents. Elle met en évidence des taux de corrélation importants entre cyberbullying et bullying traditionnel : plus de la moitié des cyber-victimes (59,7%) sont également victimes à l'école et 36,3% des victimes à l'école se déclarent cyber-victimes [30].

En France, Kubiszweski et son équipe se sont intéressés, en 2013, aux deux formes de bullying (scolaire et cyber) au sein d'un même échantillon. Sur 540 collégiens et lycéens, 16,4% sont impliqués en tant que cyber-victimes, 4,9% en tant que cyber-agresseurs et 5,6% en tant que cyber-agresseurs/victimes. 14% des élèves rapportent être victimes de harcèlement à l'école deux à trois fois par mois ou plus. Si les proportions sont comparables entre les deux formes de bullying, l'enquête révèle que les adolescents impliqués dans le cyberbullying ne sont pas les mêmes, d'une manière générale, que ceux engagés dans le bullying scolaire. Le cyberbullying ne semble donc pas être ici un prolongement du bullying scolaire comme on pourrait s'y attendre [31].

Pour C. Blaya en revanche, il existe un lien très fort entre les deux, les cyber-victimes étant aussi victimes de harcèlement à l'école et les agresseurs en ligne l'étant également en face à face [10]. Selon la revue de littérature de M. Arsène et J-P. Raynaud, il y a au moins consensus sur le fait que lorsque la fréquence des agressions augmente, la co-occurrence entre cyberharcèlement et harcèlement traditionnel augmente aussi [32]. Les SMS et les réseaux sociaux seraient les outils les plus utilisés pour véhiculer la cyber-violence [10]. Dans l'enquête nationale de victimation en milieu scolaire de 2013, 9% ont déclaré s'être fait insulter par SMS, et le même pourcentage par le biais des réseaux sociaux. Le happy-slapping concerne, quant à lui, 2,4% des élèves [33].

Blaya et Kubiszweski s'accordent sur le fait que les élèves ayant présenté le double statut de victimes et d'agresseurs, sont plus nombreux dans le cyberbullying. Cela laisse supposer que l'anonymat conféré par la barrière de l'écran permet à un certain nombre de victimes de se venger.

Arsène et Raynaud constatent dans leur revue de littérature que les taux d'implication dans le cyberbullying, du côté des victimes comme des agresseurs, restent toujours inférieurs à ceux concernant le bullying traditionnel, malgré une tendance à la hausse depuis une dizaine d'années pour la cyberviolence [32].

Les quelques résultats précédemment exposés rendent bien compte des contradictions qui se dégagent de la littérature concernant la prévalence, et le lien qui existe entre cyberharcèlement et harcèlement scolaire. Il peut être difficile pour les adultes de bien cerner la façon dont les jeunes utilisent les médias, parce que nous ne partageons pas toujours la même perception sur le sujet. Les représentations que nous nous faisons du cyberharcèlement peuvent ainsi différer. De plus, la manière d'aborder l'outil technologique par les jeunes évolue rapidement, ce qui participe à compliquer la recherche sur ce phénomène.

2.4 HARCÈLEMENT DANS LA LITTÉRATURE DE FICTION

Il nous a semblé intéressant de faire un petit tour du côté de la littérature pour découvrir et/ou parfois redécouvrir de quelle façon y est traité le harcèlement. Il ne s'agit pas de faire une revue littéraire complète mais de présenter quelques exemples de livres qui abordent ce phénomène.

TOM BROWN'S SCHOOLDAYS, 1856, THOMAS HUGUES [34]

Ce roman est en grande partie basé sur les expériences de l'auteur et se consacre à valoriser le rugby et ses valeurs éducatives. Il est aussi l'occasion de faire apparaître du chapitre V à IX, la première représentation littéraire du harceleur, selon B.Gardette et JP.Bellon [5], à travers le personnage d'Harry Flashman. Ce dernier est dépeint comme un personnage complexe : à la fois populaire, drôle, apprécié de ses maîtres, presque sympathique, il sait se faire apprécier et ses actes ne sont jamais très méchants. Mais également insensible à la souffrance d'autrui, il prend plaisir à persécuter ses camarades, notamment les plus faibles, à l'abri du regard des adultes et sait faire taire, d'un regard, les élèves témoins. « Flashman ne laissait jamais passer la moindre occasion de dire ou faire du mal, si ceci lui permettait d'une quelconque manière de blesser ses victimes, ou de les isoler du reste de la maison. [...] Il était expert en toutes les formes de torture, mais avant tout il avait l'art de dire des paroles blessantes et cruelles. Il parvenait souvent, de cette manière, à faire monter dans les yeux des garçons des larmes que toutes les raclées du monde ne leur auraient pas arrachées » (Traduction de Danielle Guillard). Tom, le personnage principal va donc faire l'expérience de ce harcèlement. Toutefois l'auteur est un moraliste et ne laissera pas le comportement sournois et les actions perverses de Flashman impunis ; il sera donc renvoyé du collège de Rugby.

LES DÉSARROIS DE L'ÉLÈVE TÖRLESS , 1906, ROBERT MUSIL [35]

Dans son roman, Robert Musil a bien décrit la dynamique de la relation triangulaire que l'on retrouve dans tous les cas de harcèlement scolaire. Le jeune Törless est le témoin des violences infligées par deux de ses compagnons Reiting et Beineberg à un autre camarade, Basini, dont ils savent qu'il est l'auteur d'un vol et qu'ils tiennent à leur merci. Nous avons donc ici deux bourreaux qui profitent de la faiblesse d'un de

leurs pairs pour le persécuter. La victime, qui, en acceptant les tourments qu'on lui inflige sans mot dire, dans l'espoir que ses agresseurs finissent par se lasser et la laisser tranquille, se rend complice de ses bourreaux. Et enfin, un public, indécis et complice, partagé entre dégoût et fascination, témoin passif et parfois même actif, prenant part à la persécution. Il est intéressant de noter que ce roman est considéré comme un roman initiatique, d'apprentissage : le harcèlement dont Törless est témoin, parfois acteur, lui permet de cheminer dans sa recherche de la norme du bien et du mal, dans cette période de l'adolescence pleine d'indétermination. La violence entre élèves décrite ici soulève moins de questions et de critiques, aux yeux du public, que le questionnement philosophique du garçon sur l'âme et les valeurs morales de la société.

SA MAJESTÉ DES MOUCHES, 1954, WILLIAM GOLDING [36]

Ce roman décrit les tentatives d'organisation de survie d'un groupe de jeunes garçons dont l'avion s'est écrasé sur une île déserte. Très vite la petite civilisation disparaît au profit d'une organisation tribale et violente qui ne laissera aucune chance aux plus faibles et aux plus raisonnables. Parmi eux, Porcinet est le souffre-douleur du groupe, celui dont on se moque toujours. Il est intelligent et doté d'un grand sens pratique. Mais il est également le symbole de la faiblesse et de la dépendance : il ne parvient jamais à se faire écouter à cause de son obésité, son asthme et sa myopie. Ce personnage rassemble plusieurs caractéristiques qui sont autant de facteurs à risque de harcèlement de nos jours : une intelligence plus vive, un physique jugé ingrat, une santé fragile.

Nous pouvons également citer, parmi d'autres œuvres :

- *La cicatrice*, 1960, Bruce Lowery ; qui raconte l'histoire de Jeff, un adolescent isolé, sans ami, sans cesse moqué par ses camarades à cause de son bec de lièvre, sa « cicatrice » ;
- *Mémoires d'un fou*, 1939, Gustave Flaubert ; un roman autobiographique dans lequel l'auteur raconte son enfance dans un collège où il se sent prisonnier et est victime des railleries de ses camarades.

Ces exemples de romans classiques montrent bien que le harcèlement entre pairs à l'école a toujours existé. Le phénomène a été traité par la littérature bien avant d'être examiné par les sciences humaines. Malheureusement, l'opinion publique tend à considérer le phénomène comme une sorte de rite de passage qui forge l'adolescent et non comme de réels faits de violence contre lesquels il faut lutter.

2.5 CONSÉQUENCES DU HARCÈLEMENT SCOLAIRE

L'exposition répétée à des actions malveillantes, physiques et/ou verbales peut rendre la vie quotidienne des victimes parfaitement insupportable, les plaçant dans un sentiment d'insécurité permanente. À terme, elle peut provoquer des troubles psychopathologiques relativement graves. Un enfant victime de violence à l'école n'est pas toujours

enclin à en parler ; la peur et la honte peuvent le contraindre à garder le silence, l'empêchant ainsi de percevoir les recours possibles et retardant la prise en charge. En revanche, des changements dans son comportement, dans ses attitudes doivent alerter les adultes qui l'entourent.

2.5.1 *Victimes*

AU NIVEAU SCOLAIRE On observe une baisse des résultats scolaires, des devoirs non faits. L'enfant ne parvient plus à se concentrer sur son travail scolaire, trop occupé à repenser aux agressions et à craindre les suivantes ; il ne possède plus la disponibilité psychique pour faire face aux apprentissages scolaires. Des retards sont également relevés par les professeurs, voire un absentéisme. Ils sont le fait de la mise en place de stratégies d'évitement par l'enfant. Une victime sur cinq a tendance à s'absenter pour ne pas affronter son ou ses agresseur(s) [15].

AU NIVEAU PHYSIQUE Le stress occasionné par le harcèlement affecte le métabolisme et les défenses immunitaires, et peut ainsi causer des troubles somatiques multiples tels que des douleurs abdominales, céphalées, vomissements, troubles du comportement alimentaire, ..., et jusqu'à l'arrêt de la croissance. On retrouve également des troubles du sommeil, à type d'insomnie, d'endormissement tardif et des cauchemars.

AU NIVEAU PSYCHOLOGIQUE Le premier risque encouru est l'isolement relationnel. Resté seul, l'enfant ou l'adolescent va développer des pensées de honte, de perte d'estime de soi et enfin de culpabilité. A moyen terme, il va développer des manifestations anxieuses accompagnées de conduites d'évitement des situations phobogènes (le trajet entre le domicile et l'école, la cour de récréation, les lieux de harcèlement). Des attaques de paniques sont parfois constatées à l'approche des lieux d'exposition à la violence [37]. On peut également retrouver un syndrome dépressif caractérisé par une humeur dépressive et de la tristesse, mais dont l'expression clinique peut-être très variable. Le harcèlement induit une érosion de l'estime de soi, une perte de confiance, de plaisir. Brandibas et al, dans leur étude de 2007 retrouvent que 14,1% des élèves harcelés interrogés se sentent « désespérés lorsqu'ils pensent à leur avenir » en raison de l'impact du harcèlement [38]. Ce désespoir peut être accompagné d'idées suicidaires lorsque les difficultés de l'enfant ne sont pas prises en compte, et conduire à un passage à l'acte suicidaire.

A LONG TERME Le harcèlement dans l'enfance laisse une trace psychique profonde susceptible de ressurgir plus tard, chez le jeune adulte. Il augmente le risque de développer une dépression à l'âge adulte [39] Les victimes éprouvent un fort sentiment d'incompétence. Les conduites addictives et les tentatives de suicide ne sont alors pas rares. La fragilisation de la personnalité de l'adolescent peut compromettre sérieuse-

ment son intégration sociale à l'âge adulte. Cette difficulté peut se compliquer chez certains d'une véritable phobie sociale.

2.5.2 Harceleurs

Les agresseurs à l'adolescence ne restent pas non plus indemnes de conséquences psycho-sociales à long terme. Le sentiment d'impunité les renforce dans leur narcissisme et les empêche d'avoir de l'empathie pour leurs victimes. La personnalité se construit alors sur un fonctionnement égocentrique affaiblissant les capacités relationnelles. Les études montrent qu'ils ont, par la suite, d'avantage tendance à présenter de troubles externalisés tels que des troubles de la conduite voire de la délinquance [31]. Dans l'étude d'Olweus en 1991, 60% des anciens harceleurs ont été condamnés au moins une fois pour un fait délinquant à l'âge de 24 ans (cité par Debardieux [15]). En 2011, D. Farrington et M. Ttofi montrent dans une méta-analyse regroupant plus de 400 hommes suivis de 8-10 ans à 48-50ans, que le fait d'être harceleur à 14 ans augmente significativement le nombre de condamnations pour violence entre 15 et 20 ans, après avoir éliminé les facteurs de risque à 8-10ans. Les conduites à risque telles que la consommation d'alcool et de substances illicites sont également plus fréquentes chez les anciens agresseurs [39].

Comme pour les victimes, garçons et filles souffrent d'avantage de troubles de la socialisation une fois adulte et semblent avoir plus de difficultés à entretenir des relations humaines positives. Bender et Losel montrent en 2011, qu'avoir été harceleur à l'adolescence est un facteur prédictif de développer des comportements antisociaux à l'âge adulte [40]. Selon Roberts en 2000, ils sont d'avantage susceptibles de maltraiter leurs compagnons et d'avoir recours aux punitions corporelles et à la violence à l'encontre de leurs enfants [41].

2.6 PROGRAMMES DE LUTTE ANTI-BULLYING

Tout enfant a le droit, un droit fondamental et démocratique de la personne, de se sentir en sécurité à l'école. Les pouvoirs publics et les autorités scolaires ont par conséquent un rôle important à jouer pour faire respecter ce droit. Si le harcèlement à l'école est un sujet de préoccupation pour les pays étrangers depuis presque 30 ans, la France, elle, joue les retardataires et ne commence à s'y intéresser que depuis quelques années.

2.6.1 A l'étranger

Les pays du Nord de l'Europe ont mis en place très tôt des programmes de prévention de la violence scolaire car leur politique est très centrée sur la prévention primaire. Les difficultés rencontrées par les élèves sont au centre des préoccupations et les conflits

sont réglés en partie au sein des établissements. En Norvège, la mesure de la gravité du phénomène a poussé D. Olweus à proposer, dès 1981, de voter une loi contre le bullying au sein des écoles. Il rappelle le droit fondamental de l'enfant à se sentir à l'abri de toute violence à l'école, et protégé de toutes les formes potentielles d'oppression et de harcèlement. Mais c'est en Suède qu'une telle loi est promulguée en 1994, modifiée en 1997, suivie par la Norvège. La responsabilité revient aux directeurs d'école d'atteindre les objectifs, notamment par l'élaboration d'un plan d'intervention explicite contre le harcèlement [37].

Le programme d'intervention le plus connu et considéré comme une référence est celui mis au point par D. Olweus, « Olweus bullying prevention program » (OBPP). Il est conçu pour les élèves de primaire et collège et a pour but de réduire les problèmes de harcèlement, de les prévenir et d'améliorer les relations entre les élèves. Il procède d'une approche systémique globale et insiste sur le fait que seule une implication collective peut aider à lutter contre le phénomène. Olweus propose ainsi des mesures distinctes concernant l'établissement scolaire, la classe et les élèves pris individuellement. Les outils vont de la sensibilisation des adultes de l'établissement et la rencontre des parents, aux règlements de classe, suivis de réunions régulières avec les élèves jusqu'à l'entretien individuel avec la victime et son agresseur. La première évaluation du programme, à Bergen de 1983 à 1985 a montré un net recul du phénomène. Sur un échantillon de 2500 élèves de 11 à 14 ans, provenant de 42 établissements scolaires, le nombre d'élèves impliqués dans une situation de bullying a baissé de 50% au moins. Ont été constatés également, une baisse de l'absentéisme scolaire, des comportements antisociaux tels que le vandalisme, les bagarres, ainsi que l'amélioration du « climat scolaire » [42]. Plus récemment, une étude menée en Pennsylvanie sur deux ans auprès de 56137 élèves et 2400 professeurs (la plus grande menée aux Etats-Unis) a confirmé l'efficacité du programme OBPP [43].

En Finlande, un nouveau programme de lutte anti-bullying, financé par le Ministère de l'Education et de la culture et nommé « KiVa » est mis en application depuis 2009. La prévention se joue à travers des initiatives faisant intervenir tous les élèves d'une même école ; elle vise à leur apprendre à se comporter de manière responsable, à s'abstenir d'encourager le harcèlement et à venir en aide aux victimes éventuelles. Les cas de harcèlements sont traités à l'aide de dialogues individuels ainsi que de discussions menées en groupe avec l'équipe KiVa et les élèves concernés. Le programme remporte un réel succès en Finlande, puisque 3 ans après son introduction, 82% des écoles et collèges du pays ont entrepris sa mise en œuvre. Une vaste étude menée par A. Karna incluant 117 écoles doublées par un groupe contrôle, a prouvé son efficacité sur le recul du bullying avec une réduction de 20% des cas de harcèlement et de victimisation. Elle retrouve également des effets positifs sur le bien-être des élèves à l'école, leur motivation et leur réussite scolaire [44]. Dans leur étude menée en 2012, A. Williford et son

équipe montrent une diminution des cas d'anxiété et de dépression dans les établissements adhérant au programme KiVa, celui-ci induisant une perception plus favorable de l'ambiance entre les élèves [45]. (Le programme a remporté en 2009 le prix européen de prévention de la criminalité)

La méthode Pikas, créée et développée en Suède par le psychologue A. Pikas dans les années 1970, est également utilisée avec succès en Finlande, Australie et Canada. Pikas considère que si un enfant devient harceleur, c'est qu'il n'a pas pu, ou n'a pas su faire autrement. Sa méthode s'attache à défaire la dynamique du groupe qui a provoqué le harcèlement et à rechercher avec chacun de ses membres une solution pour sortir du harcèlement. Il se montre opposé aux mesures punitives à l'égard des harceleurs qu'il considère contre-productives. Ce modèle d'intervention nommé « the Shared Concern method (SCm) » comprend des entretiens individuels avec les élèves concernés, une rencontre de médiation puis une période de suivi. Selon J-P. Bellon et B. Gardette, cette méthode est l'une des plus efficaces pour traiter les situations de harcèlement, mais elle est aussi complexe et difficile à mettre en place dans un établissement scolaire puisqu'elle fait porter une grande responsabilité aux médiateurs [5].

Aux Etats-Unis et en Australie, le programme de prévention « Steps to Respect », adressé aux élèves de primaire, est destiné à diminuer le harcèlement scolaire et à favoriser les relations amicales et de soutien entre les élèves. Il a également montré des résultats encourageants : l'étude de Brown parue en 2011 note une amélioration de la perception du climat scolaire par les élèves et les enseignants, une diminution des cas de harcèlement rapportés par l'équipe pédagogique et la motivation des élèves pour apporter leur aide à un camarade victime de bullying. Cependant, les résultats concernant les situations de victimisation et de harcèlement scolaire rapportées par les élèves eux-mêmes ne sont pas significatifs en comparaison avec le groupe contrôle [46].

En 2009, l'équipe de l'institut de criminologie de Cambridge a conduit une méta-analyse concernant l'efficacité de tous les programmes anti-bullying dans le monde. 44 programmes ont pu être retenus grâce à des évaluations scientifiques de qualité acceptable. Les auteurs concluent à des résultats encourageants avec une diminution du bullying de 20 à 23% dans les groupes ayant suivis un programme anti-bullying, en comparaison avec les groupes contrôles [47]. Néanmoins, l'efficacité des programmes de lutte anti-bullying dans les établissements scolaires ne fait pas consensus dans la littérature ; certains auteurs concluent à des résultats très modestes sur le recul du harcèlement scolaire suite à leur mise en place. [48] [49] [50]

La mobilisation autour du school-bullying intervient également en dehors des établissements scolaires, par l'intermédiaire des campagnes publiques d'information et des associations ; elles jouent un rôle important dans la prise de conscience du phénomène.

Aux Etats-Unis, une grande campagne publique d'information intitulée « Stop bullying now ! » et incluant une campagne de sensibilisation sur le web, a été lancée en 2004 et relayée par de nombreuses associations. Elle souligne la nécessité d'un engagement de la communauté toute entière et d'un changement des mentalités. Au Royaume-Uni, l'association Young Voice propose de nombreux services d'information et de pédagogie sur le bullying. Pink Shirt Day est une journée contre l'intimidation reconnue et célébrée par plus de 25 pays à travers le monde. Ceux qui y participent portent une chemise rose, bleue ou pourpre pour symboliser leur position contre le harcèlement. L'organisation des Nations Unies a pris position dans la campagne anti-bullying en 2012 et a déclaré la journée officielle le 4 mai.

2.6.2 *En France*

Nous avons vu que les pays du Nord de l'Europe se sont intéressés bien avant la France au problème du harcèlement à l'école ; ils sont donc bien plus avancés sur le terrain de la prévention. Le bien-être de l'élève est une priorité. En France, les préoccupations semblent d'avantage tournées vers le taux de réussite aux examens et l'acquisition des diplômes. Les enseignants sont soumis à des programmes qu'ils se doivent de traiter entièrement durant l'année et très peu de place est accordée à d'autres apprentissages (temps de réflexion de groupe, jeux de rôles. . .). Par ailleurs, certaines réticences persistent au sujet de la mise en lumière du harcèlement entre pairs, et sa représentation comme rite initiatique est encore assez présente. L'école n'aime pas être considérée comme un lieu de violence et le phénomène est encore souvent minimisé par les chefs d'établissement, par peur d'une mauvaise réputation.

Les pouvoirs publics s'intéressent à la question du harcèlement scolaire depuis 2010, date des Etats généraux de la sécurité à l'école. Le ministère de l'Éducation nationale lance en janvier 2012 sa première grande campagne de lutte contre le harcèlement à l'école, permettant ainsi de faire connaître le phénomène au grand public. Ce plan d'action globale propose différents outils d'information et supports pédagogiques, via un site internet « Agir contre le harcèlement » (www.agircontreleharcelementalecole.gouv.fr). La loi de refondation de l'école de la République votée en juillet 2013 donne une place primordiale à l'amélioration du climat scolaire et stipule que la lutte contre le harcèlement doit être une priorité pour chaque établissement scolaire. Un deuxième plan de lutte contre le harcèlement est annoncé en novembre 2013 par le ministère de l'Éducation nationale, et s'articule autour de quatre axes :

SENSIBILISER La création du site internet « Agir contre le harcèlement à l'école » et d'une page Facebook (www.facebook.com/agircontreleharcelementalecole) représente une source d'informations destinée aux professionnels et au grand public. Une journée nationale de mobilisation « Non au harcèlement » est instaurée par la ministre de

l'Éducation nationale Najat Vallaud-Belkacem, le 5 novembre 2015. Pour la première édition, un clip vidéo de sensibilisation destiné aux enfants de 7-11 ans, est diffusé sur les chaînes de France Télévision et Walt Disney. Elle a pour objectif de briser la loi du silence. La première édition du prix « Mobilisons-nous contre le harcèlement » a permis la réalisation de 823 vidéos et affiches par des collectifs d'élèves de toutes les académies, sur l'année 2013/2014. Ce prix est reconduit pour la troisième année consécutive. Le ministère de l'Éducation nationale s'est associé à deux personnalités, la chanteuse Chimène Badi et le champion d'Europe d'athlétisme Christophe Lemaitre pour la réalisation de clips vidéo de sensibilisation, à travers lesquels ils témoignent de leur expérience d'anciens élèves victimes de harcèlement.

PRÉVENIR De nombreux outils pédagogiques sont à la disposition des professionnels et des familles sur le site www.agircontrelharcelementalecole.gouv.fr. Les enfants et leurs parents peuvent y trouver des fiches conseils. Les enseignants disposent de supports différents, adaptés à l'âge des élèves pour animer des séquences en classe, afin d'engager la discussion sur le sujet. Il existe ainsi 10 dessins animés pour les élèves du CP au CM1, 3 vidéos intitulées « les claques », « les injures », « les rumeurs » pour les collégiens et de nombreuses vidéos réalisées par les élèves pour le prix « Mobilisons-nous pour le harcèlement ». Tous sont accompagnés de guides pédagogiques.

FORMER Afin de mieux identifier et mieux traiter les situations de harcèlement entre élèves, des référents « harcèlement » présents dans chaque académie sont chargés de coordonner les actions de formation des équipes et de sensibilisation. De plus, dans le cadre de leur formation continue obligatoire, les enseignants ont la possibilité de valider des modules dédiés au harcèlement scolaire. La formation s'adresse également aux élèves, afin de faire d'eux des acteurs de la prévention. Un dispositif de médiation par les pairs, « les ambassadeurs lycéens » est ainsi déployé dans les académies : les lycéens intéressés et volontaires sont formés pour intervenir dans leurs établissements mais aussi dans les écoles et collèges pour aider à libérer la parole des élèves.

PRENDRE EN CHARGE Dans chaque académie, un référent « harcèlement » peut aider et conseiller les établissements pour le traitement de cas de harcèlement, dans le respect des procédures établies. Le gouvernement a mis en place un nouveau numéro, le **3020**, à disposition de toute personne concernée par une situation de harcèlement scolaire. Ce numéro vert est joignable de 9h à 18h du lundi au vendredi. Il existe également des plateformes téléphoniques pour chaque académie avec des numéros dédiés. Un référent « harcèlement » fait ensuite le lien entre les parents et l'établissement et pilote la prise en charge de la situation. En cas de cyber-harcèlement, un numéro vert est également disponible, « Net-Écoute », géré par l'association E-Enfance : **0 800 200 000**. Enfin, le ministère met à disposition sur le site « Agir contre le harcèlement à l'école

», des fiches conseil et guides à l'intention des enfants victimes, de leurs parents, des témoins, et des personnels éducatifs, afin de les accompagner dans leurs démarches.

Pour faire diminuer réellement le harcèlement scolaire, le gouvernement fonde ainsi sa réflexion sur quatre facteurs déterminants :

- **la coéducation**, en évoquant le sujet avec les familles afin de les inclure dans la démarche de prévention ;
- **la stratégie d'équipe**, par la sensibilisation, la formation du personnel et une organisation pour chaque établissement, permettant aux élèves de savoir vers qui se tourner ;
- **la mobilisation des élèves** avec des temps de réflexion de groupe, la réalisation d'affiches, de vidéos et la mise en œuvre de la médiation par les pairs ;
- **la collaboration avec des partenaires en dehors de l'école** tels que les associations, les collectivités, les réseaux de santé, la justice, pour permettre aux victimes, à leur famille ainsi qu'aux auteurs de violence de bénéficier des soutiens adaptés.

Tout en aidant les victimes de harcèlement scolaire, cette approche systémique entre dans la démarche d'amélioration du climat scolaire : elle a pour objectif plus large d'améliorer le bien-être des élèves et des professeurs, la réussite scolaire, de faire diminuer l'absentéisme et le décrochage scolaire.

2.7 JUSTIFICATION DE NOTRE ÉTUDE

2.7.1 *Un enjeu de santé publique*

Comme nous venons de le voir, le harcèlement scolaire est fréquent, touchant près d'un enfant sur dix et commence très tôt, dès l'école maternelle. S'il n'est pas repéré suffisamment tôt, il peut avoir de graves répercussions sur le plan des apprentissages, en termes de santé psychique et d'intégration sociale, et laisser des traces à l'âge adulte.

Ces conséquences sur le long terme représentent un véritable coût économique. La recherche a d'ailleurs montré que les programmes de prévention et de lutte contre le harcèlement à l'école étaient plus efficaces et coûtaient moins chers en terme de dépenses de santé, d'assistance sociale et de maintien de l'ordre que les dispositifs ultérieurs de répression et de traitement [51]. Nous pouvons évoquer une étude canadienne de 2008 qui a évalué le coût du décrochage scolaire, que nous savons pouvoir être lié au bullying, à plus de 300 000 dollars par décrocheur et estimé un coût annuel global pour les dépenses de santé à 24 milliards de dollars. Dans leur étude publiée en 2012, Schneider et al retrouvent un taux de tentatives de suicide nécessitant un traitement médical, cinq fois plus élevé chez les victimes de cyberbullying et de bullying traditionnel en comparaison avec les enfants non impliqués [30]. Enfin, en Pennsylvanie aux Etats Unis, la Fondation Highmark (organisation privée dédiée à l'amélioration de la santé, du bien-

être et de la qualité de vie des individus et des communautés) a réalisé une étude dans le but d'évaluer le bénéfice économique obtenu par la mise en œuvre du programme de lutte anti-bullying d'Olweus dans les collèges et lycées, pour lequel elle a contribué au financement. Cette étude montre :

- le gain économique après 2 ans, en terme de soins de santé, et après exclusion des coûts de démarrage du programme, s'élève à plus de 13 millions de dollars pour les 49 comtés de Pennsylvanie;
- la diminution du taux de décrochage scolaire après 3 ans d'application du programme permet également un avantage économique de plus de 13 millions de dollars;
- enfin, le bénéfice attendu en terme de dépense sociétale (basée sur l'emploi, les dépenses judiciaires et de l'assistance publique) s'élève à plus de 1 million de dollars par personne au cours de sa vie [52].

Le harcèlement scolaire représente ainsi par sa fréquence, ses conséquences et son coût, un véritable problème de santé publique, qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

2.7.2 *Implication des médecins généralistes*

De plus en plus d'auteurs s'intéressent au phénomène du bullying, les médias se sont récemment emparés du sujet et les pouvoirs publics se mobilisent dans le but de sensibiliser et de renforcer la prise en charge. Nous nous sommes alors demandés dans un premier temps, dans quelle mesure le médecin généraliste pouvait être impliqué, lui aussi, pour faire face à ce problème, cause de souffrance de nombreux élèves? Et si d'abord, la notion même de harcèlement scolaire lui était familière? En évoquant le sujet avec les médecins généralistes qui nous entouraient, en stage ou à la faculté et également avec des proches, nous nous sommes aperçus qu'il représentait une notion plutôt vague; tous nous ont questionnés avec intérêt sur la définition exacte et sur les implications pour les enfants.

Marie-Claude Dewulf, pédopsychiatre française, a réalisé une enquête publiée en 2005 et portant sur le vécu des victimes de harcèlement scolaire. Pour cela, des auto-questionnaires à l'intention des professionnels de santé et des enfants ou adolescents victimes de harcèlement à l'école, ont été envoyés à tous les médecins généralistes et aux treize psychiatres libéraux ou salariés d'un département, ainsi qu'à quatre médecins de l'Éducation nationale. Il est intéressant de relever qu'aucun médecin généraliste n'a renvoyé de questionnaire, les neuf liasses complètes recueillies provenant de deux pédopsychiatres et d'un seul médecin de l'Éducation nationale. Bien que la validité de l'étude soit limitée par une durée de recueil très courte de trois mois, l'auteur émet une hypothèse que nous partageons, pour expliquer cette répartition inégale : « il est pro-

nable que seuls les médecins qui ont conscience de la fréquence du harcèlement pensent à le rechercher et le reconnaissent. » [53]

Nous avons eu un aperçu des résultats encourageants des programmes de lutte contre le harcèlement à l'école ; cependant l'impact de ces initiatives dans les établissements reste limité, hétérogène et demande de la patience. Il nous semble donc primordial que s'opère une plus large prise de conscience auprès des professionnels de soins primaires, et de développer le rôle du médecin généraliste dans le repérage précoce des enfants en souffrance et dans leur prise en charge. Actuellement, on retrouve peu de données dans la littérature établissant un lien entre le bullying et la consultation en médecine générale. Cependant, au vu des conséquences dont il est responsable, nous pouvons imaginer que les enfants harcelés consultent plus régulièrement que les enfants non impliqués.

Le problème majeur dans la prise en charge du harcèlement scolaire vient de la difficulté des victimes à extérioriser leur souffrance, notamment à l'adolescence. Dans l'étude de Unnever et Cornell en 2004, parmi près de 900 élèves ayant été harcelés, une victime sur quatre déclarait n'avoir parlé à personne de sa situation [54]. Nous pouvons penser que face à un enfant ou un adolescent qui se mure dans le silence, le médecin généraliste est bien placé pour identifier le harcèlement devant des symptômes inexplicables ou lors d'une consultation de routine, et ainsi apporter son soutien ; dans l'hypothèse où il a connaissance de ce type de violence et conscience de sa fréquence. Il n'existe malheureusement pas encore de proposition concrète ou de recommandation de bonnes pratiques en matière de prise en charge du bullying en soins primaires.

2.7.3 *Enjeu de notre étude*

En tenant compte de la fréquence du harcèlement, de ses conséquences, du silence des victimes et de l'absence de recommandations claires concernant la prise en charge, nous nous sommes finalement demandés comment nous pouvions, en tant que médecins généralistes, leur venir en aide au mieux. Pour cela, il nous a semblé intéressant de nous positionner du côté de l'adolescent et de découvrir son opinion sur la meilleure façon de l'aider.

L'enfant harcelé qui consulte son médecin pour n'importe quel motif, n'espère-t-il pas secrètement que ce dernier devine son mal être et lui apporte son soutien ? S'il ne parvient pas à se confier à son entourage, à ses professeurs, se pourrait-il qu'il éprouve moins de difficulté à le faire auprès de son médecin traitant ?

Si de nombreux témoignages de victimes ont déjà été recueillis dans la littérature et dans les médias, très peu d'études se sont intéressées à leur point de vue concernant l'implication de leur médecin traitant. Nous pouvons cependant citer le travail de Dale

et al de la faculté de médecine de Warwick sur le sujet : un questionnaire en ligne a été créé sur une page internet publique et relayé par plusieurs associations de lutte anti-bullying. Parmi les 96 adolescents de 16 ans et moins ayant répondu, 93% d'entre eux pensent que le médecin devrait être plus à même de reconnaître et d'aider les jeunes victimes de harcèlement. 55% pensent qu'ils seraient à l'aise pour répondre à des questions à propos du harcèlement scolaire lors d'une consultation pour un motif quelconque [55]. Bien sûr, ces résultats sont à interpréter avec beaucoup de précaution du fait des limites de taille et de sélection de la population . Mais ils vont dans le sens de notre réflexion, à savoir que l'adolescent victime de bullying a peut-être certaines attentes envers son médecin traitant dans la reconnaissance et la prise en charge de son problème. Et connaître ces attentes et les possibles réticences à lui parler nous permettrait non seulement de savoir mieux les dépister mais aussi de les accompagner de façon plus adéquate.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1 HYPOTHÈSE DE TRAVAIL

Les adolescents victimes de harcèlement à l'école sont difficiles à dépister en médecine générale car ils se murent souvent dans le silence et ont du mal à extérioriser leur souffrance. Cette violence répétée et aux lourdes conséquences psychosomatiques, psychologiques et scolaires détériorent leur bien-être et leur santé. Il est alors probable que ces adolescents consultent plus souvent les médecins généralistes, mais pour des motifs communs ne permettant pas de les identifier comme victimes de bullying, à moins d'avoir été sensibilisés à cette violence. La plainte somatique serait alors un moyen pour eux de trouver un espace de protection auprès d'un professionnel de santé quand ils ne trouvent pas le moyen de se confier ; peut-être dans l'espoir d'être démasqués et d'être aidés. Le médecin généraliste aurait un rôle primordial dans l'identification et la prise en charge de cette violence.

3.2 OBJECTIFS

3.2.1 *Premier*

L'objectif de notre travail est de mettre en évidence, à travers le vécu de ces adolescents victimes de harcèlement à l'école, leurs attentes éventuelles vis à vis du médecin généraliste, en matière de reconnaissance et de prise charge. En donnant la parole à ces adolescents, nous serons d'avantage sensibilisés à ce type de violence et ainsi plus à même de les dépister et les accompagner.

3.2.2 *Second*

L'objectif secondaire est de chercher à comprendre pourquoi les adolescents ont tant de mal à se confier sur leur situation, en identifiant les freins à l'expression de leur souffrance et notamment auprès du médecin traitant. Les adolescents cherchent-ils, consciemment ou non, par leur consultation, une opportunité pour en parler ? Ou bien souhaitent-ils réellement taire les violences dont ils sont victimes ?

3.3 MÉTHODE

3.3.1 *Étude qualitative*

La recherche qualitative est largement employée dans le domaine des sciences sociales depuis longtemps. En revanche, son utilisation dans le milieu médical est assez récente et l'on voit apparaître depuis une dizaine d'années, un nombre croissant d'articles de recherche qualitative publiés dans des revues médicales renommées [56].

Elle est souvent définie en opposition à la méthode quantitative, alors qu'elle n'explore pas les mêmes champs de la connaissance. Les deux méthodes sont en réalité complémentaires [57]. La complexité de l'exercice médical quotidien soulève des questions auxquelles les outils quantitatifs ne permettent pas toujours de répondre. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais plutôt à recueillir des données verbales pour ensuite les interpréter. Elle postule que l'objet de recherche ne peut être appréhendé qu'en y intégrant son contexte socioculturel. Il s'agit d'explorer en profondeur les comportements, les motivations, les émotions et les sentiments des individus sans que le chercheur ait nécessairement l'intention de généraliser ou de prédire [58]. La méthode de la théorie ancrée est une méthode inductive qui part de l'observation et de l'écoute de la réalité vécue par des individus afin de construire la théorie au fur et à mesure des données recueillies. Ces dernières sont en interaction constantes avec l'hypothèse de travail énoncée qui peut ainsi être modifiée, comme le guide d'entretien au cours de l'étude.

Parce qu'elle s'appuie sur le vécu et la parole des individus, qu'elle examine des questions complexes multidimensionnelles, qu'elle cherche à donner du sens dans le but de dégager des solutions pratiques à un problème donné, la méthode qualitative s'avère tout particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale. Elle nous est ainsi apparue comme la méthode la plus appropriée pour décrire et comprendre le ressenti, et les attentes des adolescents victimes de harcèlement à l'école. Elle permet de faire ressortir de leur récit, des conduites à tenir pour améliorer le dépistage et la prise en charge des problématiques du harcèlement scolaire.

3.3.2 *Type de recueil : entretien individuel semi-dirigé*

Parmi les principales techniques de recueil de données en méthode qualitative, l'entretien individuel s'est présenté à nous comme une évidence, tant le sujet abordé est délicat, intime et douloureux.

Les chercheurs ont défini trois grands types d'entretien [59].

- **L'entretien structuré** cherche à faire répondre l'interviewé de façon précise à un questionnaire fixe, prédéfini. Peu de place est laissée à la spontanéité et au discours.
- **L'entretien semi-structuré** (ou semi-dirigé) a une structure souple constituée de questions ouvertes pour permettre à la personne interrogée une certaine liberté, mais ces questions abordent néanmoins des thèmes précis afin de répondre à la question posée.
- **L'entretien « en profondeur »** n'explore qu'un ou deux thèmes, mais plus en détail. Il consiste à laisser l'interviewé s'exprimer comme il l'entend après avoir énoncé le thème de la recherche ; les questions suivantes sont élaborées en fonction des réponses de l'interviewé pour les approfondir.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés pour donner la parole à ces adolescents en souffrance, pour les laisser libres de se raconter et d'approfondir certains passages plus marquants de leur histoire. En même temps, ils permettent d'aborder plusieurs thèmes différents, prédéfinis comme par exemple leurs réactions, celles des adultes, les conséquences de la violence, les recours pour en sortir, les difficultés à parler, la place du médecin traitant...

3.3.3 Population étudiée

Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- les adolescents de 11 à 19 ans ayant été ou étant victimes de harcèlement par leurs pairs et/ou de cyberharcèlement au collège ;
- volontaires pour raconter leur histoire ;
- avec accord signé de leur(s) parent(s).

Les seuls critères d'exclusion retenus étant l'incapacité à verbaliser, la non-maîtrise de la langue française et le refus parental de la participation de leur enfant à l'entretien.

Peu de critères d'inclusion et d'exclusion sont nécessaires en recherche qualitative. En effet, l'échantillon de la population cible ne vise pas la représentativité statistique mais plutôt la diversité du vécu, des expériences et des profils [60]. Afin de pondérer la sélection des participants par certains critères reflétant cette diversité, nous avons cherché à recueillir le témoignage d'adolescents vivant dans des milieux différents, urbains ou plus ruraux et recrutés par des intermédiaires divers. En revanche, l'âge et le sexe n'ont pas été des critères de sélection du fait de la difficulté de recrutement.

Choix de la population

Nous avons choisi de nous intéresser au harcèlement au collège. Les données de la littérature nous indiquaient que le harcèlement est un peu plus fréquent à l'école primaire et il y est plutôt physique et donc plus facilement identifiable par les adultes. A l'adolescence, la forme indirecte de harcèlement par les insultes et les humiliations prédomine ; il est donc plus difficile à identifier. C'est au collège que le phénomène de bouc émissaire survient le plus souvent. L'adolescence est la période de la découverte de soi, de la recherche de sa propre identité à travers le groupe des pairs. Si l'enfant considère l'adulte comme son premier référent, l'adolescent, lui va chercher à s'éloigner de l'influence de ses parents pour mieux se fondre dans le groupe, expérimenter des attitudes et s'appropriier les différents traits de personnalité de ses pairs. Une mise à l'écart du groupe par la stigmatisation d'une différence va alors renforcer la fragilité de l'adolescent et peut laisser une faille narcissique importante. Et parce qu'il fait l'expérience de l'autonomisation, l'adolescent aura d'autant plus tendance à minimiser la situation et à garder le silence, du fait de son besoin de trouver seul des solutions à ses problèmes [7].

Il nous a semblé intéressant de rencontrer ces adolescents, et non des adultes anciennes victimes, afin d'être au plus près de leur ressenti, de leur vision de la situation au moment où elle est vécue ; et surtout afin de recueillir un témoignage plus spontané et sincère concernant leurs attentes envers leur médecin traitant. Pour l'adolescent, la rencontre avec le médecin de famille est un moment où l'enfant qu'il était, découvre l'opportunité de parler de soi, dans une expression personnelle, confiée à un adulte hors du champ familial [61]. C'est par la recherche de son autonomie qu'il devient en mesure d'avoir des attentes dans la relation avec son médecin.

Taille de l'échantillon

Douze entretiens ont été réalisés.

Au sujet de la taille de l'échantillon en recherche qualitative, des chercheurs en sociologie expliquent que « l'échantillon nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est, de manière générale, de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire, dans la mesure où les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. » [62]. Le nombre de sujets à inclure n'est pas déterminé à l'avance mais lors de la phase d'analyse des données, lorsque l'on atteint une saturation des résultats, c'est-à-dire que la lecture des résultats n'apporte plus d'élément nouveau. Nous avons atteint cette saturation des données au onzième en-

retien ; un douzième entretien a été réalisé pour vérifier l'absence d'émergence d'idées nouvelles.

3.3.4 *Guide d'entretien*

Le guide d'entretien sert de support, de fil conducteur lors de l'entretien, avec des thèmes prédéfinis que nous souhaitons aborder et à l'aide de questions ouvertes [Annexe A]. Il a été élaboré à l'aide des données de la littérature et à partir de notre propre questionnement. Il a pu être testé auprès de trois adolescents lors d'une enquête de faisabilité, à savoir, le mémoire de stage praticien de niveau 1 de médecine générale. A la suite du premier entretien et devant l'hésitation ou la difficulté à répondre sur le thème de la place du médecin traitant, certaines questions ont été reformulées.

Après le recueil des données sociodémographiques, l'entretien débutait par l'invitation pour l'adolescent à nous raconter son histoire, libre d'en dérouler le fil comme il le sentait. Le chercheur n'intervenait ensuite que pour l'aider dans son récit, et l'amener, si besoin autour des thèmes choisis lors de l'élaboration du canevas d'entretien. Etaient ainsi abordés :

- la description des violences ;
- le contexte personnel au moment du harcèlement ;
- les réactions et les conséquences des violences pour l'adolescent ;
- la reconnaissance du harcèlement par les adultes et leur intervention ;
- les freins pour l'adolescent à l'expression des violences ;
- la place du médecin de famille dans la prise en charge du harcèlement ;
- les attentes éventuelles des adolescents concernant le médecin traitant et les obstacles à lui en parler.

A tout moment de l'entretien, l'adolescent avait la possibilité de rebondir sur un autre sujet selon le fil de sa réflexion. L'ordre des questions et leur formulation variaient selon le déroulement de l'entretien.

3.3.5 *Recueil des données*

Avant d'aller à la rencontre des adolescents victimes de harcèlement, et suite à quelques remarques sceptiques de la part de médecins, concernant les entretiens avec des mineurs victimes de violence, nous avons décidé de solliciter l'avis de spécialistes. Le Dr Harlé, pédopsychiatre au Centre hospitalier Le Vinatier, a accepté de nous recevoir pour en discuter. Il nous a encouragés dans notre projet, nous rassurant sur l'absence d'effets néfastes du témoignage pour des adolescents volontaires.

A la rencontre des adolescents victimes de harcèlement à l'école

La recherche d'adolescents volontaires pour participer à notre étude a été initiée à l'aide d'un mail envoyé à divers professionnels de la santé. Nous expliquions alors notre démarche et sollicitons leur aide en leur demandant s'ils connaissaient ou avaient en charge des adolescents concernés, et s'ils acceptaient à leur tour de leur parler de notre travail, et de leur proposer d'y participer, avec l'accord des parents.

Les médecins généralistes et maîtres de stage ambulatoire à la faculté de Lyon ont ainsi permis de recruter quatre adolescents ; l'un d'entre eux était un membre de la famille du médecin et les trois autres, des patients. Les médecins exerçaient dans le département du Rhône dans les communes de Saint-Symphorien-sur-Coise, Millery et Lyon. Deux autres médecins généralistes ont permis la rencontre avec deux adolescents de leur patientèle ; Il s'agissait de médecins exerçant dans les communes d'Anse et Villefranche-sur-Saône (Rhône) chez qui l'investigateur effectuait des remplacements. A noter que ce dernier ne connaissait pas les interviewés.

Suite à ce même mail, une rencontre a été organisée avec le pédopsychiatre responsable de la Maison des adolescents (MDA) à Lyon, le Dr Nassikas afin d'exposer plus en détail les modalités de notre projet. La MDA est un lieu d'accueil et de soins des adolescents et/ou de leurs parents proposant des consultations individuelles, spécialisées, et des activités groupales. La rencontre a permis, quelque temps après, le recrutement d'un adolescent. Des pédopsychiatres exerçant au CHU de Lyon ont été contactés par mail. Il nous a été proposé de réaliser un flyer d'appel à témoignage que les médecins, internes, et psychologues des services de pédopsychiatrie de l'Hôpital Femme Mère Enfant de Lyon, pourraient transmettre à leurs patients [Annexe D]. Aucun recrutement n'en a résulté. Des pédopsychiatres exerçant en cabinet à Lyon ont été contactés par téléphone, sans qu'ils ne donnent suite au message laissé. Un pédopsychiatre exerçant dans un Centre médico-psychologique (CMP) enfants et adolescents de Lyon et contacté sur les conseils d'une connaissance nous a permis de rencontrer une adolescente. L'une de ces collègues psychologues a eu l'occasion de proposer la participation à notre étude à un adolescent, mais les parents étaient réticents. D'autres CMP à Villefranche-sur-Saône et Lyon ont été approchés, sans réponse.

Solliciter les médecins scolaires nous paraissait incontournable. Nous nous sommes ainsi rendus au rectorat de Lyon à la rencontre du Dr Imler-Weber, médecin du service médico-social de l'Éducation nationale du Rhône. Cinq médecins scolaires ont été contactés à la suite de cet entretien, sans résultat. Une mère contactée par l'un deux acceptait d'en parler à ses deux adolescents victimes de harcèlement, mais n'a finalement pas donné de nouvelle.

L'un des médecins nous a cependant transmis les coordonnées de quatre infirmières scolaires susceptibles de nous apporter leur aide. Deux d'entre elles ont pu être contactées par téléphone mais n'ont pas donné suite. Il nous semble intéressant d'évoquer la réponse apportée par un collègue de Lyon à notre sollicitation : nous cherchions en réalité à joindre l'infirmière scolaire de ce collège, de la part du médecin responsable. Le collègue nous a rappelés quelques minutes plus tard prétendant avoir transmis le message à l'infirmière et affirmant qu'il n'y avait pas de problème de harcèlement au sein de leur collège et sûrement « pas de quoi faire une thèse », mécontents que nous ayons pensé à eux.

Toujours au rectorat de Lyon, nous avons rencontré Mme Dauce, conseillère technique départementale du service social en faveur des élèves de l'Éducation nationale du Rhône. Elle a pour mission de prendre en charge les familles concernées par le harcèlement scolaire, à la suite d'un appel au numéro vert harcèlement, d'un courrier ou par l'intermédiaire des professionnels au sein des collèges. Des entretiens avec les parents et l'adolescent victime sont proposés et la prise en charge est adaptée au cas par cas. Pour exemple, 117 dossiers ont été traités pour l'année scolaire 2014/2015. Sa mission concerne également la formation des professionnels éducatifs de chaque établissement sur le thème du harcèlement scolaire. Une adolescente a pu être recrutée par son intermédiaire.

Nous sommes allées à la rencontre de deux psychologues du Point accueil écoute jeunes de Lyon centre (PAEJ), rattaché à l'Association centre Jean Bergeret. Il s'agit d'un lieu d'accueil et de soutien psychologique pour les 12-25 ans et leur entourage proposant des entretiens individuels ou familiaux avec des psychologues. Nous avons échangé autour de notre projet et de la question du harcèlement, mais peu de cas d'adolescents concernés y étaient pris en charge et aucune suite n'a été donnée. Nous avons également exposé notre projet à un psychologue d'un autre PAEJ, Le Lieu Écoute ressource adolescence de Vaulx-en-Velin, administré par l'association Écouter et prévenir. Le flyer d'appel à témoignage a été envoyé par mail afin d'être remis par les psychologues aux adolescents concernés ; sans aucun résultat. Trois psychologues exerçant en libéral dans la région Lyonnaise ont été jointes par téléphone, sans nouvelle par la suite.

Nous avons pris contact par mail avec l'association Lyon aide aux victimes (LAVI). Il nous a été répondu que la mise en relation entre les victimes reçues et des personnes extérieures était impossible pour des raisons de confidentialité. Et que l'association ne recevait que très peu d'élèves victimes de tels agissements. Les associations Info-droits-victimes et Adavem69 n'ont pas donné suite à notre mail.

Ayant parlé de l'étude à notre entourage, nous avons pu rencontrer par ce biais deux adolescents que nous ne connaissions pas.

Nous avons également recruté une adolescente à l'occasion d'une consultation en tant que médecin généraliste remplaçant à Anse. Le motif de consultation n'avait alors aucun rapport avec le sujet de l'étude, mais après l'avoir questionnée sur son bien-être à l'école, elle nous a confié, en présence de sa maman qu'elle avait été victime de harcèlement et qu'elle en était sortie.

Quel que soit l'intermédiaire, notre travail de recherche était d'abord exposé à l'adolescent, et celui-ci acceptait ou non que ses coordonnées ou celles de ses parents nous soient transmises afin d'organiser la rencontre.

Réalisation des entretiens

INVESTIGATEUR Selon les critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) de validité d'une étude qualitative, nous sommes tenus de préciser les caractéristiques personnelles de l'investigateur. Ces informations participent en effet à améliorer la crédibilité des résultats en permettant aux lecteurs d'évaluer la façon dont ces facteurs pourraient avoir influencé les observations et interprétations du chercheur. Il s'agissait d'une femme âgée de 28 ans nommée Laura Horcholle, sans enfant, étudiante de la faculté Lyon-Est, interne en 3^{ème} année de médecine générale puis médecin remplaçant lors des entretiens et auteur de ce travail. L'investigateur a été préalablement formé à la méthode qualitative par le biais d'une journée d'enseignement réalisée par le département de Médecine Générale, et la recherche bibliographique sur la méthodologie qualitative. Il a réalisé pendant son internat de Médecine générale un semestre en Pédiatrie où il a eu l'occasion de participer à la prise en charge d'adolescents en souffrance psychologique.

LE DÉROULEMENT DES ENTRETIENS Les entretiens se sont déroulés entre juillet 2014 et février 2016. Après la présentation de notre projet, les professionnels de la santé sollicités nous ont recontactés pour nous communiquer les coordonnées téléphoniques des adolescents qui acceptaient de nous rencontrer, et/ou de leurs parents. Un premier contact téléphonique a permis de nous présenter auprès de l'adolescent, de l'un de ses parents ou bien des deux. Le déroulement et les modalités d'entretien ont été expliqués. Puis nous avons fixé la date, l'heure et le lieu de rendez-vous. Seule l'adolescente recrutée lors de notre propre consultation de médecine générale a reçu les informations directement et le rendez-vous a été fixé immédiatement puis reconfirmé par téléphone pour lui laisser un délai de réflexion. Le choix du lieu de rencontre a été laissé à l'adolescent, en concertation avec ses parents, afin qu'il se sente en confiance et le plus à l'aise possible. Six entretiens ont été réalisés au domicile de l'adolescent, cinq au cabinet médical dans lequel nous travaillions soit en tant qu'interne, soit en tant que remplaçante, et un à la MDA.

Les entretiens se sont déroulés en tête à tête, au calme. Un premier temps était consacré à la présentation de l'investigateur et à l'explication de l'étude. L'interviewé était invité à poser les questions qu'il souhaitait. Le consentement de l'adolescent a été recueilli verbalement pour l'enregistrement audio des entretiens, leur retranscription, et l'analyse ultérieure des informations. Le consentement signé de l'un des parents pour la participation de son enfant à l'étude a été requis. Le caractère confidentiel et anonyme des données recueillies a été rappelé et garanti en début d'entretien. Nous avons demandé à chaque adolescent de choisir un prénom ou pseudonyme afin de préserver cet anonymat.

Les entretiens ont été enregistrés sur un support audio à l'aide d'un smartphone puis transféré le jour même sur notre ordinateur personnel. Les enregistrements ont été détruits à la fin de l'étude. Nous avons décidé de ne pas prendre de notes ou très peu durant l'entretien afin de ne pas perturber le récit ni perdre le contact visuel.

3.3.6 *Analyse des données*

Chaque entretien a été retranscrit manuellement par l'investigateur sur un fichier Word, dans son intégralité et en respectant le discours parlé. Les expressions type « rires » ou les silences ont été intégrés, entre parenthèses, lors de la retranscription; ils permettent au lecteur de comprendre au mieux les émotions de l'interviewé suscitées par son récit, et d'être au plus près de son ressenti.

Le codage des données a consisté en la combinaison de l'analyse par cas et de l'analyse transversale des entretiens. Dans un premier temps, **l'analyse verticale** « par cas » a reposé sur une lecture entretien par entretien qui permettait à l'enquêteur de relever les verbatim (unité d'analyse) des interviewés et de les classer par thèmes. Elle favorise la parole de chacun de ces adolescents avec leur singularité et leur unicité. Puis, **l'analyse horizontale** a permis de mettre en évidence des thèmes communs et ainsi de dégager des messages clairs et récurrents pouvant être utiles dans notre pratique médicale. Aucun logiciel spécifique de codage n'a été utilisé. Aucune nouvelle thématique principale n'a émergé lors des deux derniers entretiens, concernant la problématique de notre étude. L'étude a donc été menée jusqu'à saturation des thèmes principaux, marquant la fin du recueil.

Un deuxième chercheur, la directrice de thèse, a effectué de manière indépendante sa propre analyse thématique des données. La confrontation des deux analyses, appelée **triangulation**, a permis d'améliorer la crédibilité des résultats.

3.3.7 Aspect médico-légal

L'étude étant uniquement observationnelle, non interventionnelle et ne modifiant pas la prise en charge des patients, il n'a pas été nécessaire de demander un accord auprès du CPP (Comité de protection des personnes) selon le Code de santé publique (CSP) : art L1121-1 et suivants du CSP [63]. En revanche, face à ce sujet délicat impliquant la violence sur mineurs, nous nous sommes posé la question de demander une autorisation auprès du Comité d'éthique. Une audience devant le Comité d'éthique des Hospices civils de Lyon a été accordée par le Professeur Guerin le 19 janvier 2016 [Annexe C]. A l'issue d'une présentation Powerpoint et d'un échange avec ses membres, nous avons obtenu un avis favorable du comité pour la réalisation de l'étude.

Selon le CSP, toute personne amenée à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude est tenue au secret professionnel. Le formulaire de consentement éclairé a été réalisé selon les critères de la Mc Master University et signé par au moins l'un des parents de chaque adolescent mineur interviewé [Annexe B]. Le consentement pouvait être retiré à tout moment, sans motif. Aucune donnée brute ou nominative informatisée ne sera gardée à l'issue de notre travail. Seul le format papier anonymisé sera conservé au bureau des thèses et référencé.

3.4 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Les principaux moteurs de recherche utilisés pour notre recherche bibliographique ont été les suivants : PubMed, Cismef, CAIRN, BDSP, SUDOC, Google, Google scholar. La recherche a été complétée par la lecture d'ouvrages spécialisés et le visionnage de reportages.

Les mots clés suivants étaient utilisés sous forme d'équation booléenne.

- Anglais : bullying, school bullying, cyberbullying, adolescent, primary care, general practice, general practitioner ;
- Français : Harcèlement scolaire, cyberharcèlement, adolescent, soins primaires, médecin généraliste.

RÉSULTATS

4.1 POPULATION

Au total, 12 adolescents ont été interviewés, âgés de 12 à 19 ans. L'âge moyen était de 14,3 ans. L'échantillon s'est composé de 5 filles et de 7 garçons. 9 d'entre eux étaient des collégiens, 2 des lycéens et un seul adolescent, le plus âgé, n'était plus scolarisé mais en recherche d'emploi. Seuls 2 adolescents étaient enfants uniques, les autres étant issus de fratrie de 2 à 6 enfants. Les entretiens ont duré en moyenne 39 minutes et 20 secondes. Le plus court a duré 29 minutes et 6 secondes et le plus long, 58 minutes et 38 secondes.

4.1.1 *P'tit Biscuit*

P'tit Biscuit est le premier des adolescents rencontrés, il a fait sa rentrée en 3e avec un an d'avance. C'est par l'intermédiaire d'un maître de stage ayant répondu à notre mail que nous avons pu prendre contact avec sa mère avant de les rencontrer tous les deux au cabinet de l'un de nos maîtres de stage. Du haut de ses 13 ans, il semble plutôt à l'aise lors de l'entretien ; à signaler qu'il a déjà été interrogé au sujet de son harcèlement par une étudiante en psychologie. Par ailleurs, il fait parti avec sa mère d'une association pour enfants précoces, grâce à laquelle il a eu l'occasion de se confier et s'exprimer à ce sujet.

4.1.2 *Yohan*

Yohan est un lycéen de 17 ans que nous avons contacté directement par téléphone après que sa tante, un maître de stage, nous ait transmis ses coordonnées par mail en réponse à notre sollicitation. Nous le rencontrons ainsi que ses parents à son domicile, il nous propose ensuite de réaliser l'entretien dans sa chambre. Le ton pendant l'entretien est cette fois plus grave, Yohan nous regarde peu et laisse peu de place à l'émotion. Il semble que le fil de l'histoire dont il souhaite nous parler soit déjà tout tracé dans sa tête et il nous la raconte de manière très chronologique ; il nous proposera en effet à la fin de l'entretien, de nous envoyer par mail cette histoire qu'il a déjà retranscrite par écrit. Nous intervenons peu et surtout nous le laissons nous raconter les problèmes de santé auxquels il a du faire face, bien que l'on s'éloigne du thème du harcèlement. Nous

partageons quelques souvenirs du service de Pédiatrie grands enfants de Villefranche-sur-Saône où il a été hospitalisé et où nous sommes passés un peu plus tard en tant qu'interne. Il nous remercie à la fin de l'entretien.

4.1.3 *Katerina*

Katerina est une jeune fille de 14 ans qui a consulté l'associée de l'un de nos maîtres de stage, au cours de l'été 2014 et s'est confiée à cette occasion sur ses problèmes de harcèlement scolaire. Nous avons pris contact avec elle le jour même par téléphone alors qu'elle avait donné son accord lors de la consultation, et nous avons fixé un rendez-vous une semaine plus tard au cabinet. Nous avons également pu nous entretenir par téléphone avec sa mère qui souhaitait avoir de plus amples informations sur notre projet. Katerina se montre très détendue, souriante et déterminée. Elle nous remercie en fin d'entretien.

4.1.4 *Nicolas*

Nicolas est un adolescent de 13 ans que nous avons rencontré en décembre 2014 par l'intermédiaire d'un maître de stage de médecine générale. Ce dernier, membre du jury pour notre soutenance de mémoire sur le thème du harcèlement, nous a invités à cette occasion à le recontacter, ayant en tête un adolescent concerné dans sa patientèle. Après un échange téléphonique avec sa maman, le rendez-vous est fixé à leur domicile. Nicolas nous reçoit dans le salon et nous nous installons sur le canapé pour débiter l'entretien. Il semble à l'aise et nous raconte consciencieusement son histoire, s'attachant à employer un langage correct. Une fois l'entretien terminé, un autre temps de discussion a lieu, à trois cette fois avec la maman qui semble ravie de pouvoir également nous confier son ressenti.

4.1.5 *Bob*

Bob est un lycéen de 17 ans, en classe de terminal. Nous l'avons contacté par téléphone en décembre 2014, après un premier lien établi par l'intermédiaire du Dr. Nasikas, pédopsychiatre à la Maison des Adolescents, lors d'une consultation de suivi. Nous nous retrouvons un après-midi à la MDA du Rhône où une petite salle nous était spécialement réservée. Il nous explique en début d'entretien qu'il n'a pas de crainte particulière concernant notre rencontre puisqu'il a déjà eu l'occasion de parler du harcèlement au cours de son suivi à la MDA et également lors d'un interview par une infirmière. Il nous précise qu'il n'est pas suivi spécifiquement pour le harcèlement dont il a été victime mais qu'il a présenté d'autres problèmes. Il se montre détendu et ne trahit pas ses émotions, malgré un discours assez sombre. Il nous parle de sa détermination à intégrer une école d'art et nous montre ses dessins à la fin de notre entrevue.

4.1.6 *Constance*

Constance est une adolescente de 12 ans, en classe de 5e que nous avons rencontrée au cours d'une consultation de médecine générale à Anse. Son médecin traitant ne pouvant la recevoir, elle est venue nous consulter en présence de sa maman pour un motif quelconque. Nous en avons profité pour nous intéresser à son bien-être à l'école et aux relations qu'elle entretient avec ses pairs, évoquant clairement le problème du harcèlement. Après une petite grimace de la mère et de la fille en guise de réponse, elles nous expliquent que l'année précédente a été compliquée du fait d'un harcèlement, mais que la situation s'est améliorée depuis. Nous proposons à Constance de la rencontrer en vue d'une interview dans le cadre de notre thèse et l'invitons à prendre le temps de la réflexion. Mais toutes deux se montrant motivées, nous fixons un rendez-vous directement pour la semaine suivante. L'entretien se déroule au cabinet. Constance se montre à l'aise et expressive dans le ton de sa voix, au fil de son récit. Nous prenons le temps, à la fin de la rencontre, de regarder ensemble le site de l'Éducation nationale consacré au harcèlement, et évoquons certaines vidéos dédiées.

4.1.7 *Alexandre*

Alexandre est un collégien de 14 ans en classe de 3e que nous avons rencontré par l'intermédiaire direct de sa mère, à l'occasion d'un rendez-vous personnel. Nous avons été invités à réaliser l'entretien à son domicile dans le département de l'Isère en avril 2015, où il nous a reçus dans sa chambre, après un accueil chaleureux par les parents. Alexandre se confie sans trop de retenue sur ce qu'il a vécu et surtout ressenti, et devient vite émotif en se remémorant les moments les plus douloureux. Nous parlons en fin d'entretien de la campagne de lutte contre le harcèlement, de la puberté et de ses camarades de classe. Nous le laissons ensuite en compagnie de son ami, pour retrouver ses parents, contents de pouvoir échanger à leur tour sur leurs propres visions et ressentis.

4.1.8 *Bernard*

Bernard est un grand jeune homme de 14 ans, en classe de 5e. Après un premier lien établi par son médecin traitant, que nous remplaçons alors régulièrement, nous avons pris contact par téléphone avec sa mère et fixé un rendez-vous au cabinet. Ils viennent tout deux à notre rencontre et un premier échange a lieu avec la maman pour apporter de plus amples informations sur notre travail. Bernard parle très calmement. Il ne se montre pas très bavard spontanément et nous posons de nombreuses questions, sans pour autant avoir l'impression de l'embêter.

4.1.9 *Alice*

Nous avons rencontré Alice, 13 ans par l'intermédiaire de son médecin traitant et maître de stage de médecine générale, membre de notre jury pour la soutenance du DES (Diplôme d'études spécialisées). Nous avons contacté la maman par téléphone et le rendez-vous a été fixé à son domicile. Alice a la particularité d'être une ancienne grande prématurée et fait toujours l'objet d'un suivi neuropsychologique. Elle est en classe de 5ème en section Segpa ; il s'agit d'une Section d'enseignement général et professionnel adapté qui accueille des élèves présentant des difficultés scolaires importantes. L'entretien se déroule dans sa chambre, Alice se montre douce, souriante et détendue. Nous l'orientons beaucoup à travers de nombreuses questions, et elle semble bien volontaire pour y répondre. La maman nous confie à la fin de notre entrevue ses regrets concernant l'orientation de sa fille en Segpa, qui ne lui semble finalement pas très adaptée.

4.1.10 *Caly*

La rencontre avec Caly découle de notre sollicitation auprès de Mme D. assistante sociale au Rectorat de Lyon et responsable de la question du harcèlement scolaire. Caly est une jeune fille de 13 ans s'apprêtant à faire sa rentrée en 4ème dans un nouvel établissement. Dans le cadre des violences subies à l'école, elle a été suivie par l'assistante sociale en charge de son collège. Les coordonnées de la maman nous ont donc été transmises par Mme Dauce, avec son accord et nous avons pu la joindre par téléphone afin d'expliquer plus en détails notre travail. Nous nous sommes retrouvées quelques jours plus tard au cabinet de médecine générale dans lequel nous étions en remplacement à ce moment là, non loin de chez elles. Caly se montre très expressive, le ton de sa voix traduisant bien son ressenti, de la colère surtout, et nous livre un récit très détaillé de son histoire d'élève harcelé. La maman nous rejoint en fin d'entretien et nous confie ses difficultés, son désarroi face à cette situation et sa déception quant à la gérance du problème par l'établissement. Elle nous avoue, non sans regret, avoir inscrit Caly dans un collège privé comme solution finale au problème.

4.1.11 *Mickaël*

A 19 ans, Mickaël est le plus âgé des adolescents interviewés et le frère d'une connaissance parmi notre propre entourage. Après qu'il a donné son accord pour sa participation, nous l'avons contacté directement et avons fixé un rendez-vous au domicile de sa sœur chez qui il résidait momentanément. Mickaël est en recherche d'emploi. Il se montre souriant et tranquille tout au long de notre entretien, parfois légèrement gêné par ses confidences.

4.1.12 *Cat*

Cat est une adolescente de 13 ans en classe de 4^e. Nous l'avons rencontrée par l'intermédiaire de son pédopsychiatre exerçant au CMP de Lyon 2 et au CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) de Villeurbanne. Ayant donné son accord lors d'une consultation de suivi, nous l'avons contactée elle et son papa et programmé de se retrouver à son domicile la semaine suivante. A notre arrivée, son père nous confie qu'elle est un peu stressée à l'idée de notre rencontre mais toujours partante. Nous lui rappelons qu'il est toujours temps de refuser sans que cela ne pose de problème et que l'entretien ne doit se faire que si elle en a envie. Elle nous propose finalement de réaliser l'interview dans sa chambre. Le ton est plutôt grave, mais elle n'hésite pas à nous confier tout ce qu'elle a ressenti; Cat est encore meurtrie par les violences subies au collège. Nous nous retrouvons avec son papa après l'entretien pour échanger un instant sur le harcèlement scolaire.

4.1.13 Tableau descriptif de la population

Surnom	Age	Sexe	Fratrie	Classe	Collège	Moyen de contact
P'tit Biscuit	13	M	1 frère	Entre en 3 ^e	Rural	Médecin traitant,
Yohan	17	M	1 frère	Entre en Terminale	Semi-urbain	Médecin traitant, (Tante de l'interrogé)
Katerina	14	F	1 ½-frère, 1 ½-sœur	Entre en 3 ^e	Semi-urbain	Médecin traitant
Nicolas	13	M	Fils unique	4 ^e	Urbain	Médecin traitant
Bob	17	M	1 sœur	Terminale	Urbain	Pédopsychiatre
Constance	12	F	1 sœur	5 ^e	Semi-urbain	Investigateur, médecin généraliste remplaçant
Alexandre	14	M	1 frère	3 ^e	Rural, puis urbain	Connaissance de l'investigateur (mère de l'interrogé)
Bernard	14	M	1 frère	5 ^e	Semi-urbain	Médecin traitant
Alice	13	F	2 frères, 2 sœurs, (se situe au milieu)	5 ^e Segpa	Urbain	Médecin traitant
Caly	13	F	1 frère, 1 sœur	4 ^e	Urbain	Assistance sociale, rectorat de Lyon
Mickaël	19	M	1 frère, 1 sœur	Recherche d'emploi	Urbain	Connaissance de l'investigateur (sœur de l'interrogé)
Cat	13	F	-	4 ^e	Urbain	Pédopsychiatre

4.2 LE VÉCU DES ADOLESCENTS VICTIMES DE HARCÈLEMENT SCOLAIRE

La plus grande partie de chaque entretien a été consacrée au témoignage des adolescents concernant leur histoire avec le harcèlement à l'école. Les souvenirs sont intacts et de nombreuses anecdotes nous sont racontées en détails.

4.2.1 *Les violences et ses caractéristiques*

Début des violences

Dès l'école primaire :

- Katerina : « Ca a commencé il y a longtemps... le premier jour de CP. »
- Bob : « là où ça a vraiment commencé, c'est en CM2 »

A l'entrée au collège :

- P'tit Biscuit : « On a commencé à vraiment m'embêter en 6e. »
- Constance : « j'étais en 6ème. Au début je m'entendais bien avec ma classe et après... »

Une nouvelle classe :

- Yohan : « Ca a commencé en 4e (...) ils ont séparé tous les élèves pour dispatcher un peu les élèves et donc je me suis retrouvé avec des élèves que je ne connaissais pas. »

Formes de violences

Les moqueries :

- P'tit biscuit : « c'était encore un prétexte pour se moquer de moi (...) celui qui me taille le plus a gagné (...) celui qui prenait les moqueries de tout le monde. »
- Alexandre : « y en a qui ont commencé à se moquer de moi (...) Ils disaient « on dirait Passe Partout dans For Boyard », ils faisaient (mime le geste) « trois clés » »

Les insultes :

- Bernard : « ils m'insultaient tous les jours. »
- Constance : « Y avait des garçons qui marquaient sur le sol « c'est une pute » avec des craies. »
- Alice : « elle me disait des méchancetés, des gros mots »

Les rumeurs :

- Yohan : « pour eux j'étais gay »
- Katerina : « ils racontaient des choses sur moi, ils me rendaient la vie impossible en fait (...) au collège ça a pris une ampleur supérieure ... y a eu des histoires de

rumeurs, des choses hallucinantes (...) elle m'a prise en grippe, et comme c'était un peu la populaire du collège et ben elle m'a fait passer pour tout et n'importe quoi (...) il y a eu des grosses rumeurs comme quoi je me touchais en cours »

— Cat : « elle a dit des choses fausses à deux de mes amies qui l'ont crue. »

La mise à l'écart :

— P'tit biscuit : « j'étais un peu la roue de secours, celui qui était mis à part, qui mangeait tout seul »

— Yohan : « Je ne me faisais pas tellement accepter (...) il a commencé un peu à monter tout le monde contre moi »

— Nicolas : « A ce moment là en fait, dans ma classe, je n'avais plus personne car c'était des personnes qui avaient de l'influence sur les autres (...) ça faisait un effet de foule contre une personne »

Les menaces :

— Nicolas : « il m'avait fait une menace, il m'a dit « un jour avec les grands de mon quartier, je vais sécher une heure, je viendrai à l'heure de ta sortie, on te frappera, on te laissera inconscient, on te portera jusqu'au pont Pasteur et on te jettera dans le Rhône. »

— Bernard : « il m'a menacé avec un couteau (...) il m'a dit « si tu continues, tu vas voir » »

— Cat : « « je vais mettre tout le monde contre toi et tu vas crever » »

L'accusation :

— Katerina : « ils ont tellement été jaloux qu'ils m'ont accusée de dopage et c'est allé devant le directeur »

Le harcèlement physique :

— P'tit Biscuit : « il y avait un 3ème, qui m'a, qui m'a (...) qui m'a tabassé dans le préau, il m'a foutu 2 coups de poing et m'a éclaté contre une table de ping-pong en pierre. »

— Constance : « elle me tapait aussi même... au début c'était des coups de pied et un jour, près des casiers, elle m'avait donné une gifle »

— Caly : « elle jetait des trucs dans la classe sur moi (...) ils se sont mis à quinze sur moi, à la sortie du collège, à me donner des coups de pied, (...) à me pousser, à taper dans mon sac »

— Bob : « elle me prenait mes affaires, elle jouait avec »

Le cyberharcèlement :

— Yohan : « ils ont commencé à me dire, à m'envoyer des SMS « vas y suicide toi », des choses comme ça »

— Bernard : « ils me menaçaient le soir sur Facebook »

Le happy-slapping ou vidéolynchage, qui consiste à filmer l'agression physique d'une personne avec son téléphone portable dans le but de diffuser la vidéo sur les réseaux sociaux :

- Yohan : « ils commencent à être violents, à me pousser contre le mur (...) y en a un qui avait un ipad et il a commencé à filmer. »

Lieux des violences

En classe :

- Caly : « ils faisaient ça quand le prof écrivait au tableau »

En sport :

- Alice : « Ca se passait plus en sport (...) à tous les cours de sport »

Dans la cours de récréation, les couloirs, à la cantine :

- Nicolas : « je pouvais me faire bousculer en pleine classe, dans les couloirs, dans la récréation, ou même à l'extérieur. »
- Constance : « parfois c'était dehors, au self. »

A la sortie de l'école, sur le chemin de l'école :

- Bob : « Je me faisais caillasser à la sortie. »
- Caly : « je rentrais chez moi, je marchais dans la rue, elle m'a attrapée par les cheveux »

Jusqu'au domicile :

- Bob : « il y a des gens qui sont venus m'insulter devant chez moi »

Durée des violences

L'année scolaire :

- Constance : « Toute l'année, c'était tous les jours. »

Encore maintenant :

- P'tit biscuit : « Jusqu'à maintenant j'ai envie de dire, y a du mieux mais ils ne se sont pas totalement arrêtés. »

Poursuite au lycée :

- Yohan : « c'était peut-être plus des remarques désagréables, enfin peut-être que ça fait parti du harcèlement... j'étais soit disant apparemment maniéré pour eux »

Pourquoi eux ?

Un critère physique était évoqué par plusieurs adolescents comme prétexte au harcèlement :

- Alexandre : « parce que j'étais plus petit, j'étais le plus petit du collège »
- Mickaël : « ça a commencé quand j'ai commencé à perdre mes cheveux. »

Le style vestimentaire, l'apparence :

- Yohan : « c'était surtout la façon dont je m'habillais (...) j'étais soit disant apparemment maniéré pour eux, pour eux j'étais gay. »
- Nicolas : « ils me disaient que, vu que je me changeais tous les jours, je me douçais tous les jours, j'étais un homosexuel. »

Une personnalité plus marquée, des comportements qui dénotent :

- Katerina : « plein de gens disent « ouais t'as un trop gros caractère, on t'aime pas » (...) j'ai pas la même vision des choses. J'ai eu une enfance dure, je suis plus autonome que certains et du coup cette différence ben ça... ça fait peur »
- P'tit biscuit : « on a commencé à m'embêter sur ce que je pensais, sur ce que je disais parce qu'en classe je participe beaucoup et ils me prennent pour un faux cul. »
- Bernard : « dans ma tête j'étais encore en CM2, donc c'était ça un peu mon problème, je m'amusais un peu avec tout le monde... »

Le niveau scolaire était aussi sujet à moqueries, bon ou mauvais :

- Caly : « parce que j'étais la première de la classe, que les gens étaient jaloux »
- Bob : « le premier de la classe se moquait de moi, me traitait de nul. »

Des relations qui dérangent :

- Caly : « elle a commencé à pas m'aimer parce que j'étais sortie avec lui. »

Rôle des pairs

Ceux qui restent en retrait et laissent faire :

- Bernard : « ils réagissaient pas, ils s'en foutaient »
- Mickaël : « Ils réagissaient pas »
- Alexandre : « Quand j'avais des amis, ils ont pas fait grand-chose »

Ceux qui prennent part et encouragent :

- Nicolas : « on est rentré dans une bagarre... donc il y avait tout un cercle autour, plusieurs personnes qui regardaient, qui criaient (...) pour qu'il y ait effet de foule »
- Cat : « ils riaient et ils m'insultaient aussi »

Ceux qui prennent position en faveur de la victime :

- P'tit biscuit : « il y avait deux-trois élèves qui en avaient marre de me voir comme ça (...) c'est grâce à eux que j'ai évité une partie des moqueries. Souvent ils me défendaient. »

Leurs réactions face aux violences

D'abord l'incompréhension :

- Nicolas : « Je ne comprenais pas forcément »
- Constance : « je sais pas pourquoi c'est moi »
- Alexandre : « Je sais pas c'est quoi leur motivation »
- Mickaël : « Au début je trouvais ça drôle »

Ils rapportent ensuite des façons différentes de réagir face aux agressions.

L'absence de réaction parfois, par peur ou tentative volontaire de faire abstraction :

- Katerina : « Au départ je leur disais rien »
- Bob : « je ne me défendais pas (...) j'avais peur et je ne voulais pas me défendre »
- Mickaël : « je disais rien, je faisais rien »

Tenter de se faire accepter malgré tout :

- Yohan : « Plus ils me faisaient du mal, plus j'essayais d'être gentil avec eux parce que je pensais que justement ils allaient finalement m'accepter, qu'ils allaient arrêter tout ça. »

Se défendre par les mots ou par la force :

- Constance : « des fois je m'énervais »
- Mickaël : « dès que j'ai commencé à vraiment me sentir envahi, j'ai commencé à taper... j'ai commencé à me battre... je me suis beaucoup battu à cause de ça. »

Puis la résignation :

- Yohan : « c'était échec sur échec... du coup bah... (...) je me disais : peut-être qu'ils ont raison »
- Katerina : « disons que j'ai en quelque sorte l'habitude »

Finalement, ils adoptaient des stratégies d'évitement des violences :

- Yohan : « Je faisais exprès de m'endormir le plus tard possible pour être fatigué le lendemain et ne pas à avoir à aller à l'école... mais ça n'a jamais marché »
- Caly : « Au final je suis rentrée chez moi par l'autre côté »
- Cat : « je suis allée chez l'infirmière et je lui ai dit « j'ai mal au ventre, il faut que je rentre chez moi ». »

4.2.2 *Sortie du silence*

La première fois qu'ils en parlent

Cinq adolescents avaient rapporté les violences dès le début :

- P'tit biscuit : « Tout de suite »
- Nicolas : « Oui, avec ma maman, on discute de tout et de rien, je lui dis toujours tout »
- Alice : « Dès le début »

Pour les autres, il aura fallu plusieurs semaines voir plusieurs mois d'agressions régulières avant de se décider à parler, souvent par l'intermédiaire d'une tierce personne :

- Yohan : « à la fin de l'année (...) je m'étais tapé contre le mur (...) y a une prof qui m'a vu et qui est intervenue (...) elle m'a dit d'aller voir l'infirmière. J'y suis allé et je lui ai tout raconté. »
- Katerina : « Ca devait être en mai de cette année, où je lui en ai vraiment parlé et que j'ai tout débballé. (...) un ami qui a été très clairvoyant et qui m'a aidée. (...) il est venu avec moi, il a raconté tout ce qui c'était passé »
- Mickaël : « quand elle a découvert pour la première fois que je séchais, là j'ai été obligé de lui en parler (...) vers la fin de ma deuxième sixième. »

À qui

La famille, les parents surtout :

- Alexandre : « j'en ai parlé à ma mère »
- P'tit biscuit : « parce que mes parents sont des personnes en qui j'ai vraiment confiance »
- Yohan : « à la fin j'avais commencé à en parler à ma cousine »

Les professionnels éducatifs :

- Katerina : « La première fois, j'en ai parlé à la CPE du collège »
- Alice : « mon prof de sport (...) a réalisé que ça se passait mal (...) au début c'était moi qui l'avais dit. »

L'infirmière scolaire :

- Yohan : « elle m'a dit d'aller voir l'infirmière. J'y suis allé et je lui ai tout raconté. »

Le psychiatre :

- Cat : « J'ai écrit tout ce que je vivais, j'ai du faire deux lettres que j'ai donné à mon médecin et à mon père, et ils ont su comme ça. »

Réaction des adultes suite aux révélations des adolescents

Des adultes reconnaissaient l'adolescent comme victime de violences, ils étaient inquiets ou en colère, parfois effondrés de l'apprendre si tardivement :

- P'tit biscuit : « mes parents ont tout de suite réagi », « la plupart des profs ont été attentifs à ça, ils regardaient plus en classe et en cours de récréation. »
- Alice : « Ils étaient inquiets, ils avaient peur pour moi, et en même temps ils étaient énervés contre les élèves. »
- Yohan : « j'ai entendu ma mère pleurer au bout du fil »

Certains ne croyaient pas à la réalité des violences :

- Mickaël : « ils pensaient pas que je pouvais sécher à cause de ça... eux ils voyaient pas l'effet que ça avait derrière, ils voyaient que des amis qui me charrient »
- Cat : « il m'a dit « je ne te crois pas, tu fais ça pour te rendre intéressante. » »
- Nicolas : « un professeur principal au bout d'un moment qui m'a dit que j'abusais de ma situation, que j'exagérais surtout et que c'était pas si dramatique »

Certains semblaient ne pas comprendre, tentaient de trouver une explication :

- Katerina : « les gens ils me disent, même mes parents « ah ben c'est peut-être toi le problème »

D'autres feignaient l'indifférence :

- Caly : « les profs ils faisaient quasiment rien, même quand on leur parlait »
- Mickaël : « ils n'ont pas réagi plus que ça. »

Seule la reconnaissance du harcèlement permettait une intervention en vue de faire cesser les violences.

Intervention des adultes

Écouter, soutenir, apporter des conseils :

- Nicolas : « j'ai eu plusieurs rendez-vous avec l'infirmière scolaire où je pouvais m'exprimer librement, où elle me donnait son avis, ses points de vue, des conseils. »
- P'tit biscuit : « j'avais eu justement des petites réunions avec une prof, et on parlait de ça »
- Constance : « Ils ont dit que je devais me plaindre à la CPE »

Les parents prenaient contact avec le CPE, le directeur et les professeurs :

- Bernard : « Ils sont allés voir la directrice. »
- Caly : « quand j'en ai parlé à ma mère, elle a appelé ma prof principale »

Quelque fois ils prenaient l'initiative de s'adresser à l'élève harceleur directement :

- P'tit biscuit : « mon père (...) est allé jusqu'à attraper en personne l'une des personnes pour lui parler face à face »

— Alexandre : « ma mère elle avait déjà interpellé un élève à l'arrivée au collège »

Suite à une énième agression physique deux familles se sont tournées vers la justice, deux autres se sont arrêtées à la menace de plainte :

— Nicolas : « Nous avons fait un dépôt de plainte contre ces trois personnes »

— Katerina : « avec ma mère c'est simple on leur a dit « soit vous arrêtez, soit on porte plainte et ça ira très loin. »

Les harceleurs étaient convoqués par le collège, les sanctions tombaient :

— Bernard : « L'élève a été convoqué, et après ben il a eu une sanction, pendant deux semaines il n'était pas à l'école. »

— Cat : « ils ont puni toutes les filles qui m'ont harcelée par des heures de colle (...) j'ai du être confrontée à elles »

Deux adolescents seulement se sont vus dirigés vers d'autres intervenants pour un suivi de la situation au sein du collège :

— Nicolas : « j'ai eu plusieurs rendez-vous avec l'infirmière scolaire où je pouvais m'exprimer librement, où elle me donnait son avis, ses points de vue, des conseils. »

— Caly : « on m'a dit d'écrire ce qui c'était passé pour le donner à l'assistante sociale (...) on avait rendez-vous deux à trois fois par semaine pour parler, si ça continuait... »

Des actions de prévention étaient menées : par les parents avec l'interdiction d'accès à certains réseaux sociaux, par le collège avec des interventions au sein des classes pour une sensibilisation au harcèlement :

— P'tit biscuit : « mon père (...) m'interdit d'avoir des réseaux sociaux comme Facebook pour éviter du harcèlement supplémentaire »

— Caly : « un jour ils nous ont montré des vidéos en disant qu'il fallait arrêter »

Finalement, plus de la moitié des familles a considéré le changement d'établissement comme ultime recours pour faire cesser les violences, une famille l'a envisagé seulement :

— Caly : « l'année prochaine je pars à St T., c'est un nouveau départ (...) je vais être dans un collège privé où je pourrai travailler, je pourrai avancer. »

— Cat : « à la fin de l'année normalement je change de collège. Je vais tout faire pour que tout se passe bien, et l'année prochaine on n'en parlera plus. »

Ressenti des adolescents concernant la réaction des adultes et leur implication

L'aide apportée par les adultes pouvait être ressentie comme un soulagement, une victoire :

— P'tit biscuit : « Ca m'a vraiment fait plaisir car j'avais l'impression qu'on s'intéressait à moi, hors du cadre familial, d'autres personnes qui écoutaient, qui essayaient

de comprendre ce que je ressentais. Ca m'a fait souffler, ça m'a fait beaucoup de bien. »

- Nicolas : « Ca allait mieux, le fait d'avoir pu en parler avec ma maman (...) ça allait surtout mieux psychologiquement car je m'étais dit que j'étais allé au bout, malgré les menaces, j'avais fait mes dépôts de plainte, j'en ai parlé à mes parents, j'ai relaté les faits à toutes les personnes compétentes dans l'établissement, donc pour moi, c'était une sorte de victoire (...) maintenant je suis en 4e, j'ai une nouvelle classe avec qui ça se passe très bien. »

Mais souvent leur aide était jugée insuffisante, les adolescents se sentaient abandonnés :

- Alice : « elle a dit : « Si ça recommence, tu vas porter plainte ou tu viens me voir », mais après, souvent elle est pas là. » (à propos de l'infirmière scolaire)
- Caly : « Je suis pas contente, parce que tu leur dis un truc mais en fait, ils en ont limite rien à faire (...) ils ont peur en fait, eux même ils ont peur des autres. »
- Constance : « ils auraient pu arrêter tout ça... peut-être... fin... y a des heures de vie de classe aussi où on parle de tout ça, ils auraient peut-être pu dire qu'il y avait des gens qui se faisaient harceler. »
- Bob : « quand on est en train de se faire frapper et que les autres regardent, un moment, on sdit qu'il n'y a personne qui peut nous aider... quand même les adultes ils ne font rien. »
- Cat : « Pour moi (...) personne n'était là, y avait que moi qui pouvais m'en sortir »

Certains avaient le sentiment d'être incompris :

- Katerina : « y a beaucoup de choses que personne ne comprend. »
- Mickaël : « ils ne l'ont pas compris »

Plusieurs d'entre eux nous ont fait part d'un sentiment d'injustice :

- Yohan : « Elle s'est pas rendue compte de ce qui c'était passé. Et en fait finalement il n'y a rien eu... ce qui m'a dégoûté... »
- Caly : « j'ai pris des mots parce que je me défendais, j'ai eu plein de mots à cause de ça, parce qu'ils m'insultaient en cours »

Pour d'autres, l'intervention de la famille a fait l'objet de représailles :

- P'tit biscuit : « on m'dit « ah ben si t'as un problème, t'as qu'à aller chercher ton père! » »
- Yohan : « Je m'en suis pris plein la figure »
- Caly : « ça a fait des histoires »

4.2.3 Conséquences suite aux violences

Scolaires

Ils développaient une sorte de « phobie » scolaire :

- P'tit biscuit : « plus je m'approchais de l'école, plus j'avais envie de m'en éloigner, j'avais vraiment peur. »
- Caly : « quand j'allais à l'école, j'avais une boule dans le ventre (...) le matin je voulais pas me lever »

La plupart des adolescents ont vu leurs résultats scolaires chuter.

Du fait de difficulté de concentration, l'esprit trop occupé à craindre les violences à venir :

- Nicolas : « Pendant les contrôles j'étais angoissé, je rêvassais, j'arrivais plus à me concentrer comme avant. (...) l'attention n'était pas présente en classe. »

Du fait d'un absentéisme scolaire, comme stratégie d'évitement des violences

- Mickaël : « j'ai séché trois semaines (...) je ne faisais plus rien du tout; c'est-à-dire que même quand j'étais au collège, je n'allais plus dans la salle de cours, je m'enfonçais encore plus en fait. »

Somatiques

Les adolescents évoquent des symptômes variés qu'ils mettent en lien avec le harcèlement.

Les douleurs abdominales :

- P'tit biscuit : « J'avais très mal au ventre à chaque fois que j'allais à l'école »

Les troubles des conduites alimentaires : perte d'appétit, vomissements provoqués :

- Caly : « je ne déjeunais plus quasiment »
- Cat : « se faire vomir »

Les troubles du sommeil : insomnie, cauchemars :

- Alexandre : « le soir après, je dormais pas beaucoup (...) je n'arrive pas à trouver le sommeil »
- Katerina : « souvent je fais des cauchemars là-dessus »

La pelade :

- Mickaël : « Mes cheveux ont commencé à tomber à cause du stress, y avait ça qui était stressant en plus, et donc ça a empiré »

L'eczéma :

- Alice : « Elle l'a su quand j'avais de l'eczéma (...) j'en n'avais jamais eu, c'est venu d'un coup »

Psychologiques

La tristesse :

- Constance : « j'étais très triste (...) ça me faisait trop de peine. »
- Alice : « de la tristesse... du mal (...) j'étais en même temps énervée et triste. »

Les pleurs :

- Caly : « Le soir quand je rentrais chez moi, je pleurais, j'en pouvais plus de tout ça »

Les angoisses, la peur :

- Cat : « J'avais peur (...) je faisais beaucoup de crises d'angoisse, que j'avais peur d'aller en cours »

La perte de l'estime de soi :

- P'tit biscuit : « je me sentais indigne de vivre, je ne savais même pas à quoi je servais... »

Les automutilations : quatre adolescents se sont violentés pour oublier la douleur psychologique, trois d'entre eux gardent des cicatrices :

- Yohan : « je m'étais tapé contre le mur... violemment parce que j'en avais marre et je voulais vraiment oublier tout ça »
- Cat : « il m'a demandé de soulever mes manches et il a vu que je me mutilais beaucoup (...) c'était des gestes que je me faisais... des mutilations (...) me frapper. »

Le désespoir :

- Nicolas : « j'avais l'impression que c'était un cercle sans fin... »

Les pensées suicidaires, sept adolescents ont pensé à la mort comme solution pour mettre un terme à leur souffrance :

- Yohan : « j'ai commencé à avoir pas mal d'idées noires (...) ils ont commencé à m'envoyer des SMS « vas y suicide toi » (...) petit à petit ça m'a rempli l'esprit et je me disais « peut-être qu'ils ont raison » »
- Alexandre : « je voulais passer à l'acte quoi (...) ben me suicider quoi. »
- Cat : « j'ai failli sauter de la fenêtre (...) je n'avais plus aucun sentiment, ma seule idée c'était de mourir pour ne plus penser, et ne plus souffrir »

La remise en doute de son orientation sexuelle :

- Yohan : « J'étais vraiment perdu au niveau de mon orientation sexuelle. Du coup ils m'ont tellement pris la tête avec ça que je me suis dit, bah... autant essayer de voir si je le suis, alors qu'au fond de moi je savais que non »

Relationnelles et sociales

Le repli sur soi :

- Yohan : « je commençais un peu à rester tout seul tout le temps, j'étais vraiment solitaire, je me suis enfermé dans un cocon, je restais tout le temps dans ma chambre, je sortais pas. »

Un sentiment de colère, de haine, le désir de vengeance :

- Katerina : « j'ai la rage qui monte (...) j'ai beaucoup de haine »
- Alice : « de la colère ; parfois je voulais... prendre un fusil et tous les tuer »
- Bob : « les gens qui m'ont frappé ; je les vois et je me dis, j'ai envie de les frapper. »

L'agressivité, la violence :

- Constance : « j'arrêtais pas d'être méchante avec mes parents. »
- Cat : « j'étais agressive avec tout le monde, je frappais mon père »
- Bob : « je suis extrêmement nerveux et je fracasse tout »

Les comportements à risque : fugue, consommation de drogues :

- Katerina : « combien de fois j'ai fugué »
- Bob : « j'ai commencé à changer, j'ai touché à des drogues. Sauf que j'en fumais beaucoup »

Après les violences

La crainte de la récurrence des violences :

- Alexandre : « je me fais pas de fausse joie parce que je sais que ça peut recommencer »

Les reviviscences :

- Cat : « je suis toujours marquée par ça, je suis toujours mal, je revois souvent les scènes. »

La perte de confiance aux autres :

- Bob : « J'ai peur des gens, je me méfie de tout le monde, je regarde tout »

La susceptibilité :

- Yohan : « à chaque fois que quelqu'un plaisante, je prends souvent les choses au premier degré au lieu du second degré »

Des troubles du sommeil persistants :

- Mickaël : « je n'ai plus du tout de rythme du sommeil, même encore aujourd'hui. »

Un trouble phobique :

- Mickaël : « j'ai remarqué que depuis, je suis devenu un peu agoraphobe (...) j'aime pas quand il y a trop de monde autour de moi. »

4.3 PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LEURS ATTENTES

Les verbatim de chaque adolescent concernant le médecin généraliste et les freins à parler sont rapportés dans les paragraphes suivants.

4.3.1 *Relation avec le médecin généraliste*

Perception du médecin de famille

La plupart des adolescents cantonnaient le rôle du médecin à la prise en charge des symptômes et des problèmes somatiques.

Quand ils sont malades :

- P'tit biscuit : « je pensais qu'il était juste pour le métier de médecin. . . heu, auscul-ter les gens. »
- Yohan : « je suis très peu malade mais du coup je consulte jamais »
- Bob : « quand je suis malade »
- Alexandre : « je vais le voir juste quand je suis malade »
- Bernard : « quand j'étais malade »
- Caly : « Ben un médecin c'est un médecin, tu vas le voir quand t'es malade, quand tu as une entorse ou autre. »

Rôle de prescripteur :

- Bob : « voir le médecin pour prescrire des calmants (...) pour qu'il m'envoie à droite à gauche, pour les médoc »
- Cat : « il m'aurait juste donné un cachet »

Souvent ils méconnaissaient le rôle d'écoute du médecin traitant :

- P'tit biscuit : « Mon médecin que j'ai, maintenant je me rends compte qu'il s'intéressait à ça, mais avant je ne savais pas qu'il était comme ça » (à propos du harcèlement)
- Constance : « moi après je savais pas qu'il s'occupait de ça »
- Alexandre : « Ben il est médecin, je pense pas qu'il soit assez qualifié dans ce rôle là, c'est un médecin généraliste donc... »

Seuls deux adolescents lui reconnaissaient cette compétence :

- Katerina : « pour parler peut-être »
- Nicolas : « je me suis dit que c'est une personne compétente à qui on peut s'adresser librement. »

Les violences ont-elles été rapportées au médecin traitant pendant le harcèlement ?

Oui, pour sept adolescents sur les douze. Pour l'un des adolescents, les parents l'ont consulté seuls. Néanmoins, cette révélation arrivait tardivement dans l'histoire du harcèlement à l'initiative des parents, souvent suite à une agression physique, parfois pour un motif somatique en lien avec le harcèlement :

- P'tit biscuit : « Tes parents en ont parlé à ton médecin traitant ? » « Oui, je l'ai appris très tard (...) si y avait des conseils pour améliorer. » »
- Yohan : « même le dernier jour, ils ont continué à me donner des coups et à se moquer de moi (...) et moi j'ai craqué (...) je m'étais tapé contre le mur (...) On est allé voir le médecin le soir et je lui ai tout raconté. (...) c'est elle qui a pris rendez-vous. »
- Katerina : « Elle me demandait si je dormais bien la nuit et je lui disais que j'étais préoccupée. Ensuite elle m'a demandé ce qui se passait et je lui ai raconté en gros. »
- Nicolas : « j'avais de multiples bleus sur le corps donc nous sommes partis chez le docteur. »
- Bernard : « C'est ma mère qui avait pris rendez-vous avec lui parce que je m'étais fait tapé et j'avais un ou deux bleus. »
- Alice : « Elle l'a su quand j'avais de l'eczéma. »
- Caly : « elles étaient à trois sur moi (...) on a dû partir chez le médecin pour faire un certificat médical etc. »

Intervention du médecin généraliste

Parmi les sept adolescents ayant rapporté le harcèlement au médecin, quelle était l'aide apportée par celui-ci ?

Un adolescent avait été adressé à un psychologue :

- P'tit biscuit : « D'après ce que ma mère m'a dit, il savait pas trop quoi répondre à part aller voir un psychologue. »

Un adolescent s'était vu proposer une hospitalisation devant un mal être important :

- Yohan : « il m'a demandé si je souhaitais me faire hospitaliser un moment histoire qu'on m'aide, et j'ai dit oui. »

Une adolescente avait reçu des soins :

- Alice : « il m'a rassurée, m'a dit que j'avais pas de problème dans la mâchoire, que c'était pas cassé. (...) elle m'a donné une crème. »

Trois adolescents avaient reçus un certificat médical de constatation de coups et blessures :

- Nicolas : « nous avons fait un certificat médical et nous avons fait un dépôt de plainte »
- Alice : « le médecin a écrit que s'ils recommenceraient, on porterait plainte »
- Caly : « on a dû partir chez le médecin pour faire un certificat médical etc. »

Une adolescente et une famille avaient été écoutées :

- Katerina : « elle m'a demandé ce qui se passait et je lui ai tout raconté »
- Bernard : « ils en ont parlé... voilà. »

Un adolescent avait reçu des conseils :

- Nicolas : « il m'a fait des propositions... de bien en discuter, de bien en parler et que avec la communication ça s'arrangerait. »

4.3.2 *Leurs attentes concernant le médecin généraliste*

Aucune attente. Deux adolescents avaient exprimé ne rien attendre de leur médecin, persuadés qu'il ne pouvait rien faire pour eux :

- Bob : « Tu ne crois pas qu'il aurait pu t'aider ? « Non... personne. » »
- Cat : « Non... pour moi, il n'était pas là, personne n'était là (...) Tu n'aurais pas aimé qu'il fasse quelque chose pour toi ? Non »

Cat avouait qu'elle aurait préféré mentir à son médecin s'il l'avait interrogée sur un éventuel harcèlement :

- Cat : « s'il me l'avait posée déjà j'aurais pas répondu, j'aurais dit « oui, oui, ça s'passe très bien. » »

Ne savent pas. Trois adolescents avaient du mal à répondre à cette question, ils exprimaient ne pas vraiment savoir ce qu'ils auraient pu attendre du médecin :

- Bernard : « Je sais pas du tout »

Bernard aurait probablement parlé du harcèlement si son médecin l'avait interrogé.

- Constance : « Je sais pas trop »
- Caly : « Je sais pas... après elle les connaît pas les gens, je pense pas qu'elle aurait pu faire grand-chose. »

Constance et Caly ne savaient pas quelle aurait été leur réponse si le médecin les avait interrogées.

Des attentes liées à l'attitude du médecin.

La mise en confiance :

- Katerina : « je me sentais en confiance, donc du coup je lui ai parlé »

L'écoute :

- Katerina : « ça m'a fait du bien de parler, j'avais besoin de vider... ce que j'avais... (...) déjà m'écouter, ça fait déjà beaucoup de bien »

- Mickaël : « Oui, rien que le fait d'en parler ça fait du bien, donc je pense que c'est déjà une libération d'en parler. »

La reconnaissance :

- Katerina : « les gens (...) s'obstinent à croire ce qu'ils veulent... et ça fait du bien que les gens comprennent »
- Nicolas : « quand je lui parlais, il me comprenait »

Le soutien :

- Nicolas : « Un soutien moral (...) un grand soutien »
- Alexandre : « Ben s'il peut m'aider tant mieux, mais personnellement je ne pense pas. (...) ben... me soutenir... »

Des attentes liées à l'action du médecin.

De l'intérêt/des questions précises. Certains adolescents souhaitaient que le médecin montre un réel intérêt sur son bien être à l'école, en le questionnant précisément :

- P'tit biscuit : « qu'on s'intéresse à moi (...) je me sens à l'aise avec les personnes qui essaient de savoir comment je suis... enfin je veux dire, la personne qui va me dire : comment ça va? Mais juste comme ça... j'ai pas trop envie de leur parler, mais les gens qui me demandent : comment ça va à l'école, je sais que eux je peux leur parler (...) qu'il m'ouvre la voie, où j'ai juste à dire mon ressenti... la question est déjà toute faite. »
- Mickaël : « Tu penses que le médecin devrait poser des questions précises sur comment ça se passe à l'école? Oui, parce que ça peut faire un petit déblocage... il peut repérer une petite faille. »

Des explications. Une adolescente exprimait le besoin de comprendre la situation, un autre, celui d'avoir l'avis de quelqu'un d'extérieur à la situation :

- Katerina : « pour essayer de trouver des solutions, m'aider à prendre du recul et essayer de comprendre. »
- Nicolas : « c'était surtout un avis extérieur par rapport à celui de l'établissement scolaire et de mes parents. »

Des conseils. Ils exprimaient le souhait d'être conseiller sur la façon de réagir face aux agressions, ou bien face à l'état de déprime :

- P'tit biscuit : « des conseils pour améliorer (...) en me donnant des conseils, comment je dois réagir »
- Katerina : « quand je suis déprimée, peut-être qu'elle pourra me conseiller en fait pour faire des choses »
- Nicolas : « un accompagnement (...) il me guidait »
- Alice : « Ben qu'elle me conseille, qu'elle me dise des choses... comment réagir. »

La réassurance. Ils exprimaient leur besoin d'être rassurés quant à leur normalité physique ; leur puberté moins avancée faisant l'objet de moqueries :

- P'tit biscuit : « vu que c'est un médecin, c'est quelqu'un qui s'intéresse au corps, il aurait pu dire des trucs du genre « ben patiente, ça va arriver », des trucs comme ça (...) il peut me rassurer. »
- Alexandre : « il pourrait m'expliquer pourquoi je ne grandis pas... j'aimerais bien qu'il me rassure »

Le certificat médical. Trois adolescents attendaient du médecin qu'il atteste de leurs blessures dans le but de déposer une plainte. Les citations ont déjà été reportées dans l'item « L'intervention du médecin traitant ».

L'hospitalisation :

- Yohan : « j'en avais marre, mes idées noires reprenaient le dessus et du coup je suis allé voir mon médecin pour lui dire « j'en peux plus, je veux qu'on me réhospitalise, sinon je sais que je vais faire une connerie » »

Le contact entre le médecin et l'établissement. Un adolescent pensait que le médecin pouvait aider en prévenant les responsables éducatifs de la situation de harcèlement :

- Yohan : « Oui, s'il avait mis des choses en place comme prévenir le lycée etc. »

4.4 FREINS À L'EXPRESSION DES VIOLENCES

Inhérents à l'adolescent

Sept adolescents sur les douze ont d'abord gardé pour eux les violences dont ils étaient victimes, pourquoi ?

Plusieurs d'entre eux parlaient de « blocage » pour décrire ce frein à la révélation du harcèlement :

- Katerina : « je me bloque complètement »
- Yohan : « à chaque fois j'avais un blocage (...) et je ne lui disais rien de ce qui se passait »
- Mickaël : « Je sais pas... le blocage... »
- Cat : « je pouvais pas lui parler, c'était un bloc »

La pensée d'une situation banale :

- Yohan : « je me disais : c'est peut-être normal si... »
- Caly : « je pensais que c'était normal, qu'on était tous à subir ça, que c'était pas que moi. »

Le sentiment d'être responsable de la situation :

- Yohan : « je le prenais pour moi-même »
- Cat : « au tout début je me disais « de toute façon, c'est de ma faute » »

La conviction que ça ne sert à rien. Certains adolescents ne trouvaient pas utile d'en parler soit parce qu'ils pensaient que ça ne durerait pas, soit parce qu'ils pensaient ne pas pouvoir être aidés :

- Alexandre : « j'pensais que (...) c'était pas à elle de s'en occuper... je pensais que ça allait pas continuer »
- Constance : « je me suis dit que ça servait à rien. »
- Bob : « Non... parce que les gens ils ne font rien en général. »

La peur des représailles :

- Yohan : « C'était surtout par rapport aux autres, qu'est-ce qui allait se passer si elle les punissait, moi derrière, j'allais en prendre plein la figure. Du coup au final j'en n'ai pas parlé. (...) les répercussions... j'y pensais tout le temps à se qui pourrait se passer si j'en parlais... »
- Caly : « j'avais surtout peur que si j'en parle, tel que je connais ma mère, elle aille faire des histoires, et que ça serait encore pire »
- Cat : « elles m'avaient menacée, si j'y allais, j'aurais deux fois plus de coups »

La honte :

- Mickaël : « j'avais peur de dire qu'on me charriait à cause de ça. (...) Toujours la même chose, la honte »
- Cat : « je me sentais honteuse et triste. (...) parce que j'avais honte »
- Bob : « Dire qu'on se fait frapper, que quelqu'un se croyait supérieur et nous frappait, c'est pas... valorisant. »

La peur du jugement :

- Yohan : « J'avais peur de leur réaction... je pensais que c'était pas le moment, c'était jamais le bon moment. »
- Katerina : « les gens au lieu de comprendre mon problème, ils me jugent et moi je ne veux pas ça en fait... quand on essaie d'en parler, je me referme complètement »
- Caly : « je me disais, si j'en parle, elle me rirait au nez »
- Cat : « J'avais peur du jugement. »
- Bob : « après les gens ils vous voient différemment. Ils veulent savoir et puis une fois qu'ils savent... ils vous regardent différemment. »

La peur d'être mis à l'écart, de nouveau :

- Bob : « le problème c'est que quand on raconte pas, les gens nous demandent et puis quand on raconte, et ben les gens ils nous disent « de toute façon, tout le monde a des problèmes », ils nous mettent de côté. »

Inhérents au médecin traitant et à l'adolescent vis à vis de lui

Cinq adolescents n'ont jamais rapporté les violences à leur médecin traitant. Pour les autres, le harcèlement a été révélé au médecin souvent tardivement.

La conviction que les violences scolaires ne sont pas du ressort du médecin traitant.
Les citations sont reportées dans l'item « Perception du médecin généraliste »

Le manque d'intérêt de la part du médecin :

- P'tit biscuit : « la personne qui va me dire : comment ça va? Mais juste comme ça...j'ai pas trop envie de leur parler »
- Alice : « j'avais envie de poser des questions mais je pouvais pas parce qu'on était plus sur l'eczéma. On avait dit que j'avais des problèmes dans ma classe, mais on était plus inquiet pour l'eczéma. »

La peur de déranger :

- Alice : « je veux pas la déranger; elle a beaucoup de choses à faire avec d'autres personnes, faut peut-être pas la déranger pour ça. »

Le refus de mettre au courant les parents. Cat avait connaissance du secret médical mais pensait que la gravité de son état obligerait le médecin à prévenir ses parents si elle se confiait à lui :

- Cat : « il l'aurait dit à mon père (...) on m'avait dit que ça c'était trop grave et qu'il faut le dire directement aux parents. »

Le ressenti d'être mal à l'aise avec le médecin :

- Katerina : « je suis pas à l'aise (...) faut vraiment que je sente que je sois bien avec la personne; si je suis mal à l'aise, je lui parlerai de la pluie et du beau temps. »
- Constance : « c'est un petit peu un inconnu pour moi (...) je suis pas trop à l'aise. »

Le sexe du médecin :

- Constance : « en fait je suis plus à l'aise avec les filles qu'avec les garçons. »

La pudeur :

- P'tit biscuit : « ce que je vous ai dit sur la puberté, ça par contre ça me bloque énormément, je n'ose pas en parler. »

DISCUSSION

Après avoir présenté les forces de l'étude et ses obstacles méthodologiques, la discussion se déroulera en quatre temps. La première partie sera consacrée à l'histoire des violences subies par ces douze adolescents, et leurs conséquences. Nous avons souhaité, à travers leur récit, sensibiliser et éveiller les consciences sur ce problème de santé publique encore parfois tabou et empreint de préjugés. Les deuxième et troisième parties s'attacheront à répondre aux problématiques annoncées de ce travail : mettre en lumière les attentes éventuelles des adolescents envers leur médecin traitant dans le contexte du harcèlement et les freins à l'expression des violences. Nous espérons ainsi qu'ils nous guident vers une meilleure prise en considération de ces adolescents en souffrance. La quatrième partie proposera des pistes concernant les rôles du médecin généraliste pour un repérage plus précoce et un accompagnement optimal de ces adolescents.

5.1 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

5.1.1 *Forces*

La principale force de notre étude est représentée par son originalité. Elle intervient dans le contexte d'une dynamique française récente et actuelle sur le thème du harcèlement scolaire, mobilisant les médias, les pouvoirs publics et l'Éducation nationale. Il s'agit d'un phénomène complexe et les spécialistes de la question s'accordent sur la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire. Alors que les recherches quantitatives se sont multipliées notamment sur les conséquences dévastatrices sur la santé des adolescents, très peu de travaux font référence à la place du médecin généraliste dans sa prise en charge. Nous savons pourtant que le retard dans la reconnaissance du harcèlement et de sa prise en charge en fait toute la gravité. Peu d'études qualitatives ont été menées concernant le point de vue des adolescents sur le schoolbullying, alors que cette méthode permet d'obtenir des informations plus approfondies sur la dynamique du phénomène et leur ressenti [64]. A notre connaissance, il s'agit de la première recherche qualitative sur les attentes des adolescents victimes de harcèlement scolaire vis-à-vis du médecin généraliste.

VALIDITÉ INTERNE Les propos recueillis et les données codées semblaient cohérents et crédibles. La triangulation des données avec notre directrice de thèse, Dr Noémie Roland, a permis de renforcer la validité interne de notre étude.

VALIDITÉ EXTERNE La validité externe diffère en méthode qualitative : on parle de transférabilité des résultats, plutôt que de généralisation comme en méthode quantitative. Nous avons favorisé au maximum la diversité sociologique des adolescents interrogés, en atteignant au bout de 11 entretiens la saturation des données. Nous avons réalisé un entretien supplémentaire pour nous assurer de l'absence d'apparition de nouvelles thématiques. Néanmoins, nos résultats ne concernent que des adolescents de la région Rhône Alpes Auvergne. En répétant cette méthode dans d'autres lieux et à long terme, on pourra conclure à la transférabilité de nos résultats : « C'est à long terme que le modèle montre sa validité ou non : il est fiable s'il s'inscrit dans un réseau conceptuel qui rend compte des pratiques, les rend intelligibles voire en partie prédictibles » [65]

Contrairement à ce que nous aurions pu craindre, les adolescents se sont confiés à nous sans trop de pudeur et sont venus à notre rencontre en ayant des choses à nous dire. Plusieurs d'entre eux nous ont remerciés à la fin de l'entretien, comme pour nous montrer leur reconnaissance pour l'intérêt porté à leur problème et à la souffrance causée, et contents d'apporter leur contribution.

5.1.2 *Obstacles méthodologiques*

Expérience de l'enquêteur

Le principal obstacle était notre inexpérience. Nous avons expérimenté là notre première étude qualitative. Hors, l'un des principaux facteurs limitant de cette méthode est l'habileté de l'enquêteur à mener les entretiens. Sa personnalité, sa subjectivité, sa façon de poser les questions, de reformuler, de relancer la discussion ont pu influencer la réponse des participants. La personnalité des adolescents rencontrés nous a semblé avoir également une influence importante sur notre façon de mener ces entretiens semi-dirigés. En effet, nous avons parfois préféré aux questions ouvertes, qui permettent une certaine liberté de réponse, des questions plus directives afin d'établir un échange spontané et pour éviter de mettre en difficulté certains adolescents plus timides, ou encore lorsqu'un thème semblait plus difficile à aborder. Ensuite, nos connaissances sur la problématique du harcèlement scolaire se limitent aux recherches effectuées pour la préparation de ce travail. Cette forme de violence n'est pas abordée au cours de nos études médicales, c'est pourquoi nombre de médecins n'y sont pas sensibilisés, ne pensent donc pas à la rechercher et peuvent se trouver en difficulté pour apporter de l'aide. Mais nous avons à cœur d'écouter ces adolescents, de comprendre ce qu'ils vivaient et l'aide qu'ils attendaient.

Rapport à l'enquêteur

Le recrutement s'est fait pour la plupart des interviewés sur un mode indirect, limitant ainsi le risque d'influence d'une relation établie au préalable de notre étude. Un seul adolescent a été recruté directement par l'enquêteur ; néanmoins, il ne l'avait rencontré qu'une fois en consultation et n'était pas le médecin traitant. Le fait de savoir que l'interviewer était lui-même médecin a pu constituer une limite d'influence dans les réponses, par peur de juger la prise en charge de leur médecin.

5.1.3 *La population et sa constitution*

Dans la méthode qualitative, l'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais de constituer un échantillon permettant la compréhension d'un phénomène [66]. Malgré sa petite taille, notre échantillon présente l'avantage d'être relativement varié, améliorant la validité externe de notre étude : nous avons ainsi interrogé des filles et des garçons d'âge différent entre 12 et 19 ans, ayant fréquenté des collèges de démographie différente (milieu urbain, semi-urbain, rural). En revanche, nous aurions aimé que les personnes intermédiaires grâce auxquelles le recrutement des adolescents était rendu possible soient plus diversifiées, pour permettre d'élargir l'éventail des données à recueillir : cinq adolescents sur les douze ont été rencontrés avec l'aide de leur médecin traitant ; nous n'avons pas eu de retour d'adolescents volontaires de la part des psychologues, du milieu hospitalier, des infirmières ni des médecins scolaires. Nous n'avons pas connaissance non plus du nombre de refus ou de non répondants.

Enfin, pour tous les adolescents rencontrés, les violences subies ont été révélées et reconnues par certains adultes au moins. Ils ont été capables de se confier à une personne inconnue, avec un certain recul déjà sur leur situation et étaient volontaires pour diffuser leur histoire. Nous avons bien conscience que pour la majorité des adolescents victimes de harcèlement scolaire, cette prise de position est impossible.

5.2 LE VÉCU DES ADOLESCENTS VICTIMES DE HARCÈLEMENT SCOLAIRE

Les adolescents décrivent tous le harcèlement dont ils ont/ou sont encore victimes, tel qu'il est décrit dans la littérature (définition d'Olweus, Peter Smith) et admis par le ministère de l'Éducation nationale [67] : ils ont tous subi une violence répétée sur une longue période alors qu'ils étaient en position de faiblesse du fait d'un isolement, d'une mise à l'écart.

5.2.1 *Les violences et ses caractéristiques*

Nature des violences

Toutes les formes de harcèlement scolaire sont retrouvées dans nos entretiens. Le harcèlement moral et relationnel est le plus marqué dans le discours des adolescents. Nous retrouvons dans nos entretiens, par ordre décroissant de fréquence :

- la mise à l'écart du groupe de pairs ;
- les insultes et les moqueries ;
- les rumeurs ;
- et enfin, les menaces de mort.

Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature : la dernière enquête de victimation menée par la DEPP en 2013 auprès de 18000 collégiens retrouve une proportion plus importante de violences psychologiques. Les atteintes les plus souvent citées sont les insultes (57%), le vol de fournitures (47%), les surnoms méchants (39%) et les mises à l'écart (37%) [24]. Les violences physiques apparaissent en 5e position dans cette même enquête avec les bousculades touchant 36% des élèves. Les violences physiques graves concernent 3% des élèves. 29% disent avoir subi des violences physiques avec une fréquence importante contre 41% pour les violences verbales répétées. Dans notre étude, elles arrivent également au second plan et touchent neuf adolescents sur les douze, au collège. Aucune agression grave entraînant des soins n'a été relevée, mais les adolescents évoquent des marques cutanées laissées par les coups reçus ; trois familles ont jugé nécessaire de faire constater les blessures par le médecin généraliste.

Alors que la littérature fait état d'une prévalence du cyberbullying en augmentation sur les 10 dernières années [27], la moitié des adolescents interrogés raconte avoir été victime d'insultes, de rumeurs ou de menaces par l'intermédiaire des portables et des réseaux sociaux. Yohan a également subi le happy-slapping (actes de violence filmés) qui participe à une diffusion large des insultes. A noter que parmi les autres adolescents, au moins deux étaient soit très peu actifs sur les réseaux sociaux, soit interdits d'accès par les parents (58% en moyenne des jeunes européens ont un profil sur les réseaux sociaux [28]), diminuant probablement le risque pour eux d'en être victimes. M. Arsène et J-P. Raynaud mettent d'ailleurs en évidence dans leur revue de littérature l'association significative entre une consommation élevée d'internet et de l'ordinateur et l'implication dans le cyberharcèlement [32]. Ce phénomène touche beaucoup plus souvent les élèves en situation de harcèlement : dans l'enquête de 2013, 55% des élèves harcelés ont déclaré avoir été victimes de cyber-violence contre seulement 6% des élèves n'ayant déclaré aucune victimation [33]. Dans l'étude de Schneider et al en 2008, la majorité des victimes de cyberbullying (59,7%) parmi 20 406 élèves étaient également victimes de bullying traditionnel [30]. Avec le cyberharcèlement, les violences débordent du cadre scolaire et sont présentes n'importe où et n'importe quand.

Début des violences, la durée : influence de l'âge ?

Parmi les douze adolescents, cinq ont été harcelés dès l'école primaire, cinq autres à l'entrée au collège (en 6e) et seulement deux à partir des classes supérieures (en 5e et 4e). Pour cinq adolescents le harcèlement semblait s'être arrêté avant la fin du collège, trois autres parlaient d'une amélioration seulement, le harcèlement se poursuivait pour deux adolescentes (elles allaient faire leur entrée en 4e dans un nouvel établissement) et il s'était poursuivi jusqu'en seconde pour deux adolescents. L'enquête nationale d'Olweus en 1997 révèle que **le nombre de victimes décroît régulièrement du primaire au secondaire** [17]. En France, Debarbieux trouvait 11,7% d'élèves harcelés en primaire et 10% au collège en 2011. 8% des élèves de sixième étaient victimes contre 4% en 3e [1]. Ceci peut s'expliquer par la maturation psychique qui profite surtout aux victimes ; elle permet progressivement aux adolescents d'être en mesure de développer des stratégies pour éviter d'être harcelés.

Les violences ne sont pas de même nature selon l'âge. La forme physique du bullying est la plus souvent observée chez les plus jeunes ; elle est plus aisément identifiable. Tandis que les formes verbales et indirectes sont plus fréquentes à l'adolescence [7]. Katerina et Alexandre ont tous deux fait l'expérience de violences physiques en primaire et expliquent qu'elle se sont arrêtées à l'entrée au collège pour laisser place à des violences psychologiques d'autant plus importantes.

Katerina :

Au collège on m'a plus touchée mais... ça a pris une ampleur supérieure... y a eu des histoires de rumeurs

Alexandre :

En 6ème par contre ça a commencé un peu plus. Là ils m'ont poussé à bout (...) ils m'ont pas frappé mais c'était que des insultes

Filles ou garçons

Dans notre étude nous avons interviewé 7 garçons et 5 filles victimes de harcèlement. **Cette prédominance masculine** est cohérente avec ce que nous apprend la littérature. Les recherches montrent en effet que les garçons sont plus nombreux à être impliqués dans ce phénomène, en tant que victimes et en tant qu'agresseurs. Pour Brandibas, les filles et les garçons seraient tout autant victimes au niveau du primaire, alors que la domination du sexe masculin interviendrait plutôt au cours du secondaire [22].

Le sexe a une influence sur les modalités de harcèlement. Les agressions physiques concernent d'avantage les garçons. Un pic de croissance est relevé au moment des transformations pubertaires en lien avec l'accroissement de la force physique ; ils utilisent ainsi plus facilement l'approche physique comme force d'intimidation [68]. Tandis que

chez les filles, l'ostracisme et la violence psychologique avec les rumeurs sont plus fréquents [18] [24]. Comme le souligne V.Linlaud dans sa thèse [69], il nous paraît important de tenir compte également des stéréotypes longtemps renvoyés par la société, pour interpréter cette tendance : celui, par exemple du héros viril ou du méchant qui se distinguent par leur force et leur capacité à se battre ; et que les garçons peuvent vouloir imiter dans les cours de récréation. Il est intéressant de noter que dans notre travail, les filles sont effectivement plus souvent victimes de rumeurs (quatre filles sur cinq contre trois garçons sur les sept), en revanche, elles sont également proportionnellement plus nombreuses à subir des agressions physiques, perpétrées par d'autres filles. Cette constatation nous amène à penser que ce modèle de l'homme fort que nous venons de décrire commence à se fragiliser avec l'apparition des héroïnes féminines faisant figure de redoutables combattantes. Peut-être allons-nous assister dans les prochaines années à une augmentation de la violence physique chez les filles ?

Concernant le cyberbullying, M. Arsène, au cours de sa revue de littérature signalait que la majorité des études ne retrouvait pas de différence de prévalence selon les genres, alors que pour une minorité, les filles étaient plus souvent victimes que les garçons [27]. Parmi les adolescents de notre échantillon, les filles sont plus nombreuses à avoir subi la cyber-violence. Ce résultat va dans le sens de l'enquête nationale française de 2013 (17% des filles ont déclaré s'être faites insultées via les nouvelles technologies contre 11% des garçons) [24].

A propos de la violence à caractère sexuel et sexiste, **les filles sont deux fois plus nombreuses à déclarer avoir été la cible d'insultes sur leur comportement sexuel ou amoureux** [70]. Caly et Constance, dans notre étude se faisaient traiter de « pute », Katerina subissait des rumeurs à caractère sexuel « des grosses rumeurs comme quoi je me touchais en cours ». Les garçons sont plus souvent exposés à des insultes homophobes. Yohan était ainsi « accusé » d'être gay. En ligne, les violences sexuelles et sexistes se poursuivent et s'amplifient, et touchent près de deux fois plus les filles que les garçons [70].

Lieux de harcèlement

Les adolescents parlent de la cour de récréation et des couloirs comme scènes privilégiées des agressions. Mais le cours de sport et ses vestiaires ainsi que les abords du collège y sont presque autant représentés, au même titre que la salle de classe, souvent à l'abri du regard des professeurs, mais pas toujours. . .

Caly :

« y a des profs parfois qui voyaient »

Une adolescente a subi des violences sur le chemin de l'école et un adolescent raconte s'être fait insulter jusque devant chez lui. On remarque que les lieux cités par les ado-

lescents sont peu ou mal surveillés par les adultes. On peut cependant être surpris de constater que la salle de classe est également un lieu prisé des violences. Dans l'étude de Bellon, 32% des victimes étaient intimidés dans la cour, 16% à la sortie du collège, 13% dans certaines salles de classe et 7% dans les vestiaires ainsi que sur le trajet de l'école [5]. **Certains lieux sont donc plus à risque que d'autres pour les victimes puisqu'ils échappent au strict contrôle des adultes**; mais la classe reste un terrain de jeu favorable pour les harceleurs qui, derrière le dos des professeurs, ont la possibilité d'humilier d'avantage leur victime.

Dynamique du harcèlement

LA DIFFÉRENCE L'adolescence est une période de recherche de la norme. Pour cela, les jeunes vont s'attacher à faire partie intégrante d'un groupe en se soumettant à toutes ses exigences, même si elles vont à l'encontre de leurs propres valeurs [71]. Le harcèlement intervient lorsqu'un individu présente une différence avec le groupe, aussi insignifiante soit-elle aux yeux des adultes, qui va constituer un obstacle à son intégration. **Les adolescents dans notre étude évoquent tous la « différence » comme explication initiale à ce harcèlement** dont ils sont victimes, qu'elle implique leur physique, leur style ou leur caractère; plusieurs d'entre eux disent même ressentir cette différence. Katerina évoque la notion de jalousie parce qu'elle est sportive et gagne des courses, Caly parce qu'elle est la première de la classe, P'tit Biscuit et Nicolas sont traités de fayot parce qu'ils participent en classe. Il peut également s'agir d'un style vestimentaire jugé non conforme; c'est le cas pour Yohan et Nicolas qui sont alors considérés comme étant homosexuels. De traits de personnalité plus ou moins marqués; Katerina parle de son « gros caractère » comme prétexte d'exclusion, Cat de sa « faiblesse » du fait d'épreuves passées. D'un décalage dans le développement psychoaffectif; Bernard se sentait encore « en CM2 » et privilégiait le jeu. D'une particularité physique; Alexandre est moqué pour sa taille, Mickaël pour sa perte de cheveux. Des recherches ont été menées concernant le risque de harcèlement chez les enfants présentant un handicap ou un trouble chronique. Les différences les plus sujettes à la victimisation sont : les troubles psychologiques, l'autisme, les troubles anxieux et dépressifs qui tendent à l'isolement spontané des jeunes, ou encore les troubles de l'attention (hyperactivité) ainsi que les troubles du langage tels que le bégaiement; plus que les troubles moteurs ou les maladies chroniques [72]. Retenons surtout qu'il n'y a pas de profil type de bouc émissaire mais que la victime est choisie parce que les conditions sont réunies à un moment pour l'isoler du groupe.

UNE RELATION TRIANGULAIRE Si la différence et les personnalités respectives du harceleur et de la victime sont un point de départ aux violences, **le school bullying reste un phénomène de groupe**. La présence des pairs comme spectateurs est une condition nécessaire à son maintien dans la durée. Le harcèlement cesse de fonctionner lorsque

l'agresseur se retrouve sans soutien et se rend compte que ses agissements n'amuse plus personne. Christina Salmivalli, professeur de psychologie à l'université de Turku en Finlande identifie trois façons de réagir pour les témoins des violences [73] :

- les « supporteurs » : les élèves qui soutiennent, encouragent et renforcent les actes d'agression ;
- les « outsiders » : souvent les plus nombreux, représentés par les élèves qui restent en retrait ; ils n'approuvent pas forcément ce qu'ils voient, mais ils laissent faire ;
- et enfin les « défenseurs » : les élèves qui prennent position en faveur de la victime soit en intervenant directement soit en apportant du réconfort à la victime.

On retrouve bien les trois catégories de témoins dans le discours des adolescents. C'est surtout de l'attitude des « supporteurs » dont ils se souviennent puisque ce sont eux qui légitiment les violences et les amplifient. Certains évoquent la passivité de leurs amis, leur silence. A ce sujet, L'étude de Marie-Claude Dewulf montre l'importance de la dégradation des relations sociales et amicales de l'élève harcelé. Elle précise que le silence des témoins isole la victime autant que les consignes d'ostracisme. Pour éviter que le retrait social se poursuive après la dénonciation du harcèlement, il serait essentiel d'engager une discussion avec les élèves de la classe, permettant ainsi à l'adolescent de se réintégrer au sein du groupe [53]. **Les programmes de lutte contre le school bullying qui obtiennent les meilleurs résultats sont d'ailleurs ceux qui cherchent à modifier l'attitude des spectateurs par la sensibilisation et en favorisant l'empathie [5] [74].**

L'INCOMPRÉHENSION Les adolescents interviewés expriment bien leur incompréhension première de la situation. **Cette incompréhension est à l'origine de la répétition des violences : elle entraîne une sidération de la pensée de la victime, qui ne parvient pas à discerner l'intention de son agresseur et l'empêche de se défendre correctement.** Elle semble alors déstabilisée et met en place une réponse inadaptée qui encourage son ou ses harceleurs. Bob et Mickaël au départ ne réagissent pas, ne sachant pas quelle attitude adopter. Yohan espère se faire accepter en se montrant d'autant plus gentil et agréable. Puis l'émotion prend le dessus, ils se montrent énervés et ripostent par les insultes ou la force. Les garçons rendent les coups. Mickaël, avec le recul prend conscience que son attitude a attisé et renforcé le harcèlement « plus ils voyaient que ça m'énervait, plus ils continuaient ». La réaction de la victime, qu'elle se traduise par la passivité ou la révolte est utilisée par le harceleur pour la stigmatiser d'avantage. Par ailleurs, le prétexte du rire, souvent avancé par les harceleurs pour justifier les moqueries, renforce l'incompréhension de la victime. J-P. Bellon explique que le rire est une

arme redoutable parce qu'il force les témoins à la complicité [5]). Mickaël dit ainsi de ses amis « ils réagissaient pas... j'étais censé rire pour eux.»

PUIS LA RÉSIGNATION A force d'échecs de ses stratégies de défense et à bout d'initiative, la victime finit par se résigner.

Yohan :

C'était échec sur échec... du coup bah... (...) je me disais : peut-être qu'ils ont raison

Katerina :

disons que j'ai en quelque sorte l'habitude

UNE VULNÉRABILITÉ COMMUNE Nous venons de voir que le harcèlement se fonde sur le rejet de la différence et sur la volonté du harceleur de réduire la victime à cette différence ; une différence qui dérange parce qu'elle le renvoie en fait à ses propres blessures, sa propre vulnérabilité. **Le bouc émissaire réveille chez l'agresseur une souffrance qu'il ne veut surtout pas questionner** ; il semble alors préférable pour ce dernier de nier ses failles et de les attribuer à l'autre afin de les rendre étrangères. Prenons l'exemple de P'tit Biscuit et de Nicolas qui sont traités de « fayot » parce qu'ils participent en classe et n'ont pas peur d'exprimer leurs idées ou encore de Caly, jalosée pour ses bonnes notes ; le harceleur en veut à sa victime de réussir là où il échoue, il transforme ainsi ses qualités en défauts afin d'éviter la remise en question de soi, source d'angoisse [75]. Dans le cas de Yohan que l'on « accuse » d'être gay, il ne serait pas étonnant que l'un de ses bourreaux soit en fait lui-même attiré par les garçons mais dans l'incapacité totale de l'assumer. Ou encore l'exemple de Cat dont la fragilité psychologique peut renvoyer à l'agresseur une image qu'il cherche à chasser, la sienne dans un contexte de violence intra-familiale par exemple. Il est important de préciser que les adolescents seront plus sensibles aux particularités des personnes qu'ils ont côtoyées auparavant et avec qui ils avaient des affinités, ce qui va rendre encore plus difficile la compréhension de la situation par la victime. Harcelé et harceleur ont donc une vulnérabilité commune mais la gestion de ces faiblesses leur est très différente.

Le harcèlement scolaire peut être considéré comme un échec de la dynamique de groupe.

5.2.2 *Sortie du silence*

Olweus, en 1978 (cité par Debarbieux) montre qu'une victime de harcèlement scolaire présente quatre fois plus de risque de tentative de suicide si elle ne bénéficie pas du soutien des adultes, soit parce qu'elle garde le silence, soit parce que les adultes pensent qu'il ne s'agit que de chamailleries d'enfants [15]. P'tit Biscuit nous explique bien le rôle salvateur de ses parents lorsqu'il est envahi par les idées noires : celles-ci

disparaissent rapidement grâce à leur intervention et leur soutien. D'où l'importance de prise de conscience du problème et de sa gravité par les adultes, qu'ils soient parents, professionnels de l'éducation ou de santé.

La première fois qu'ils en parlent

Cinq adolescents sur les douze parlent des violences subies à leurs parents dès le début. Pourtant le harcèlement s'étale sur une période d'un an minimum et se poursuit pour deux d'entre eux au moins. Bernard n'a plus subi d'agression depuis 1 mois seulement, ce qui laisse peu de recul pour l'interprétation. Si les parents reconnaissent le harcèlement comme tel, il semble que cela ne soit pas suffisant pour y mettre un terme.

Pour les autres adolescents, la révélation arrive après plusieurs semaines ou plusieurs mois de violence, souvent par l'intermédiaire d'une tierce personne qui joue le rôle de déclencheur. Yohan se confie à l'infirmière scolaire sur les conseils d'un professeur après l'avoir surpris en train de se faire du mal, Katerina en parle à sa mère sur les conseils d'un ami, Mickael est obligé de justifier son absentéisme scolaire à ses parents et Cat accepte finalement de s'exprimer par écrit à la demande d'un membre de l'équipe hospitalière de pédopsychiatrie. Caly finit par se confier à sa mère, ne pouvant plus contenir sa tristesse à la maison, Alexandre se fait surprendre par sa mère adoptant un geste de passage à l'acte suicidaire et Bob doit justifier la présence de ses agresseurs devant chez lui.

Dans l'étude de Unnever et Cornell en 2004, parmi 898 élèves identifiés comme ayant été victimes de harcèlement, 25% n'en avaient parlé à personne et 40% ne s'étaient confiés à aucun adulte [54]. Jusqu'à 50% des enfants interrogés dans l'étude de L. Radford et al en 2013 disent qu'ils n'en parleraient jamais ou rarement à leurs parents, s'ils étaient victimes de harcèlement, et entre 35% et 60% n'en parleraient pas à leur professeur [76]. Une étude australienne, citée par M. Carr-Gregg réalisée auprès de 415 collégiens retrouve un résultat similaire : plus de la moitié d'entre eux (54%) disent qu'ils ne rapporteraient pas les faits de harcèlement aux adultes [77]. Nous nous attacherons plus loin à découvrir les raisons qui poussent les adolescents à garder le silence.

Réaction et intervention des parents

Généralement, les parents reconnaissent vite la détresse de leur enfant lorsque celui-ci leur fait part des violences subies. Ils se montrent alors inquiets, en colère ou bien effondrés de l'apprendre si tardivement. La maman de Yohan se met à pleurer lorsqu'elle prend connaissance de sa souffrance, probablement blessée, inquiète mais aussi envahie d'un sentiment de culpabilité pour ne pas avoir su la reconnaître. Parce que Yohan a su brouiller les pistes, aidé probablement par sa position d'adolescent potentiellement

en crise ; il le dit lui-même « je faisais un peu ma crise d'ado et c'était pas facile avec mes parents, mon frère ». Parfois, il semble plus difficile de prendre la mesure de la situation. La maman de Katerina préfère ne « pas trop s'en mêler » ayant sans doute du mal à distinguer le harcèlement de simples chamailleries ; de même pour les parents de Mickaël qui n'envisagent pas qu'il puisse sécher les cours pour de « simples moqueries ». Le papa de Cat refuse de la croire dans un premier temps pensant qu'elle cherche à attirer l'attention. Quelques fois, ils tentent de comprendre et cherchent une explication : « c'est peut-être toi le problème » Katerina Cela nous laisse à penser que beaucoup de parents ne sont pas sensibilisés à la question du harcèlement scolaire avant d'y être confrontés.

Après avoir pris connaissance de la souffrance de leur enfant, les parents apportent leur soutien par l'écoute, les conseils mais font très vite appel aux professionnels du collège. En effet, souvent un seul adulte ne suffit pas ; lorsque la situation s'enkyste il est indispensable que parents et membres de l'école se rencontrent afin d'identifier les difficultés et d'adopter une stratégie d'intervention concertée [7].

Deux parents interdisent à leur enfant l'accès à certains réseaux sociaux pour prévenir le cyberharcèlement. Caly en est tout de même victime via son téléphone portable.

Lorsque l'intervention du collège semble insuffisante et que les agressions se poursuivent, trois parents prennent l'initiative d'interpeler le harceleur directement. Non seulement cette intervention ne permet pas d'améliorer la situation mais au contraire, cela a des répercussions négatives : la famille de l'agresseur de Caly se plaint au collège et sa mère est réprimandée par la CPE ; pour P'tit Biscuit, elle est la cause de représailles et l'occasion de le stigmatiser d'avantage. Nicole Catheline, pédopsychiatre, déconseille fortement ce type d'intervention parce qu'elle risque de conduire à des tensions entre les familles et à la dégradation des relations entre les élèves. Elle insiste sur la nécessité d'un tiers médiateur pour régler les conflits [78].

Suite à une énième agression physique, deux familles démunies se tournent vers la justice espérant faire cesser enfin le harcèlement. Deux autres menacent de porter plainte. Mais là encore, les résultats de cette intervention déçoivent puisqu'au mieux, elle permet une amélioration très brève.

Finalement, plus de la moitié des familles considèrent le changement d'établissement comme ultime recours pour faire cesser les violences. Debarbieux parle de la « double peine des victimes » [15] : celle infligée par ses harceleurs et celle induite par la non protection de la part des adultes de son école. Si l'adolescent, en fuyant son collège espère se reconstruire ailleurs (« je pourrai avancer » Caly, « l'année prochaine on n'en parlera plus » Cat), cela ne veut pas dire qu'il ait profondément envie de le quitter,

alors qu'il y a ses repères. On peut le percevoir à la fois comme un soulagement pour la victime mais également comme une punition. Le changement d'établissement reflète souvent la mauvaise cohésion entre la famille et le personnel éducatif n'ayant pas permis de mettre en place une stratégie d'action concertée. Comme illustration inverse, nous pouvons évoquer le refus de P'tit Biscuit de changer de collège invoquant le soutien et l'investissement de ses professeurs pour lui venir en aide.

Réaction et intervention des membres de l'établissement scolaire

Dans le discours des adolescents, les professionnels de l'éducation ne semblent pas toujours prendre la mesure de ce qu'il se trame pour les victimes ou préfèrent fermer les yeux jusqu'à l'intervention des parents et la reconnaissance obligée du harcèlement. Lorsqu'il se bat en réponse à une agression, Mickaël explique que les professeurs s'interposent pour faire cesser la bagarre sans jamais chercher à comprendre la situation. Il en est de même pour Yohan lorsqu'il est victime de happy-slapping dans les vestiaires du gymnase : la professeure intervient mais ne semble pas se rendre compte de la gravité de la situation et aucune mesure n'est prise ; le préjudice moral pour lui est pourtant immense. Nicole Catheline explique que l'attitude de l'adulte dans la classe et la manière dont il se sent impliqué quant à l'intégration de l'élève dans le groupe favorisera ou non le phénomène de harcèlement [7]. Une étude de 2001 impliquant 251 professionnels éducatifs a montré que les enseignants repèrent mal les situations de harcèlement, sont souvent réticents à les admettre et à les traiter ou les traitent de manière inadaptée ou insuffisante [79]. Au-delà du déni ou de l'indifférence, Nicolas est accusé par son professeur principal d'abuser de sa situation, sous le prétexte que ce n'est « pas si dramatique », quand un autre lui fait comprendre qu'il a sa part de responsabilité et qu'il devrait adapter son langage afin de se conformer au groupe. Nous voyons bien que les enseignants ont besoin d'être mieux préparés à ces situations ; ils ne sont pas encore assez formés à repérer le harcèlement et encore moins à adopter la bonne attitude.

Quelles mesures sont prises par l'établissement à l'annonce du harcèlement ? Le plus souvent victime et agresseur(s) sont convoqués pour une « confrontation » de points de vue. Les parents de la victime ne sont pas toujours reçus par le collège et deux parents d'agresseurs seulement sont convoqués, seuls. Que les parents de la victime et ceux de l'agresseur ne soient pas convoqués montre bien que les faits rapportés ne sont pas considérés comme inquiétants aux yeux des responsables du collège. Des sanctions sont prises mais pas toujours, du simple mot dans le carnet jusqu'à l'exclusion transitoire du collège décidée lors du conseil de discipline. Parfois une intervention de prévention du harcèlement est organisée au sein des classes. **Les programmes de prévention déjà appliqués et dont le bilan est jugé positif insistent sur l'importance de la rencontre entre les responsables de l'établissement et la victime et ses parents : d'abord parce que la reconnaissance de la souffrance de la victime par tous les adultes**

(et pas seulement ses parents) est un préalable au processus de guérison. Ensuite parce que la cohésion parents-enseignants est nécessaire en vue d'une intervention rapide et efficace. Les parents de l'agresseur doivent être reçus par le collège et des sanctions expliquées et dépourvues de caractère agressif envers le harceleur doivent être prises [17]. Les sanctions ont pour but la réparation et la prise de conscience de ce qui a été commis ; il s'agit de responsabiliser le harceleur [80].

Deux adolescents seulement sont dirigés vers d'autres intervenants au sein du collège pour un suivi de la situation : des temps de paroles sont programmés avec l'infirmière scolaire pour Nicolas et avec l'assistance sociale pour Caly. Aucun ne nous a rapporté avoir rencontré le médecin scolaire. Enfin, des réunions de soutien avec une professeure sont organisées pour venir en aide à P'tit Biscuit.

Qu'en pensent les adolescents ?

Seul P'tit Biscuit exprime sa reconnaissance envers ses professeurs pour l'avoir écouté, soutenu et pour avoir réagi. Nicolas, lui, éprouve du soulagement lorsque certains de ses professeurs interviennent et réprimandent son harceleur. Mais finalement, le harcèlement persiste ou bien reprend pour tous les adolescents. Les études étrangères nous alertent en effet sur la persistance ou la reprise du bullying dès que les adultes de l'établissement relâchent leur attention [53].

Les adolescents expriment leurs regrets concernant l'implication des membres du collège. Plusieurs nous confient leur sentiment d'abandon devant l'absence de soutien ou d'une aide efficace de la part des adultes, celui d'être seuls face à la situation et de ne pouvoir compter que sur eux-mêmes. Certains se sentent incompris ; ce qui renforce leur sentiment de solitude et la tendance au repli. A la peine infligée par les violences subies, se rajoute parfois un sentiment d'injustice du fait de la non protection des adultes voire de leurs réprimandes. Yohan ressent du « dégoût » suite à son agression filmée dans les vestiaires, qui n'a jamais été mise à jour malgré l'intervention de l'enseignante, et qui est donc restée impunie. Bernard insulte presque son directeur qui s'enquiert uniquement de la version de son agresseur et semble le croire coupable des faits. Caly et Bob sont sanctionnés alors qu'ils tentent de se défendre. Lorsque les stratégies d'évitement des violences ne fonctionnent pas, l'adolescent adopte ensuite des comportements agressifs et désorganisés de défense. Si les adultes n'ont pas su repérer tout de suite la détresse de la victime, ces comportements observables peuvent les amener à penser qu'elle n'est pas si innocente que cela. Une telle position de la part des adultes aggrave le sentiment d'abandon [78].

Les adolescents attendent donc implicitement plus d'attention et d'intérêt de la part des professeurs et des responsables du collège. Nicolas pense que ses parents

sont présents pour le soutenir mais qu'ils ne sont pas en mesure de régler la situation, contrairement au CPE. Alice regrette l'absence de l'infirmière scolaire qui lui propose de venir la voir si elle a besoin mais qui est finalement très peu présente. Constance déplore l'absence des séances de vie de classe sur le thème du harcèlement qui auraient pu aider selon elle.

Un plan d'action global est effectif en France depuis 2012 avec la diffusion de films et la mise à disposition d'outils d'information et de prévention via le site du gouvernement. (agircontreleharcelementalecole.gouv) La formation des professionnels de l'Éducation devrait se développer avec le nouveau plan de lutte contre le harcèlement de 2013. Mais actuellement, il existe une grande disparité entre les établissements scolaires quant à leur implication et les initiatives entreprises pour lutter contre le phénomène. Par ailleurs, ces actions doivent inclure les parents et surtout s'inscrire dans la durée. Les effets positifs des interventions deviennent perceptibles souvent après plusieurs années d'effort (entre un et cinq ans selon la revue de littérature de J. David Smith et al en 2004 [48]). Il faut du temps pour intégrer les changements de pratiques dans la culture des établissements et influencer l'attitude des enseignants et des élèves ; il va donc falloir être patient.

5.2.3 *Conséquences suite aux violences*

Les recherches concernant les conséquences du harcèlement scolaire vont toutes dans la même direction : elles tendent à démontrer **l'importance des répercussions à plus ou moins long terme sur les apprentissages, la santé physique et mentale et sur les relations sociales**. Elles permettent de lutter contre certains préjugés de longue date tels que « être victime de moqueries forge le caractère » ou encore « ce n'est pas si grave que ça, quand le harcèlement s'arrêtera, il sera oublié ». Les études longitudinales montrent en effet que les dommages pour la victime se font sentir bien après la fin du harcèlement. [81] [82] [83] [84] [40]. Nous traiterons des conséquences à court et moyen terme par secteurs concernés, scolaire, physique, psychologique et social tels que nous en parlent les adolescents. Puis nous aborderons les conséquences à plus long terme.

A court et moyen terme

C'est l'impact psychologique du harcèlement dont parlent le plus spontanément et de façon plus marquée les adolescents. Les violences psychologiques sont d'ailleurs autant voire plus destructrices que les violences physiques. Alexandre l'exprime bien : « c'était que des insultes mais... blessantes en fait, c'était plus blessant que la violence avec les mains ». Ils ont tous développé des troubles anxio-dépressifs se traduisant par la tristesse, les pleurs, le repli sur soi, la peur d'aller à l'école, l'érosion de l'estime de

soi et jusqu'aux pensées suicidaires lorsqu'ils n'ont plus d'espoir de voir la situation s'améliorer.

L'anxiété est la première conséquence des violences et elle est à l'origine de nombreuses perturbations. **Sur le plan scolaire, elle entrave les capacités de concentration et donc des apprentissages du fait d'une indisponibilité psychique de l'adolescent.** Trop occupé à imaginer et à craindre les prochaines agressions, celui-ci ne peut plus apprendre et retenir ses cours ni se concentrer sur son travail lors des contrôles. La plupart des adolescents interviewés évoquent une baisse de leurs résultats scolaires. Certains confessent la mise en place de stratégies d'évitement dictées par la peur de se rendre à l'école : P'tit Biscuit supplie presque ses parents de ne pas aller à l'école, quand Nicolas arrive en classe avec dix minutes de retard pour éviter « un mouvement de foule », et Yohan s'endort le plus tard possible afin d'avoir l'air trop fatigué le lendemain pour se rendre au collège. La peur du lieu d'exposition au bullying peut entraîner de véritables phobies de l'école et conduire à des attaques de paniques et à un absentéisme scolaire ; à ne pas confondre avec les classiques phobies scolaires en lien avec une angoisse de séparation [37]. Mickaël nous parle de ses absences scolaires qui, associées à d'autres déterminants, conduiront finalement à une déscolarisation. DeRosier et son équipe ont montré que les élèves isolés et mis à l'écart étaient plus souvent absents que les autres [85]. Catherine Blaya explique que le harcèlement scolaire est un des facteurs de risque du décrochage scolaire et que parmi les absentéistes, beaucoup le sont par peur de se rendre au collège et par le sentiment d'un manque de protection de la part des adultes [86].

Le harcèlement scolaire affecte le métabolisme et peut ainsi causer des troubles somatiques multiples tels que les céphalées, les douleurs abdominales, les troubles du comportement alimentaire avec une perte d'appétit, des vomissements provoqués comme évoqués par les adolescents... et jusqu'à l'arrêt de croissance. On retrouve également dans leur récit des troubles du sommeil à type d'insomnie, de retards à l'endormissement et des cauchemars. Les recherches confirment que les victimes de harcèlement souffrent plus souvent de troubles psychosomatiques [87]. La plainte concernant le sommeil est plus fréquente chez les victimes de harcèlement que chez les élèves non impliqués. Elle est également retrouvée plus importante chez les harceleurs [88].

Parfois, le bouleversement émotionnel est tel qu'il peut engendrer des conséquences psycho-traumatiques. Plusieurs études montrent que certaines victimes de harcèlement font l'expérience d'un état de stress post-traumatique [89] [90]. Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) repose sur un ensemble de critères établis par le DSM-IV [91] : L'individu a été exposé à un événement traumatique qui a provoqué chez lui une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Ce trouble se manifeste par une reviviscence de la scène traumatique, des comportements d'évitement des stimuli asso-

ciés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et un état d'hyperactivation neurovégétative. Deux types de trouble psychotraumatique sont distingués chez l'enfant : le trouble faisant suite à un évènement unique et celui survenant après un évènement délétère répété ou durable. C'est ce dernier qui nous intéresse dans le contexte du harcèlement scolaire. Ainsi, l'agression qui a suscité chez l'enfant de la peur, de la détresse, est constamment revécue à l'état de veille mais également pendant le sommeil (cauchemars). Le PTSD est caractérisé par un état de « qui-vive » avec des réactions de sursauts exagérés, des conduites d'évitement, des crises émotives, des troubles de l'humeur, des impulsions agressives, une activation neurovégétative, des plaintes somatiques, des perturbations cognitives (problème de concentration, de mémoire) et des troubles de la personnalité. Dans une enquête de 2012, Houbre et son équipe retrouve un PTSD chez près de 40% des élèves harcelés de leur échantillon [89]. Ce chiffre est cependant probablement un peu surévalué puisque certains élèves étaient interrogés moins d'un mois après la dernière agression ; or, selon le DSM-IV, les symptômes du PTSD persistent plus d'un mois après la survenue des évènements traumatiques. L'étude valide l'hypothèse selon laquelle la répétition des agressions semble jouer un rôle majeur sur l'impact traumatique ; plus les agressions sont fréquentes et plus le degré de stress post-traumatique est élevé.

Au fil du temps, l'adolescent envahi par ses angoisses ne peut plus faire face ; il va alors se replier sur lui-même. La perte d'estime de soi, le manque de confiance et la solitude qui l'entoure peuvent conduire à un syndrome dépressif grave avec idéations suicidaires jusqu'au passage à l'acte auto-agressif. Cat exprime la détresse psychologique dans laquelle elle se trouvait : « je n'avais plus aucun sentiment, ma seule idée c'était de mourir pour ne plus penser et ne plus souffrir », une souffrance et un désespoir qui l'ont conduit à programmer de « sauter par la fenêtre ». Plus de la moitié des adolescents nous révèlent avoir eu des pensées suicidaires. Plusieurs études dans la littérature montrent que **les enfants victimes de harcèlement, quelque soit sa forme, souffrent plus souvent de dépression et sont plus à risque de développer des pensées et des comportements suicidaires** [84] [92]. Sur 30 jeunes interrogés à la suite d'une tentative de suicide, par Blaya en 2010 [86], la moitié d'entre eux avait été victimes de harcèlement et de maltraitance à l'école. Yohan, Katerina, Bob et Cat se sont infligés des mutilations pour oublier leur souffrance morale. Selon M. Arsène dans sa thèse proposant une revue de la littérature, plusieurs études s'accordent à dire que le cyberbullying serait perçu comme plus délétère pour la santé mentale que le bullying traditionnel, du fait de l'anonymat autour de l'agresseur et d'une audience plus large [27]. Le cyberbullying ne laisse aucun répit à la victime qui ne peut pas se cacher. Une méta-analyse parue en 2014 retrouve que le risque de présenter des idées suicidaires est plus étroitement lié au cyberbullying qu'au bullying traditionnel [92]. La mésestime de soi et la perte de confiance passent aussi, pour Yohan, par la remise en question de son orientation sexuelle. Les dires répétés de ses camarades sur sa prétendue homosexualité finissent

par s'ancrer dans son esprit jusqu'à le faire douter, à une période charnière de la recherche et de la construction identitaire.

Le harcèlement entrave la vie sociale et relationnelle en fragilisant la capacité à faire confiance aux autres et le plaisir à être en groupe. Cat et Bob expliquent se sentir toujours méfiants vis-à-vis de leurs pairs et Constance a parfois l'impression de devenir « un peu parano » en anticipant de possibles agressions. S'il ne reçoit pas l'aide des adultes dont il a besoin, l'enfant ou l'adolescent va alors nourrir le sentiment de ne pouvoir compter que sur lui-même dans la vie. Ce sentiment d'abandon fragilise les processus de socialisation et augmente le risque de recours à la violence. Bob décrit bien ce sentiment d'abandon « il n'y a plus personne qui peut nous aider... quand même les adultes ils ne font rien » ; il explique s'être mis à la musculation car pour lui « la solution c'est de se défendre ». Certains adolescents évoquent un sentiment de colère, de haine même envers leurs agresseurs, accompagnée d'un désir de vengeance parfois. Dans certains cas, la rage ressentie mais contenue à l'encontre des harceleurs peut s'exprimer en dehors de l'école par de l'agressivité, des difficultés relationnelles avec l'entourage. Katerina, Bernard, Caly et Constance sont agressifs avec leurs parents, Cat avoue avoir frappé son père et Bob reporte sa violence contre le matériel autour de lui. D'autres fois, la fuite semble préférable : Katerina s'enfuit de chez elle la nuit à plusieurs reprises, Cat songe à fuguer.

Après les violences et à long terme

Nous n'avons pas beaucoup de recul concernant les conséquences à long terme dans notre étude puisque nous avons choisi de rencontrer des adolescents et non des adultes anciennes victimes. Néanmoins nous les avons interrogés sur leur état d'esprit actuel et demandé s'ils pensaient souffrir de séquelles suite au harcèlement, pour ceux qui en étaient sortis. Au moment de notre rencontre, P'tit Biscuit, Katerina, Alice et Caly s'apprêtent à faire leur rentrée dans la classe supérieure et jusque là, le harcèlement ne s'est pas totalement arrêté. P'tit Biscuit et Katerina appréhendent la rentrée et la récurrence des violences, mais tous deux gardent espoir :

- P'tit Biscuit a refusé de changer de collègue en raison du soutien et de l'investissement de ses professeurs ;
- Katerina exprime son intention de ne pas « se laisser faire » et compte sur le sport pour « affronter tout ça ».

Alice et Caly se sentent soulagées à l'idée de changer d'établissement ; elles perçoivent cette rentrée comme « un nouveau départ » et donc la fin de leur calvaire. Pour Constance, la situation s'est améliorée mais elle ne se sent pas complètement tirée d'affaire. Elle parvient à prendre du recul et se dit d'avantage en mesure de se défendre. Elle confesse tout de même rester méfiante envers les autres et a tendance à anticiper d'éventuelles agressions : « à force de tout ça, je deviens un peu parano ». Pour Bernard et Alexandre

le harcèlement semble tout juste derrière eux. Bernard souhaite aller de l'avant, pour lui « c'est du passé » ; Alexandre reste sur ses gardes, il craint de nouvelles agressions. Cinq ans après les violences, Mickaël présente toujours des troubles du sommeil et considère être mal à l'aise lorsqu'il y a du monde autour de lui depuis le harcèlement. Ses cheveux n'ont jamais repoussé. Yohan exprime la difficulté éprouvée pour parvenir à retrouver confiance en lui. Il repense parfois à ce qu'il a vécu et considère sa susceptibilité comme une séquelle du harcèlement. Pour Bob, la méfiance envers autrui est au premier plan des conséquences à plus long terme. Il nous fait part de sa vision très négative des gens, de sa peur des autres mais aussi de leur absence. Il se dit changé, son humeur est très labile. La réflexion sur son ressenti vis-à-vis des autres fait partie intégrante de son suivi par le pédopsychiatre. Il en est de même pour Cat qui n'arrive plus à faire confiance aux autres. Elle nous confie son mal être persistant et se dit « toujours marquée par ça ». Elle évoque la reviviscence des scènes de violence qui pourrait s'intégrer dans un syndrome de stress post-traumatique au même titre que les cauchemars avec répétition de la scène traumatique. Elle est en cours de suivi par un pédopsychiatre et attend le changement de collègue avec impatience. Nicolas est épanoui dans sa nouvelle classe de 4e, il repense parfois à ce qu'il a dû affronter mais il est le seul à n'avoir aucune appréhension pour la suite. Il n'a jamais hésité à demander l'aide de tous les adultes et n'éprouve pas de regret quant à sa façon de réagir.

Les recherches s'accordent sur l'impact à long terme des phénomènes de harcèlement à l'école. **Le harcèlement dans l'enfance ou l'adolescence augmente le risque de souffrir de dépression quelques années plus tard et à l'âge adulte.** Dans une étude parue en 2011, Ttofi et son équipe retrouvent que la probabilité d'être déprimé jusqu'à 36 ans plus tard est nettement plus élevée pour les enfants qui ont été victimes de bullying comparée aux enfants non impliqués. Les tentatives de suicide ne sont alors pas rares, de même que les conduites addictives [39].

Nous l'avons compris à travers la parole des adolescents, **le harcèlement fragilise durablement l'estime de soi et la capacité à faire confiance aux autres. Cette vulnérabilité relationnelle acquise dans l'enfance peut entraîner des difficultés dans les relations sociales à l'âge adulte.** Plus les actes de bullying sont fréquents et durables, plus les difficultés dans les relations affectives et sociales sont importantes. L'impact sur l'incidence des troubles anxieux est réel. Dans l'étude de Stapinski et Al, publiée en 2014, le bullying à l'adolescence est associé à un risque deux à trois fois plus important de trouble anxieux à l'âge de 18 ans [93]. Cela se complique parfois d'une véritable phobie sociale. Mc Cabe et al retrouvent dans leur étude de 2003, un pourcentage élevé de cas auto-reportés de victimisation sévère (92%) dans le groupe de patients présentant une phobie sociale, comparé au groupe d'obsessionnel compulsif (50%) et à celui de trouble panique (35%) [94].

La recherche suggère un lien entre les agressions précoces répétées et la délinquance ultérieure. Si les harceleurs ont un risque accru de délinquance criminelle à l'âge adulte [40] [95], les harcelés ne semblent pas épargnés par les comportements de violence ultérieure ; **les garçons victimes sont plus susceptibles que les autres d'utiliser une arme et d'adopter une conduite violente indépendamment des facteurs sociaux et familiaux** [96]. Une étude américaine publiée dans un rapport du FBI en 2000 a montré que près des trois quart des school shooters (auteurs d'attaques armées dans un établissement scolaire) entre 1974 et 2000 avaient été victimes de maltraitance par les pairs. Ils s'étaient souvent sentis persécutés, harcelés, humiliés, attaqués ou blessés par d'autres élèves avant l'évènement. La peur et la vengeance étaient invoqués comme raison pour se rendre armé à l'école.

La victimisation par les pairs semble également représenter un facteur de risque développemental d'une symptomatologie psychotique à l'âge adulte [97], par la dégradation de l'image de soi et l'incapacité d'interagir socialement [98].

Enfin, au niveau transgénérationnel, Farrington dans son étude longitudinale de 1993 (cité par Debarbieux) a démontré que le rôle de victime avait tendance à se transmettre à la génération suivante, les enfants de victimes de bullying ayant plus de risque d'être harcelés à leur tour [15].

5.3 LA PLACE DU MÉDECIN TRAITANT ET LES ATTENTES DES ADOLESCENTS

Nous connaissons maintenant l'importance et la gravité des troubles psychopathologiques présentés par les victimes de harcèlement. Nous prenons conscience de la difficulté pour l'école d'intervenir de manière adaptée et efficace et d'engager un vrai partenariat avec les parents. Nous comprenons le désarroi et le sentiment d'abandon des adolescents qui en découlent. La résolution de ces situations complexes semblent nécessiter une prise en charge pluridisciplinaire ; le médecin généraliste n'y a-t-il pas un rôle à jouer ? Nous imaginons bien qu'il est peu probable qu'un adolescent se présente en consultation pour se plaindre explicitement du harcèlement dont il est victime ; mais peut-être aimerait-il que le médecin le délivre de son silence, et lui apporte l'aide qu'il ne trouve pas ailleurs.

5.3.1 *Leur perception du rôle du médecin de famille*

Si certains parents n'hésitent pas à demander de l'aide auprès du médecin de famille, il en est tout autre pour les adolescents qui ont bien souvent une vision assez floue du champ d'action du médecin généraliste. La plupart d'entre eux cantonnent son rôle aux soins somatiques et à la prescription médicamenteuse en réponse à un

symptôme ; le médecin c'est celui qui « ausculte », « quand je suis malade ». Ils ne lui connaissent pas le rôle d'écoute et de soutien psychologique. Seuls deux adolescents lui attribuent cette compétence.

Nicolas :

C'est une personne compétente à qui on peut s'adresser librement.

Nous comprenons donc que l'idée ne leur vient pas spontanément de se confier à lui. L'étude réalisée par Elodie Lacotte-Marly dans le cadre de sa thèse confirme d'ailleurs que le médecin n'est pas perçu par les adolescents comme un confident et seulement 32% d'entre eux pensent qu'il peut les aider pour une éventuelle dépression [99].

Les adolescents consultent peu souvent, entre deux et trois fois par an chacun, mais la rencontre médecin généraliste-adolescent reste fréquente ; 75% des adolescents ont vu un médecin dans l'année. Le plus souvent, ils consultent pour un motif somatique (75%) mais aussi administratif et préventif (19%). Le motif psychologique ne concerne que 6% des consultations, alors que la dépressivité touche environ 30% des adolescents [61].

5.3.2 Implication du médecin généraliste dans le contexte de harcèlement

Les violences ont-elles été rapportées au médecin généraliste pendant le harcèlement ?

Non pour cinq adolescents sur les douze. Ils sont pourtant quatre à l'avoir consulté au moins une fois : à l'occasion d'un épisode pathologique aigu pour Alexandre et Constance, suite à la pelade pour Mickaël et pour la prise en charge d'un sevrage toxicologique et de comportements violents pour Bob. Seule Cat affirme ne l'avoir jamais consulté pendant la période des violences ; les hospitalisations en pédopsychiatrie ayant eu lieu via les urgences. La question du bullying n'a semble t-elle jamais été évoquée.

Oui pour les sept autres adolescents. Pour l'un d'entre eux, les parents l'ont consulté seuls. Néanmoins, **cette révélation arrive tardivement dans l'histoire du harcèlement et surtout à l'initiative des parents**. Elle fait souvent suite à une agression physique dans le but de faire constater les blessures, parfois justifiée par un motif somatique en lien avec le harcèlement (eczéma, insomnie) ou encore par une détresse psychologique ne pouvant plus être contenue.

Intervention du médecin généraliste

Deux adolescents sont d'emblée adressés à d'autres professionnels de santé : le médecin de P'tit Biscuit semblait, selon lui, peu à l'aise pour répondre aux interrogations de ses parents et leur apporter des conseils ; il propose donc de l'orienter vers un psychologue. Le médecin de Yohan intervient au moment où sa détresse psychologique est mise à jour après des mois de violences et la survenue d'un comportement auto-

agressif ; l'hospitalisation lui a donc semblé appropriée. Le médecin intervient comme intermédiaire avec la justice pour trois adolescents, par la constatation des blessures et la remise aux parents d'un certificat médical, en vue d'un dépôt de plainte. Le harcèlement est mis en cause devant l'apparition d'un eczéma étendu pour Alice, mais semble passé au second plan derrière les soins somatiques. Pour deux adolescents, le médecin écoute et soutient : à l'occasion d'une consultation dédiée, à la demande des parents ou pour le motif d'insomnie. Seul un adolescent rapporte avoir reçu des conseils et des propositions de la part de son médecin. Finalement, ce que l'on retient du discours des adolescents, c'est que le médecin intervient toujours après la mise à jour du harcèlement par les parents et l'école, souvent tardivement et de façon ponctuelle. Il ne nous semble pas toujours à son aise face à cette problématique et l'occasion n'est pas toujours donnée par les adolescents et/ou leur famille ni saisie par le médecin lui-même pour lui permettre de participer activement et plus précocement à la prise en charge.

Que sait-on de son implication, dans la littérature ?

Actuellement nous ne connaissons pas la proportion d'enfants et d'adolescents harcelés parmi ceux qui se présentent en consultation de soins primaires. Mais selon Dale et son équipe (2014), au vu des répercussions physiques et psychologiques aiguës connues, **nous pouvons nous attendre à ce que les victimes de harcèlement consultent le médecin généraliste plus fréquemment que les jeunes non concernés** [55].

Les données manquent dans la littérature concernant l'implication des médecins de soins primaires dans l'identification des victimes et la réponse apportée à leurs besoins. Néanmoins, quelques auteurs suggèrent qu'ils ne sont pas ou peu impliqués dans cette lutte contre le harcèlement. Nous avons déjà évoqué l'une des conclusions de M-C. Dewulf à son enquête de 2005, selon laquelle les médecins ne semblent pas suffisamment sensibilisés au problème du harcèlement : « seuls ceux qui savent le rechercher le diagnostiquent ». En effet, des questionnaires ont été envoyés à tous les médecins généralistes et psychiatres d'un département, dont un à remplir par eux-mêmes, et l'autre à remplir par l'enfant ou l'adolescent victime de bullying. Parmi les neuf questionnaires recueillis, aucun ne provenait d'un médecin généraliste [53]. Dans l'étude de Borrowsky et Ireland en 1999, la majorité des 1350 pédiatres interrogés (55%) ne cherchait jamais ou rarement à dépister la violence intra-familiale, communautaire, par les armes, et le school bullying lors de leurs consultations [100]. Victoria Hensley réalise une étude dans le cadre de son travail de thèse, auprès de 118 pédiatres et infirmiers en charge d'enfants et adolescents, dans le Kentucky : à l'aide d'un questionnaire nommé HCP-PACK, elle propose d'évaluer leurs connaissances, leur attitude et leurs pratiques concernant le harcèlement scolaire. Elle retrouve la même proportion de professionnels (53%), donc un peu plus de la moitié, qui n'évalue pas la relation des jeunes avec leurs pairs et leur implication éventuelle dans le bullying, au cours d'une consultation de suivi [101].

5.3.3 Attentes des adolescents envers leur médecin traitant

Deux adolescents affirment n'avoir **aucune attente** concernant leur médecin traitant, dans le contexte du harcèlement ; ils sont en effet persuadés qu'il ne peut rien faire pour les aider. Mais leur réponse vis-à-vis du médecin semble s'intégrer dans l'expression d'un sentiment plus large d'abandon et de désespoir. Pour Bob, « personne » ne peut l'aider, pour Cat, « il n'était pas là, personne n'était là ». Cat avoue même qu'elle aurait préféré mentir s'il l'avait interrogée sur un éventuel harcèlement.

Pour trois adolescents, il est difficile de répondre à la question puisqu'ils n'ont jamais envisagé de faire appel à leur médecin pour leur venir en aide. Ils n'ont **pas vraiment d'idée** de ce qu'ils auraient pu attendre de sa part. Bernard pense néanmoins qu'il aurait probablement parlé de sa souffrance si le médecin l'avait interrogé plus tôt. Caly et Constance ne savent pas dire qu'elle aurait été leur réponse.

Les sept autres adolescents expriment certaines attentes envers leur médecin, parfois ressenties spontanément au moment de le rencontrer, parfois révélées lors de l'interview, avec un peu de recul sur leur situation.

LIÉES À L'ATTITUDE DU MÉDECIN Les attentes rapportées par les adolescents en lien avec l'attitude du médecin sont :

- la mise en confiance pendant la consultation ;
- l'écoute ;
- la reconnaissance de leur souffrance et des violences subies ;
- et enfin le soutien.

Katerina se souvient du soulagement ressenti lorsqu'elle se confie à son médecin, qui se montre à l'écoute et compréhensif : « j'avais besoin de vider (...) ça fait du bien que les gens comprennent et écoutent » ; elle qui confesse se sentir parfois incomprise et pointée du doigt par les autres adultes. Nicolas s'est senti soutenu par un médecin engagé pour lui venir en aide :

un grand soutien, car quand je lui parlais, il me comprenait, il me guidait

LIÉES AUX ACTIONS DU MÉDECIN Les principales attentes liées à la prise en charge du médecin sont :

- un questionnement précis concernant leur bien-être à l'école et le harcèlement ;
- des explications sur leur situation de victime ;
- des conseils sur le comportement à adopter face à une agression et pour faire face à la souffrance causée ;
- la rédaction d'un certificat médical de constatation des blessures ;
- l'orientation vers un service hospitalier lorsque la souffrance devient intolérable ;
- et la mise en relation du médecin avec le collègue.

Ils souhaitent également être rassurés quand à leur « normalité » physique.

Le silence de l'adolescent en consultation est souvent perçu comme un refus de s'exprimer, alors qu'il est en fait souvent en proie aux doutes, ne sachant pas comment poser ses questions [100]. Selon une étude publiée en 2010, 17% des adolescents consultant pour un motif somatique ou administratif (93%) évoquaient l'existence de « soucis autres que leur motif », et la majorité d'entre eux désiraient en parler lors de la consultation [102]. **L'adolescent désire ainsi que son médecin devine ce qu'il ressent et s'intéresse à lui personnellement.** P'tit Biscuit souhaite qu'on lui « ouvre la voie » pour pouvoir se confier sur des sujets intimes ; il attend de son médecin qu'il lui pose des questions précises et personnelles. Dans l'étude de E.Lacotte-Marly, ils étaient deux fois plus nombreux à trouver leur médecin pas assez curieux à leur égard et trop silencieux, dans le groupe d'adolescents dépressifs, 30% des jeunes interrogés avouaient un sentiment de frustration, déclarant ne pas avoir tout dit en fin de consultation, et jusqu'à 45% pour les jeunes dépressifs [99].

En retour de confidences, les adolescents attendent de leur médecin qu'il s'implique directement dans leur problématique du harcèlement : **en apportant des conseils, en réfléchissant ensemble à des solutions mais surtout en les aidant à comprendre cette situation qui les dépasse.** Katerina souhaite qu'on l'aide à prendre du recul pour mieux comprendre et trouver ainsi des solutions. Alice aimerait qu'on lui dise comment réagir de manière adaptée face aux agressions et Nicolas évoque l'intérêt d'un avis extérieur à celui des parents et de l'établissement, pour plus de neutralité. On retrouve cette notion de neutralité du médecin généraliste dans l'étude de Scott et al en 2016 : les adolescents considèrent ainsi l'indépendance du médecin par rapport à l'école et à la famille comme un avantage, parce qu'elle permet une évaluation plus objective de la situation [103]. D'où l'importance pour les médecins généralistes d'être sensibilisés sur le sujet afin de pouvoir apporter des explications claires à l'adolescent lui permettant de se percevoir comme victime et de faire la part des choses. L'humiliation que subit P'tit Biscuit quant à sa puberté peu engagée participe à accentuer son mal être à un moment où la représentation corporelle est déjà confuse et où la question de la normalité se pose. Il s'agit d'un sujet très intime pour lequel il avoue avoir beaucoup de mal à se confier, et pourtant il aurait souhaité que son médecin le rassure sur sa « normalité ». Alexandre, moqué pour sa petite taille exprime également son désir d'être rassuré :

Il pourrait m'expliquer pourquoi je ne grandis pas... j'aimerais bien qu'il me rassure.

L'examen clinique est en ce sens indispensable quelque soit le motif de la consultation, car il a ce rôle de réassurance de l'adolescent sur sa « normalité » [104]. S'il n'exprime pas d'attente particulière envers son médecin en premier lieu, Yohan fait cependant appel à lui spontanément lorsqu'il souhaite une seconde hospitalisation ; il a finalement compris que le médecin avait également ce rôle de prise en charge de sa souffrance

psychologique et attend de lui qu'il lui fasse confiance et réponde à sa demande. Il est également le seul à évoquer l'idée d'une intervention du médecin auprès du collège afin d'informer les responsables de la situation de harcèlement. La délivrance d'un certificat de coups et blessures par le médecin est probablement d'abord une attente des parents tellement inquiets et démunis qu'ils décident de porter plainte ou de l'utiliser comme une menace. Mais cette attente est partagée par les adolescents qui voient dans cette démarche l'espoir d'une amélioration, par la dissuasion des harceleurs.

Nous pouvons rappeler le travail de Dale et al concernant l'opinion d'enfants ayant été harcelés et de leurs parents, sur le fait d'en référer à leur médecin traitant. Parmi les 96 adolescents de 16 ans et moins ayant répondu, 93% d'entre eux pensent que le médecin devrait être plus à même de reconnaître et d'aider les jeunes victimes de harcèlement. 55% pensent qu'ils seraient à l'aise pour répondre à des questions à propos du harcèlement scolaire lors d'une consultation pour un motif quelconque [55]. Ces résultats ont été confirmés par une étude récente (2016) à plus grande échelle, par les mêmes auteurs : 206 jeunes et 44 parents ont été recrutés par le biais de sites internet associatifs et des réseaux sociaux pour répondre à un questionnaire en ligne. 90,8% des jeunes et 88,7% des parents trouvent que le médecin devrait être d'avantage en mesure d'identifier le harcèlement et d'apporter son aide [103]. Ces données viennent appuyer les résultats de notre étude selon lesquels les adolescents harcelés sont prêts à recevoir l'aide du médecin si tant est qu'il ouvre les portes et se montre impliqué face à cette problématique. Concernant l'opinion des parents dans cette dernière étude, il est intéressant de noter que parmi les 53% qui considèrent le bullying comme un problème de santé, seulement 33% ont fait appel au médecin généraliste pour ce problème; et seulement la moitié de ces derniers a considéré la consultation utile. Ce résultat vient appuyer l'hypothèse précédemment évoquée, à savoir que les médecins ne sont pas suffisamment sensibilisés et sont peu impliqués dans le dépistage et la prise en charge du harcèlement; ils sont pourtant bien placés pour participer à la sensibilisation des parents dès le plus jeune âge de leurs enfants.

Si les adolescents se disent favorables à une meilleure reconnaissance du harcèlement et de leur souffrance par le médecin généraliste, il nous semble indispensable, pour y parvenir, de nous pencher sur une problématique seulement évoquée jusqu'à présent : celle du silence des adolescents et des freins à l'expression des violences.

5.4 LES FREINS À L'EXPRESSION DES VIOLENCES

Nous l'avons vu, beaucoup d'enfants harcelés taisent les violences dont ils sont victimes et souffrent en silence. En se murant dans le silence, les victimes laissent libre cours à leurs agresseurs. Or nous savons que la gravité du phénomène vient de la répétition des violences dans la durée et qu'un enfant ne recevant pas l'aide des adultes

dont il a besoin est exposé à de lourdes conséquences. Afin de pouvoir aider ces enfants, il nous semble indispensable de connaître les raisons de leur mutisme pour mieux les comprendre, les décrypter ; nous pourrions ainsi les accompagner à oser parler et témoigner.

Inhérents à l'adolescent

Un peu plus de la moitié des adolescents interrogés, en cohérence avec la littérature, a gardé le silence pendant plusieurs semaines et souvent plusieurs mois. Ils sont plusieurs à parler de « **blocage** » pour décrire leur réticence à se confier. Yohan raconte son intention de parler à sa mère sur les conseils de sa cousine mais il explique :

A chaque fois j'avais un blocage, je disais bonne nuit et je ne lui disais rien de ce qui se passait

Nicole Catheline explique que la situation est d'autant plus ambiguë à l'adolescence car le jeune est ambivalent : il veut et en même temps ne veut pas qu'on lui vienne en aide. Il veut car c'est insoutenable, et il ne veut pas car il culpabilise de ne pas avoir réussi à s'en sortir tout seul, et d'avoir tant attendu [7]. Hélène Romano, Docteur en psychopathologie, spécialisée dans le psychotraumatisme invoque la perte de confiance en soi comme autre point de départ au silence des victimes : « Pour solliciter l'autre, il faut lui faire confiance et pour avoir confiance en l'autre, il faut avoir un minimum de confiance en soi ». Elle nous explique également la difficulté pour la victime à mettre des mots sur la violence subie, quand le langage devient une arme de destruction à travers les paroles des harceleurs, et non plus un moyen de communication [80]. Témoigner devient parfois source de souffrance.

Caly et Yohan imaginent d'abord que leur situation est peut-être « normale », comme si chaque élève devait en passer par là, un peu comme un rituel de passage. Nous l'avons vu, la victime a le plus souvent du mal à comprendre l'attitude de son agresseur dans un premier temps et puis les violences répétées sont véritablement usantes psychologiquement. **L'emprise psychologique dans laquelle se trouve l'adolescent l'empêche d'avoir l'esprit suffisamment critique pour faire la part des choses ; il a ainsi du mal à se percevoir comme victime.**

Finalement, il va développer un **sentiment de culpabilité** et s'attribuer la responsabilité de ce qui lui arrive. Les paroles de Cat l'illustrent parfaitement :

au tout début je me disais « de toute façon, c'est de ma faute »

Plus le harcèlement se pérennise, plus l'adolescent se sent nul et incapable, ce qui renforce le sentiment de mésestime de soi et de culpabilité. Comment trouver le courage de se plaindre lorsque l'on se sent responsable de la situation ?

Certains adolescents pensent **inutile de parler des violences subies**. Alexandre tente de se persuader que la situation ne va pas durer, Bob pense qu'il ne peut compter que sur lui-même ; mais comme le soulignent Bellon et Gardette, « la patience est bien mal récompensée » dans les cas de harcèlement [5].

L'une des principales motivations de ce silence est **la peur des représailles**. Elle est presque envahissante pour Yohan :

Les répercussions... J'y pensais tout le temps à se qui pourrait se passer si j'en parlais...

La pression pour Cat est d'autant plus grande qu'elle se fait menacer directement par ses agresseurs :

Elles m'avaient menacée, si j'y allais, j'aurais deux fois plus de coups.

Se taire semble alors moins pire que de subir d'avantage d'agressions.

Le sentiment de honte est souvent évoqué comme raison au silence. Bob rapporte :

Dire qu'on se fait frapper, que quelqu'un se croyait supérieur et nous frappait, c'est pas valorisant.

La peur du ridicule et le manque d'assurance contraignent la victime à longtemps différer la révélation du harcèlement.

Du sentiment de honte découle **la peur d'être jugé**. Caly nous confie : « je me disais, si j'en parle, elle me rirait au nez ». Bob craint le regard des autres : « après les gens ils vous voient différemment ». Il est destructeur pour l'enfant ou l'adolescent de s'entendre dire par l'adulte qu'il sollicite : « A ton âge, tu devrais quand même être capable de ne pas prêter attention à ce genre de propos », ou encore des propos concernant son silence : « Pourquoi n'avoir rien dit? » ; de telles réactions blessent la victime car elles la renvoient à une défaillance de sa part et renforcent encore son sentiment de culpabilité [80].

De cette peur du jugement découle **la peur d'être mis à l'écart**, encore une fois. Bob déplore :

Quand on raconte, et ben les gens ils nous disent « de toute façon, tout le monde a des problèmes », ils nous mettent de côté.

Parler c'est prendre le risque de ne pas être cru, de ne pas être compris et de rester seul face à sa souffrance.

Unnever et Cornell se sont penchés dans leur étude de 2004 sur les facteurs personnels et environnementaux pouvant être associés à la décision de la victime de signaler ou non le harcèlement. Il nous semble intéressant d'en exposer les principaux résultats : ils établissent d'abord un lien positif entre la chronicité du harcèlement et le fait d'en informer les adultes. Ils précisent que cette donnée n'exclue pas la possibilité pour

certaines victimes d'une érosion de la confiance en l'autre, par les violences répétées, et donc de la volonté d'appeler à l'aide. Ils constatent ensuite que les filles et les élèves des classes inférieures sont plus à même de rapporter les faits de violence. Enfin, les élèves qui perçoivent leur établissement comme peu sensible au harcèlement voire tolérant, et ceux qui décrivent une éducation sévère de leurs parents sont moins susceptibles de parler [54].

Inhérents au médecin généraliste et à la vision que l'adolescent a de lui

Nous l'avons vu, certains adolescents sont convaincus que le problème du harcèlement scolaire n'est **pas du ressort du médecin** et qu'il ne sera pas en mesure de les aider ; ils ne voient donc pas l'intérêt de lui en parler. Le sentiment de honte et la peur d'être jugé, de paraître ridicule sont encore évoqués concernant le médecin ; ils sont un frein au signalement des violences auprès de tous les adultes, y compris le médecin traitant.

L'impression pour l'adolescent que le médecin ne s'intéresse pas réellement à lui ou à son problème est un frein catégorique aux confidences. P'tit Biscuit explique :

La personne qui va me dire : comment ça va ? Mais juste comme ça...j'ai pas trop envie de leur parler.

Alice elle, n'a pas osé poser de questions sur sa situation d'élève harcelée :

J'avais envie de poser des questions mais je pouvais pas parce qu'on était plus sur l'eczéma.

Elle a **peur de déranger** : « faut peut-être pas la déranger pour ça. » Nous l'avons vu, l'adolescent désire que son médecin devine ce qu'il ressent et s'intéresse à lui personnellement en posant des questions précises ; il est très sensible à son attitude et à son comportement [61]. S'il n'est pas certain de l'intérêt que lui porte son médecin et qu'il porte à sa souffrance, aucune confiance ne sera permise.

Yohan avoue qu'il n'aurait certainement pas dévoilé sa souffrance et les violences dont il était victime si son médecin traitant lui avait posé la question, pour la même raison qu'il n'en a pas parlé à ses parents : la peur des représailles. Il s'imagine que le médecin pourrait intervenir auprès de ses parents sans son autorisation, et cela soulève la question de la confidentialité et de la connaissance que les jeunes en ont. Dans l'étude de E. Lacotte-Marly, seulement 29% des adolescents disent avoir été informés du secret médical par leur médecin et 10% des jeunes en souffrance psychologique pensent que le médecin a le droit de divulguer le contenu de la consultation [99]. Cela pourrait expliquer, en partie, le fait que les adolescents se confient peu à leur médecin sur des sujets intimes. **D'où l'importance pour le médecin d'informer les jeunes de la confidentialité de la consultation et d'expliquer en quoi consiste le secret médical**, afin d'instaurer ce climat de confiance nécessaire aux confidences. Cat, elle, a connaissance du secret

médical mais elle pense que la gravité de son état obligerait le médecin à prévenir ses parents s'il elle se confiait à lui ; le désir de cacher sa souffrance à ses parents est à ce moment là le plus fort.

Lorsque les parents n'ont pas connaissance des violences subies, il paraît peu probable que l'adolescent se confie pour la première fois au cours d'une consultation en leur présence. Cette notion n'est pas ressortie directement dans nos entretiens mais l'étude de Scott et al en 2016 confirme la **gêne pour les adolescents d'aborder le harcèlement en présence de leurs parents** [103].

Enfin, le **sentiment d'être mal à l'aise** avec son médecin est mis en avant par Katerina comme un obstacle à la confiance :

Si je suis mal à l'aise, je lui parlerai de la pluie et du beau temps.

Pour Constance, la gêne est en partie liée au sexe du médecin :

En fait je suis plus à l'aise avec les filles qu'avec les garçons.

5.5 RÔLES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

De l'écoute de ces douze adolescents et de nos lectures sur les conseils de spécialistes au sujet du harcèlement scolaire, nous pouvons tirer des enseignements quant au rôle du médecin en soins primaires. Il peut s'impliquer dans la prévention du harcèlement auprès des jeunes et de leur famille pour diminuer le nombre de victimes. Il peut identifier les victimes par un dépistage systématique afin de minimiser ses effets néfastes. Une évaluation de la souffrance semble nécessaire avant d'agir.

5.5.1 Prévenir

Le médecin généraliste représente souvent le premier contact de l'enfant avec les services de santé ; il est aussi son premier recours en cas de symptomatologie entravant son quotidien. Il est donc bien placé pour participer à la prévention du harcèlement en abordant la problématique avec l'enfant et ses parents dès le plus jeune âge. Il est important de contribuer à une **prise de conscience précoce de l'existence de cette violence à l'école**, puisqu'elle survient dès l'école primaire voire dès l'école maternelle [53]. Il ne s'agit pas d'inquiéter, mais d'informer, de permettre aux parents d'être vigilants et d'apprendre aux enfants à demander l'aide des adultes si la situation se présentait. Un enfant à qui l'on explique ce qu'est le harcèlement sera plus à même de réagir de manière adaptée et pourra se confier plus facilement. Par ailleurs, la sensibilisation des enfants peut leur permettre de se positionner comme défenseurs de la victime lorsqu'ils sont témoins des violences.

Le médecin peut rappeler l'existence du site internet de référence dans le cadre de la campagne nationale de lutte contre le harcèlement (agircontreleharcelementalecole.gouv.fr). Il est conçu comme un centre de ressources et propose des outils d'information et de prévention tels que des vidéos adressées aux élèves de primaire et aux collégiens, un jeu vidéo de sensibilisation au harcèlement (Stop la violence!) et des clips d'animation. L'une de ces vidéos concerne le cyberharcèlement.

En vue de la sensibilisation au cyberbullying, il peut être proposé aux parents de se rendre sur le site de l'association E-enfance (www.e-enfance.org), avec laquelle le Ministère de l'Education nationale a mis en place un partenariat depuis Juin 2011. Elle a notamment pour mission l'éducation des enfants et des adolescents à la bonne pratique d'internet et apporte des conseils aux parents pour protéger leurs enfants. Plusieurs auteurs rapportent que les parents sont plutôt mal-informés sur les expériences de leurs enfants sur internet et les risques encourus. Des règles d'utilisation d'internet sont parfois posées mais ne s'avèrent pas toujours efficaces. M. Arsene propose dans sa thèse quelques pistes de prévention du cyberbullying, et dont certaines peuvent être du ressort des professionnels de la santé [27] :

- informer sur la réalité de cette violence, ses caractéristiques et ses conséquences ;
- encourager les parents à être vigilants face à la menace internet en se familiarisant aux outils technologiques tels que les réseaux sociaux (Facebook par exemple avec ses risques et astuces de protection : restriction de contact, confidentialité...);
- inciter les parents à placer l'ordinateur dans un lieu commun et ouvert de la maison pour favoriser le dialogue ;
- puis, leur proposer de s'interroger sur l'efficacité des règles établies.

5.5.2 Identifier

Être vigilant

Le médecin généraliste doit être vigilant afin de pouvoir identifier. **Sa vigilance peut déjà s'exercer en amont par sa connaissance de la famille et la vision globale qu'il en a.** En effet, l'éducation parentale et les relations qui se jouent entre les différents membres d'une famille sont connues pour avoir une influence sur l'implication de l'enfant dans le bullying. Ainsi, le faible engagement des parents dans les activités des enfants, une éducation excessivement autoritaire et le manque de relations chaleureuses au sein de la famille sont considérés comme des facteurs de risque pour les agresseurs comme pour les victimes [15]. Inversement, l'attitude hyperprotectrice des parents augmente le risque de devenir victime, l'enfant ne parvenant pas à développer une assertivité suffisante (capacité à s'exprimer et à défendre ses droits sans passivité ni agressivité) [105]. Concernant la fratrie, des travaux de D. Wolke ont montré que les enfants victimes de brimades par leurs frères et sœurs sont plus susceptibles d'être harcelés à

l'école [106] [107]. Parce qu'il suit souvent toute la famille, le médecin généraliste est donc bien placé pour évaluer l'impact sur l'enfant des relations intrafamiliales et pourra se montrer d'autant plus vigilant.

Le médecin généraliste doit aussi se montrer **vigilant à la moindre plainte d'agression devant la symptomatologie présentée par l'enfant ou l'adolescent**. Il n'existe malheureusement aucun signe clinique spécifique permettant de distinguer une victime de harcèlement scolaire lorsque celle-ci se mure dans le silence. De plus, lorsqu'elle se décide à parler, la description des violences peut-être floue et très brève, laissant croire que la situation n'est pas préoccupante. Les signes n'apparaissent pas immédiatement après le début du harcèlement, l'adolescent parvenant à donner le change et à brouiller les pistes. Les signes indirects apparaissent ensuite, en lien avec l'angoisse vécue par la victime. C'est la multiplication de ces signes et leur persistance qui doit alerter [68]. Parents et médecin doivent s'interroger devant les signes suivants :

- un changement d'attitude par rapport à l'école avec une baisse des résultats scolaires, des devoirs non faits, des retards, un refus de se rendre au collège, du matériel détérioré ou perdu, des vêtements abîmés ;
- des troubles somatiques tels que les céphalées, les douleurs abdominales et notamment les troubles du sommeil ;
- un changement de caractère avec une irritabilité, des colères, des changements d'habitudes de vie avec le refus de faire certaines activités (pour éviter le contact avec les harceleurs) ;
- un intérêt excessif pour les jeux vidéos (comme échappatoire pour l'esprit) [80] ;
- un syndrome dépressif qui peut-être difficile à évaluer. Il est dominé par une humeur triste, le repli, un regard fuyant ; L'adolescent peut exprimer une perte d'intérêt, de plaisir, se dévaloriser. La verbalisation de pensées suicidaires est un signe de risque de passage à l'acte auto-agressif.

L'étude de Kodish en 2016 confirme la nécessité pour le médecin de soins primaires de considérer systématiquement le bullying comme un facteur de risque de suicide, en particulier quand le jeune est déprimé [108].

Dépistage systématique

Etant donnée la forte prévalence du bullying, les auteurs qui se sont intéressés au rôle du médecin de soins primaires face à cette problématique s'accordent sur la **nécessité d'intégrer son évaluation dans le dépistage psychosocial de routine du jeune, et à chaque rencontre idéalement** [8] [53] [55] [109] [110]. La faisabilité d'un dépistage systématique par différentes approches et en prenant en compte les limites de la pratique médicale quotidienne n'a pas encore été étudiée.

Néanmoins, des initiatives émergent à l'étranger pour encourager un dépistage plus large par les médecins de soins primaires. L'Académie Américaine des Pédiatres suggère par exemple **l'affichage de posters sur le bullying dans les cabinets médicaux**, et qui proposeraient aux jeunes des conseils sur l'attitude à adopter [111]. Dans notre étude, parmi les adolescents que nous avons questionnés sur l'intérêt de ce type d'affiches dans l'incitation à parler, plus de la moitié s'est montrée en faveur d'une telle démarche. Les autres adolescents ne croient pas en leur efficacité. Alexandre explique : « tant qu'il ne m'aurait pas demandé, ne m'aurait pas posé la question, je ne lui en aurais pas parlé » ; Cat affirme : « quand on se fait harceler, on veut vraiment en parler à personne ». Ce résultat peut nous faire envisager cette proposition comme une possibilité de dépistage.

Dans leur étude de 2016, Scott et al suggèrent une autre piste de réflexion pour l'identification des victimes : les adolescents interrogés semblent en effet préférer **remplir en salle d'attente un questionnaire de dépistage**, avec des questions concernant le harcèlement (81% se disent à l'aise avec cette idée), plutôt que d'être questionnés directement par le médecin (52% n'y voient pas d'inconvénient) [112].

En France, il n'existe pas encore d'outil de dépistage spécifique au harcèlement scolaire. Le test TSTS-CAFARD est un outil de dépistage des pensées ou actes suicidaires chez l'adolescent, utilisable en pratique courante et recommandé par la HAS (Haute autorité de santé) [113]. Il est composé de quatre premières questions d'ouverture sur les thèmes de la traumatologie, le sommeil, le tabac et le stress familial ou scolaire (es-tu stressé par le travail scolaire?). Chaque réponse positive est complétée par une question complémentaire introduisant un niveau de gravité. Le thème du stress scolaire est complété par celui de l'absentéisme scolaire. Aucune question ne fait donc allusion au harcèlement scolaire pourtant identifié comme l'un des facteurs de stress les plus fortement associés à des comportements suicidaires [114]. Cependant, une étude pilote a été réalisée en 2016 auprès de 912 adolescents français âgés de 15 ans, dans le but d'adapter le test TSTS-CAFARD (construit sur des données recueillies en 1999) à leurs nouvelles conditions de vie, avec notamment l'arrivée des réseaux sociaux. La première question du nouveau test proposé et intitulé BITS, concerne le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement : « As-tu été brimé à l'école ou sur les réseaux sociaux? ». Elle remplace la question de traumatologie tandis que les autres thèmes sont inchangés. Les résultats de cette étude préliminaire semblent montrer une amélioration dans le dépistage du risque suicidaire et ce test actualisé reste tout aussi performant que le test actuel [115]. Une étude plus large auprès d'adolescents de 13 à 18 ans est attendue pour confirmer ce résultat.

Attitudes à adopter

Il est important que le médecin instaure un lien de confiance avec l'adolescent pour espérer recueillir ses confidences sur les violences subies et sa souffrance. **Ce lien de confiance passe par l'engagement d'une relation de « sympathie » et d'honnêteté** afin qu'il se sente à l'aise. Nous avons vu que les préoccupations relatives à la confidentialité constituent une barrière pour les jeunes dans la relation avec le médecin traitant ; il est donc primordial de **les informer et de les rassurer sur leur droit à la confidentialité**, en dehors de circonstances extrêmes (lorsque sa vie ou celle de quelqu'un d'autre est en danger par exemple). Puisque qu'il vient souvent accompagné d'un parent (51% des filles et 61% des garçons) [104] et que celui-ci est susceptible d'ignorer le vécu de harcèlement de son enfant, il est nécessaire de **prévoir un temps de consultation seul avec l'adolescent** pour lui permettre de s'exprimer hors de sa présence.

S'il veut pouvoir identifier un adolescent harcelé, le médecin doit ensuite se montrer intéressé au sujet de son bien-être à l'école et surtout il doit oser **poser des questions précises, ouvertes de façon bienveillante, et poser clairement la question du harcèlement**. Par exemple : « Qu'est-ce qui te plaît le plus à l'école ? », « Comment t'entends-tu avec les autres élèves ? Avec tes professeurs ? », « Est-ce qu'il y a des changements dans ton quotidien à l'école ces derniers temps ? », « De nombreux jeunes se font harceler par d'autres élèves à l'école ou par l'intermédiaire d'internet ou du téléphone portable ; est-ce que tu as déjà vécu ça ? ». Préciser à l'adolescent que la situation de harcèlement est fréquente permet de dédramatiser la question et de lui faire comprendre qu'il n'est pas responsable de ce qui lui arrive.

Enfin, si l'adolescent parvient à révéler sa situation de harcèlement, il est important que le médecin se montre à **l'écoute, compréhensif, qu'il ne porte pas de jugement ni ne remette en doute sa parole**. La reconnaissance du harcèlement par un adulte est une première étape vers la guérison et permet déjà de réduire les conséquences des violences. Les adolescents sont par ailleurs sensibles à la notion d'indépendance et de neutralité du médecin traitant par rapport à la famille et au milieu scolaire.

5.5.3 *Évaluer*

Lorsque le médecin prend connaissance d'une situation de harcèlement, il est indispensable qu'il procède à son évaluation avant d'établir un plan d'action avec l'adolescent [77] [109] [110]. Pour cela, il doit chercher à connaître le **type de violence** (physique, verbale, relationnelle, cyberharcèlement), son **intensité** (la fréquence des agressions), sa **durée** (depuis combien de temps dure le harcèlement), qui est (sont) l'(les) **agresseur(s)**, le **lieu des agressions**. Il est également important de savoir **si l'adolescent s'est déjà**

confié à un autre adulte, notamment ses parents, et de prendre connaissance de **son attitude face aux agressions**.

Ensuite, il doit **évaluer l'impact des violences sur la santé** de l'adolescent et dans son quotidien. La priorité étant d'évaluer la **souffrance psychologique**, de rechercher une dépression et d'évaluer le risque suicidaire en vue d'orienter l'adolescent vers une prise en charge spécialisée si nécessaire. Le diagnostic de dépression est un diagnostic clinique, mais le médecin généraliste peut s'aider d'outils d'évaluation tels que l'échelle ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) ou encore le guide HEEADSSS (Home, Education, Eating, Activities, Drug, Sexual behavior, Safety, Suicidality) anciennement HEADSS. L'ADRS est un outil de mesure de l'intensité dépressive, destiné aux adolescents de 13 à 20 ans. Il existe une version destinée à l'adolescent sous forme d'auto-questionnaire et une version à l'attention du médecin généraliste. Le risque de dépression est évalué par un score de 0 à 10 après l'exploration de l'état émotionnel, des manifestations non émotionnelles et du fonctionnement social. La durée de passation est de 5 à 10 minutes [116]. Un rapport de la revue *Pediatrics* recommande de ne pas poser de questions trop intrusives et de manière abrupte concernant les problèmes de santé mentale comme le suicide ; le risque serait de mettre un frein à la relation de soin et à la confiance. Les premières questions devraient être ouvertes et plutôt rassurantes pour mettre l'adolescent en confiance [117]. Le guide HEEADSSS permet ainsi de recueillir des données pertinentes sur la santé de l'adolescent en abordant dans un premier temps des thèmes neutres avant de poser des questions plus sensibles comme les comportements suicidaires. Il s'agit cependant d'un simple guide et non d'un outil de dépistage spécifique des comportements suicidaires. La durée du questionnaire est environ de 20 minutes [118] [119].

5.5.4 *Orienter si nécessaire*

Si le médecin généraliste considère que la détresse psychologique de l'adolescent est trop importante, il peut lui **proposer une prise en charge complémentaire spécialisée en l'adressant à un pédopsychiatre ou à un psychologue**. Mais un suivi psychothérapeutique ne doit jamais lui être imposé. Certains jeunes pensent ainsi qu'aller chez un « psy », c'est être « anormal », « fou ». Dans notre étude, Katerina a vécu ce suivi psychothérapeutique imposé comme une injustice :

On m'a fait voir des tonnes et des tonnes de psy (...) parce que apparemment c'était moi le problème

Il est nécessaire d'expliquer à l'adolescent que si on lui propose de consulter un psychologue ou un psychiatre, ce n'est pas parce qu'il est « anormal » ou coupable mais parce qu'il a besoin d'une aide pour gérer son mal être et d'un soutien stratégique pour faire face à cette situation relationnelle complexe. Le médecin traitant peut également être amené à **proposer une hospitalisation**, notamment lorsque l'adolescent verbalise des

idées suicidaires. Lorsque l'adolescent en fait lui-même la demande, le médecin doit se montrer compréhensif et ne pas remettre en doute sa parole.

A Lyon, le réseau Orfee propose des consultations avec des intervenants spécialisés dans le traitement des problèmes et souffrances scolaires. Ces spécialistes ont été formés à la thérapie brève systémique et stratégique de l'école de Palo Alto qui favorise l'aspect interactionnel dans le travail sur les souffrances psychologiques. Elle consiste à analyser les relations de la personne en souffrance, les émotions en jeu, pour ensuite les retravailler et conduire à la modification des interactions de cette personne avec les autres et avec elle-même. Les praticiens peuvent recevoir les enfants, les adolescents et leurs parents lors de séances d'une durée de 45 minutes pour un coût de 60 euros environ. Le suivi en thérapie brève nécessite en moyenne 5 à 10 séances.

5.5.5 *Agir*

Examiner

L'adolescent est soucieux de sa normalité et est très attentif aux remarques du médecin concernant son corps ; cela est d'autant plus vrai dans un contexte de harcèlement où les moqueries et les insultes altèrent l'image de soi. La victime souffre dans son corps à différents niveaux, et porter attention à l'aspect somatique est une accroche essentielle. Il est donc important que le médecin généraliste commente son examen clinique ; examen et dialogue ne devant pas être des temps différents. **L'examen somatique permet ainsi de rassurer l'adolescent sur sa normalité et peut être une occasion à l'expression de certaines inquiétudes** [104].

Expliquer et soutenir

Dans leur article publié en Mars 2011, Carr-Gregg et Manocha proposent cinq messages clés que le médecin généraliste pourrait transmettre à l'adolescent qui s'est confié à lui [77].

- Il a beaucoup de courage d'en avoir parlé, et la bonne nouvelle est qu'il n'a pas à affronter la situation tout seul.
- Il n'est pas responsable de ce qui lui arrive. Le harcèlement est très probablement le reflet de la faille et de l'insécurité de son agresseur.
- Tous les élèves ont le droit légal d'apprendre dans un environnement sûr.
- Il ne devrait pas essayer de lutter seul contre son agresseur.
- Les harceleurs jouissent de la loi du silence et la meilleure option est de raconter ce qu'il se passe à un adulte ayant l'autorité.

Il est important d'expliquer à l'adolescent la dynamique de groupe qui est en jeu dans le harcèlement, et la vulnérabilité qui pousse le harceleur à agir de la sorte, afin qu'il ne

se sente pas visé personnellement. Le médecin peut préciser qu'il a été choisi comme victime mais que cela aurait pu être quelqu'un d'autre [120].

Apprendre à l'adolescent à demander de l'aide

L'aide des adultes est indispensable pour résoudre une situation de harcèlement ; elle doit provenir à la fois du milieu familial et du milieu scolaire. Il faut donc apprendre à l'adolescent à la solliciter lorsqu'il subit une agression, afin de pouvoir mettre en place d'un plan d'action. En priorité, le médecin généraliste devrait **encourager l'adolescent à révéler le harcèlement à ses parents** s'il ne l'a pas déjà fait, car ils sont un soutien essentiel. Pour cela, il peut proposer à l'adolescent plusieurs façons de procéder, tout en se montrant compréhensif : « Je peux comprendre que tu n'aies pas envie d'en parler à tes parents, mais selon mon expérience, cela aide beaucoup de leur faire connaître la situation. Nous pouvons leur apprendre de plusieurs façons : tu peux rester assis là pendant que je les mets au courant, ou bien tu peux attendre à l'extérieur et revenir après que je leur aie parlé, ou encore tu peux te charger de leur raconter ce qu'il t'arrive en ma présence. » [77]. La confiance en l'autre étant fragilisée chez la victime, il est primordial de limiter les risques de rupture du lien de confiance qui est en train de s'établir avec l'enfant ou l'adolescent ; le ressenti de trahison pourrait être violent [80].

Conseiller

Nous l'avons vu, l'incompréhension de la situation pousse l'adolescent à adopter des attitudes de défense souvent inadaptées telles que la plainte, les comportements d'évitement ou encore les réactions d'apeurement ou d'agressivité, qui font le jeu des harceleurs. Il est donc important de **repérer avec l'adolescent ces stratégies de défense inadaptées**, de lui expliquer en quoi elles sont néfastes pour lui, afin de tenter ensuite de les corriger. Le médecin traitant peut apporter des conseils à l'adolescent et à ses parents pour lui permettre **d'apprendre à rester calme et à se défendre face à une agression**.

- Il peut leur proposer de réfléchir ensemble à une réponse adaptée, que l'adolescent pourra utiliser pour répliquer à une attaque. Une réponse bien construite et proférée sans agressivité, voire avec humour est un moyen puissant de contrer les agressions.
- Même muni d'une réplique qui lui convient, l'adolescent pourra hésiter à se lancer. Le médecin traitant peut ainsi leur conseiller d'envisager ensemble les risques encourus en imaginant les réponses possibles de l'agresseur ; cela permettra d'anticiper les réactions et de l'aider peu à peu à surmonter sa peur.
- Il est important de rappeler aux parents que c'est au final à l'adolescent de décider ce qu'il veut mettre en place ; il doit se sentir prêt. L'aide du médecin ou des parents ne doit jamais lui être imposée [120].

Le site de référence de la campagne de lutte contre le harcèlement **agircontreleharcelement.gouv.fr**, que nous avons évoqué dans le cadre de la prévention, fourni également des conseils à l'intention des victimes et des parents. Le médecin traitant peut donc encourager l'adolescent et les parents à le consulter. Dans notre étude, Constance nous apprend que le visionnage de vidéos internet et notamment d'un court métrage concernant une jeune fille harcelée lui a fait prendre conscience qu'il fallait en parler et lui a redonné de l'espoir. Dans leur article de 2014, Dale et son équipe suggèrent l'idée d'une **approche d'apprentissage virtuel** pour aider l'adolescent à faire face aux violences [55]. Actuellement, le jeu « Fear Not! » (Ne crains rien) en Europe et « Stop la violence! » en France sont des jeux vidéos conçus pour sensibiliser les enfants et les adolescents au harcèlement tout en leur donnant les clés pour agir. L'élève devient acteur de son propre apprentissage, en prenant le rôle de l'ami invisible d'une victime pour l'un et celui d'enquêteur de la situation pour l'autre. Une étude a été réalisée en 2010 auprès de 1129 élèves d'école primaire pour évaluer les effets du jeu « Fear Not! » sur le harcèlement scolaire. Elle montre des effets positifs avec une réduction des taux de harcèlement dans le groupe d'intervention par l'apprentissage virtuel par rapport au groupe témoin [121]

Pour lui permettre de reprendre suffisamment confiance en lui, il est important de **proposer à l'enfant ou à l'adolescent de participer à des activités périscolaires** avec des enfants du même âge et extérieurs à son établissement. Le fait d'expérimenter des expériences positives avec ses pairs en dehors de son établissement est important et participe aussi au renforcement de sa confiance en l'autre. Encore une fois, il ne s'agit pas de lui imposer ces activités mais de l'y encourager ; la décision finale lui revient [80].

Lorsque l'enfant ou l'adolescent est trop en souffrance, le médecin généraliste peut lui proposer d'établir un arrêt maladie, pour lui permettre de se reposer et de prendre un peu de recul vis-à-vis de la situation. L'arrêt maladie permet également de signifier à l'institution scolaire la réalité des conséquences pour la santé de l'enfant, en précisant qu'il est lié à un contexte de harcèlement scolaire.

Établir un plan d'action avec les parents

S'il inflige une blessure psychique profonde à la victime, le harcèlement scolaire participe également à la détresse de la famille qui peut se sentir démunie et avoir le sentiment de ne pas être suffisamment entendue par le milieu scolaire. Le médecin généraliste peut alors endosser le **rôle de médiateur entre l'adolescent, sa famille et l'établissement**. Pour commencer, le médecin devrait encourager les parents à rester calmes et surtout leur déconseiller de prendre contact directement avec les parents de l'agresseur ou l'adolescent lui-même. Il est important d'introduire un tiers dans tout règlement de conflit afin de trouver une solution honorable pour chaque partie [7].

Ensuite, il peut leur proposer un plan d'action avec l'accord de l'adolescent [80] [77].

- Solliciter une rencontre avec le chef d'établissement et de la vie scolaire pour parler du problème.
- Une prise de contact peut également s'engager avec l'équipe médicale (infirmier ou médecin) de l'établissement.
- La demande de rendez-vous doit se faire à l'aide d'un courrier officiel (avec accusé de réception) afin de pouvoir en apporter la preuve si besoin, par la suite.
- Préparer le rendez-vous en s'informant sur les relais possibles et sur les recommandations ministérielles faites aux établissements (agircontreleharcelementalecole.gouv.fr).
- Lors du rendez-vous : expliquer simplement les faits et apporter les éventuels éléments de preuves, demander à la direction ce qu'elle envisage, les mesures qui vont être prises, faire part de ses attentes, solliciter une réunion de suivi.
- Après le rendez-vous : rédiger un rapport de ce qui a été dit.

Si les parents ont le sentiment que la situation n'est pas gérée comme ils le souhaiteraient par l'établissement, le médecin peut leur rappeler la possibilité de saisir la cellule « Stop-Harcèlement » de l'académie, puis le médiateur du rectorat (dont les coordonnées sont accessibles sur le site du rectorat auquel est attaché l'établissement) si cela ne suffit pas. Le médecin conseiller technique du DASEN (Directeur académique des services de l'Éducation nationale) peut également être sollicité. **Le médecin traitant peut lui-même envisager de prendre contact directement avec les responsables de l'établissement** ou l'équipe médicale afin de signaler son inquiétude et après avoir obtenu l'accord de l'adolescent.

Plusieurs adolescents de notre étude et leur famille ont envisagé de déposer une plainte judiciaire après une énième agression. Il nous semble important que **le médecin généraliste consulté pour l'obtention d'un certificat de coups et blessures, joue le rôle d'éclaireur de cette procédure**. En effet, le risque d'une plainte « précipitée », avec la certitude d'être entendu et protégé, mais qui n'aboutit pas, est de renforcer le désarroi et le sentiment d'injustice de la victime. L'adolescent doit savoir que pour poursuivre une personne mise en cause, la justice a besoin de preuves la désignant coupable, faute de quoi la plainte sera classée sans suite. Dans le cadre du harcèlement scolaire, les plaintes sont très souvent classées sans suite car « insuffisamment caractérisées » ; mais l'adolescent doit comprendre que cela ne signifie pas que les faits n'ont pas eu lieu. Porter plainte peut aider la victime à aller mieux uniquement si la procédure est menée en toute connaissance de cause. Ce que dit la loi : La loi du 4 août 2014 a introduit dans le Code Pénal le délit général de harcèlement moral ; jusqu'à cette date, seul le harcèlement moral en contexte professionnel était reconnu (art. 222-32-2) Ce délit peut donc concerner le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement. Le nouvel article 222-33-2-2 annonce ainsi : « Le fait de harceler une personne par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant

par une altération de sa santé physique ou mentale est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail ». Les familles peuvent désormais déposer une plainte sur le fondement de cet article [122].

Quand le harceleur se trouve dans la même classe que leur enfant, les parents pensent parfois à demander un changement de classe. **Le médecin généraliste devrait déconseiller cette démarche car il est admis qu'un changement de classe aggrave souvent la situation** plus qu'il ne l'apaise. Le harceleur peut l'interpréter comme une victoire personnelle et s'en prendre à lui d'autant plus intensément en dehors des cours.

Quant à la question d'un **changement d'établissement, le médecin peut apporter son aide pour la prise de décision**. S'il s'agit de la demande de l'adolescent comme un ultime recours pour mettre un terme aux violences et maintenir sa scolarité, alors il peut soutenir sa décision, qui ne peut être que bénéfique. En revanche il doit prévenir les parents qu'un changement d'établissement imposé contre sa volonté peut-être très difficile à vivre pour l'adolescent; il aura l'impression d'être sanctionné et se sentira trahi dans la confiance qu'il a pu accorder à ses parents. Par ailleurs, il peut arriver que le harcèlement se poursuive dans le nouvel établissement.

Organiser un suivi

Après avoir recueilli la plainte et la souffrance de l'adolescent, après avoir apporté des conseils et élaborer un plan d'action en partenariat avec les parents, il est important que le médecin prévoie une consultation de suivi afin d'évaluer les progrès. Ce suivi concerne l'adolescent et ses parents, puis l'adolescent tout seul. Il est préférable que le médecin fixe le rendez-vous avec l'adolescent plutôt que de lui proposer simplement. Les consultations de suivi permettront de renforcer le lien de confiance entre l'adolescent et le médecin traitant, de favoriser son expression, d'améliorer sa représentation corporelle et son estime de soi et de susciter des solutions diverses à la mesure de ses capacités.

CONCLUSIONS

Le harcèlement entre pairs est la violence la plus répandue à l'école et fait vivre un enfer quotidien à de nombreux enfants et adolescents scolarisés. Il est source de multiples souffrances dont les manifestations ne sont pas toujours évidentes, et laisse une trace psychique profonde et durable, parfois jusqu'à l'âge adulte. Lutter contre le harcèlement c'est refuser que des vies soient précocement brisées et durablement blessées, c'est aider à faire diminuer le taux de dépression et le risque de suicide chez ces jeunes. Longtemps banalisé ou même ignoré, le harcèlement est petit à petit mis en lumière grâce aux médias, associations, politiques mais surtout au travers de la parole des victimes elles-mêmes. Les programmes de lutte contre le harcèlement mis en place par les gouvernements demandent du temps, et leur efficacité reste modeste. Une fois le harcèlement révélé, la victime et sa famille n'ont pas toujours l'impression d'être entendus par le milieu scolaire.

Au vu des conséquences physiques et psychologiques dramatiques que le harcèlement scolaire peut générer, il semble que le médecin généraliste aurait un rôle primordial pour aider ces enfants et ces adolescents en souffrance. Si l'on considère la réticence des jeunes à demander l'aide des adultes de son entourage et la probabilité de consultations médicales plus fréquentes dues à un mauvais état de santé, alors le rôle du médecin prend tout son sens dans le dépistage du harcèlement et dans l'accompagnement des victimes. En France, il n'existe pourtant pas d'étude concernant l'intervention des médecins généralistes auprès des enfants et adolescents harcelés, et des attentes de ces derniers vis à vis de cette intervention.

Notre étude a voulu donner la parole à des adolescents victimes de harcèlement afin qu'ils témoignent de leur vécu et permettent ainsi au médecin généraliste de se sensibiliser à cette violence scolaire et à ses conséquences. Ils ont également été invités à nous confier leurs attentes concernant leur médecin traitant. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés. 12 adolescents âgés de 12 à 19 ans ont répondu à ces entretiens, menés entre juillet 2014 et février 2016.

Si les adolescents interrogés n'ont pas toujours connaissance du rôle d'écoute du médecin généraliste, ils n'en sont pas moins prêts à recevoir son aide. Ils souhaitent se confier et être écoutés à condition que le médecin les mette en confiance, qu'il se

montre intéressé et compréhensif. Ils attendent des explications sur cette situation qui les dépasse et aimeraient recevoir des conseils : Comment réagir ? Quel comportement adopter ? Comment faire face à leur mal-être ? Ils ont besoin de se sentir soutenus et rassurés sur leur « normalité ». Ils veulent être orientés vers une prise en charge hospitalière lorsque la souffrance devient insoutenable. Un adolescent a évoqué l'idée d'une mise en relation du médecin avec le collègue. La remise d'un certificat médical de constatation des blessures est une demande commune des jeunes et des parents.

Les adolescents nous apprennent également les raisons de leur silence ; un silence qui laisse libre cours aux agresseurs, isole d'avantage la victime et majore l'impact du harcèlement sur sa santé. Leur silence vient d'abord de l'incompréhension de la situation et de la difficulté à se percevoir comme victime. Parfois ils ne voient pas l'intérêt de parler des violences parce qu'ils pensent que la situation ne va pas durer ou encore que les adultes n'aideront pas. Puis ils se sentent coupables et honteux, ils ont peur d'être jugés et mis à l'écart, et enfin ils craignent les représailles. Concernant les réticences liées au médecin généraliste, ils évoquent la conviction que le harcèlement n'est pas de son ressort, le sentiment que ça ne l'intéresse pas vraiment, la peur de déranger et le problème de la confidentialité. Enfin, ils n'ont pas envie de se confier lorsqu'ils sont mal à l'aise avec le médecin.

Suite aux résultats des entretiens des adolescents concernant leurs attentes vis-à-vis de leur médecin traitant et les freins à l'expression des violences, nous proposons les pistes d'intervention suivantes :

- le médecin pourrait s'impliquer dans la prévention en abordant le problème du harcèlement avec l'enfant et ses parents dès le plus jeune âge ;
- il pourrait dépister le harcèlement en se montrant attentif aux plaintes du jeune et en posant des questions précises et ouvertes de façon systématique ;
- enfin, il pourrait agir en conseillant et soutenant le jeune, en l'encourageant à demander l'aide des adultes, en proposant un plan d'action en collaboration avec lui et ses parents, puis en organisant un suivi adapté.

Afin de vérifier la faisabilité et la validité de ces pistes d'intervention, une recherche complémentaire de notre étude pourrait être menée, en utilisant des questionnaires quantitatifs auprès de médecins généralistes. Une étude qualitative préliminaire permettrait d'affiner le questionnaire en tenant compte de l'émergence de nouvelles pistes de réflexion. Ce type de recherche en complémentarité de notre étude pourra certainement aider à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du harcèlement scolaire par les médecins de soins primaires.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Laetitia ÉVRARD. *Résultats de la première enquête nationale de victimation au sein des collèges publics au printemps 2011*. Note d'information. DEPP B3-ministère de l'éducation nationale jeune vie associative, 2011.
- [2] George M. BATSCHÉ et Howard M. KNOFF. « Bullies and their victims : understanding a pervasive problem in the schools ». In : *School Psychology Review* 23 (1994), p. 165-175.
- [3] Dan OLWEUS. « Bullying at School : Basic Facts and Effects of a School Based Intervention Program ». In : *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35.7 (1^{er} oct. 1994), p. 1171-1190. ISSN : 1469-7610.
- [4] Sonia SHARP, Peter K. SMITH et Professor Peter K. Smith PHD. *School Bullying : Insights and Perspectives*. Google-Books-ID : xbWHAgAAQBAJ. Routledge, 1^{er} nov. 2002. 276 p. ISBN : 978-1-134-84998-7.
- [5] Jean-Pierre BELLON et Bertrand GARDETTE. *Harcèlement et brimades entre élèves : La face cachée de la violence scolaire*. Fabert. Penser le monde de l'enfant. Fabert, 23 août 2012. 212 p. ISBN : 978-2-84922-212-6.
- [6] Dan OLWEUS. *Violences entre élèves, harcèlements et brutalités, les faits, les solutions*. préface de J.Pain. Pédagogies. ESF éditeur, 1999.
- [7] Nicole CATHELINE. *Harcèlements à l'école*. Albin Michel. Paris, 2008.
- [8] Peter K. SMITH, Jess MAHDAVI, Manuel CARVALHO, Sonja FISHER, Shanette RUSSELL et Neil TIPPETT. « Cyberbullying : its nature and impact in secondary school pupils ». In : *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 49.4 (avr. 2008), p. 376-385. ISSN : 1469-7610.
- [9] Guillaume PETIT et Simon LOUSSOUARN. *L'usage des réseaux sociaux chez les 8-17 ans*. Tns Sofres, juin 2011.
- [10] Catherine BLAYA. « Violence scolaire : état des lieux ». In : *Les Grands dossiers des sciences humaines* 247 (2013), p. 38-41. ISSN : 1777-375X.
- [11] Claire de SAINT MARTIN. « Nommer les violences scolaires. Des incivilités au harcèlement scolaire ». In : *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 87.1 (1^{er} mai 2012), p. 119-126. ISSN : 1146-061X.
- [12] Eric DEBARBIEUX. « Violence à l'école et politique : la France entre démagogie et méconnaissance ». In : *Journal du droit des jeunes* N° 255.5 (1^{er} mai 2006), p. 22-26. ISSN : 2114-2068.

- [13] Catherine BLAYA. *Violences et maltraitances en milieu scolaire*. Paris : Armand Colin, 7 mar. 2006. 122 p. ISBN : 978-2-200-34589-1.
- [14] Candace CURRIE, Cara ZANOTTI, Antony MORGAN, Dorothy CURRIE, Margaretha de LOOZE, Chris ROBERTS, Oddrun SAMDAL, Otto R.F SMITH et Vivian BARNEKOW. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : International report from the 2009/2010 survey*. 6. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012.
- [15] Eric DEBARBIEUX. *Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'École*. Rapport au ministre de l'éducation nationale de la jeunesse et de la vie associative. Observatoire International de la Violence à l'École – Université Bordeaux Segalen, 12 avr. 2011.
- [16] Mona E. SOLBERG et Dan OLWEUS. « Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire ». In : *Aggressive Behavior* 29.3 (1^{er} juin 2003), p. 239–268. ISSN : 1098-2337.
- [17] Dan OLWEUS. « Bully/victim problems in school : Facts and intervention ». In : *European Journal of Psychology of Education* 12.4 (1997), p. 495. ISSN : 0256-2928, 1878-5174.
- [18] 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. ISSN : 0098-7484.
- [19] Young Shin KIM, Yun-Joo KOH et Bennett L. LEVENTHAL. « Prevalence of school bullying in Korean middle school students ». In : *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158.8 (août 2004), p. 737–741. ISSN : 1072-4710.
- [20] D. WOLKE, S. WOODS, K. STANFORD et H. SCHULZ. « Bullying and victimization of primary school children in England and Germany : prevalence and school factors ». In : *British Journal of Psychology (London, England : 1953)* 92 (Pt 4 nov. 2001), p. 673–696. ISSN : 0007-1269.
- [21] Éric DEBARBIEUX et Catherine BLAYA. *Violence à l'école et politiques publiques*. Esf Editeur, 2001. 196 p. ISBN : 978-2-7101-1532-8.
- [22] G BRANDIBAS, B JEUNIER et A-M FAVARD. « Conduites de harcèlement à l'école : premiers éléments descriptifs d'une étude menée auprès de collégiens en classe de sixième et de cinquième ». In : *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 12.3 (2002), p. 103–108.
- [23] Eric DEBARBIEUX. *A l'école des enfants heureux... enfin presque*. Paris Unicef Disponible également Ligne Www Unicef Fr. 2011 ; Observatoire international de la violence à l'école-UNICEF France, 2011.
- [24] Hubert T. *La perception du climat scolaire par les collégiens reste très positive*. Note d'information. DEPP B3-ministère de l'éducation nationale, 2013.

- [25] Jo INCHLEY et al. *Growing up unequal : gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : International report from the 2013/2014 survey*. 7. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2016.
- [26] Ellen M. SELKIE, Jessica L. FALES et Megan A. MORENO. « Cyberbullying Prevalence Among US Middle and High School-Aged Adolescents : A Systematic Review and Quality Assessment ». In : *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine* (11 nov. 2015). ISSN : 1879-1972.
- [27] Mathilde ARSENE. « Le CyberBullying : état actuel des connaissances sur la psychopathologie des enfants et adolescents confrontés à ce phénomène ». Thèse de doct. Toulouse III, 10 oct. 2013.
- [28] Sonia LIVINGSTONE, Leslie HADDON, Anke GORZIG et Kjartan OLAFSSON. *EU Kids final report*. Sept. 2011.
- [29] Tanya N BERAN et Qing LI. « Cyber-Harassment : A study of a new method for an old behavior ». In : *Journal of Educational Computing Research - J EDUC COMPUT RES* 32.3 (2005), p. 265–277. ISSN : 0735-6331.
- [30] Shari Kessel SCHNEIDER, Lydia O'DONNELL, Ann STUEVE et Robert W. S. COULTER. « Cyberbullying, School Bullying, and Psychological Distress : A Regional Census of High School Students ». In : *American Journal of Public Health* 102.1 (jan. 2012), p. 171–177. ISSN : 0090-0036.
- [31] V. KUBISZEWSKI, R. FONTAINE, K. HURÉ et E. RUSCH. « Le cyber-bullying à l'adolescence : problèmes psycho-sociaux associés et spécificités par rapport au bullying scolaire ». In : *L'Encéphale* 39.2 (avr. 2013), p. 77–84. ISSN : 0013-7006.
- [32] M. ARSÈNE et J. P. RAYNAUD. « Cyberbullying (ou cyber harcèlement) et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : état actuel des connaissances ». In : *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 62.4 (juin 2014), p. 249–256. ISSN : 0222-9617.
- [33] Tamara HUBERT. *Un collégien sur cinq concerné par la "cyberviolence"*. Note d'information 39. DEPP B3-ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche, nov. 2014.
- [34] Thomas HUGHES. *Tom Brown's Schooldays*. Oxford World's Classics. 1989.
- [35] Robert MUSIL. *Les désarrois de l'élève Törless*. Le Seuil. 1960.
- [36] William GOLDING. *Sa Majesté des Mouches*. Gallimard. Folio 5431. 2012.
- [37] R FONTAINE et C RÉVEILLÈRE. « Le bullying (ou victimisation) en milieu scolaire : description, retentissements vulnérabilisants et psychopathologiques ». In : *Annales Médico-psychologiques* 162.7 (sept. 2004), p. 588–594.
- [38] Gilles BRANDIBAS, Benoit JEUNIER et Chantal STILHART. « Harcèlement entre élèves : Conséquences somatiques et psychologiques ». In : *Revue francophone du stress et du trauma* 7.3 (2007), p. 143–151. ISSN : 1626-3375.

- [39] Maria M. TTOFI, David P. FARRINGTON, Friedrich LÖSEL et Rolf LOEBER. « Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies ». In : *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research* 3.2 (16 mai 2011). Sous la dir. de Maria M. TTOFI, p. 63–73. ISSN : 1759-6599.
- [40] Doris BENDER et Friedrich LÖSEL. « Bullying at school as a predictor of delinquency, violence and other anti-social behaviour in adulthood ». In : *Criminal Behaviour and Mental Health* 21.2 (1^{er} avr. 2011), p. 99–106. ISSN : 1471-2857.
- [41] Walter B. ROBERTS et Allan A. MOROTTI. « The Bully as Victim : Understanding Bully Behaviors to Increase the Effectiveness of Interventions in the Bully-Victim Dyad ». In : *Professional School Counseling* 4.2 (1^{er} déc. 2000), p. 148. ISSN : 1096-2409.
- [42] Dan OLWEUS. « A profile of bullying at school ». In : *Educational Leadership* 60.6 (mar. 2003), p. 12.
- [43] Betsy A. SCHROEDER, Allison MESSINA, Diana SCHROEDER, Karla GOOD, Shiryl BARTO, Jennifer SAYLOR et Matthew MASIELLO. « The implementation of a state-wide bullying prevention program : preliminary findings from the field and the importance of coalitions ». In : *Health Promotion Practice* 13.4 (juil. 2012), p. 489–495. ISSN : 1524-8399.
- [44] Antti KÄRNÄ, Marinus VOETEN, Todd D. LITTLE, Elisa POSKIPARTA, Anne KALJONEN et Christina SALMIVALLI. « A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program : grades 4-6 ». In : *Child Development* 82.1 (fév. 2011), p. 311–330. ISSN : 1467-8624.
- [45] Anne WILLIFORD, Aaron BOULTON, Brian NOLAND, Todd D. LITTLE, Antti KÄRNÄ et Christina SALMIVALLI. « Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' depression, anxiety, and perception of peers ». In : *Journal of Abnormal Child Psychology* 40.2 (fév. 2012), p. 289–300. ISSN : 1573-2835.
- [46] Eric C. BROWN, Sabina LOW, Brian H. SMITH et Kevin P. HAGGERTY. « Outcomes from a school-randomized controlled trial of Steps to Respect ». In : *School Psychology Review* 40.3 (2011), p. 423–443. ISSN : 0279-6015.
- [47] Maria M. TTOFI et David P. FARRINGTON. « Effectiveness of school-based programs to reduce bullying : a systematic and meta-analytic review ». In : *Journal of Experimental Criminology* 7.1 (16 sept. 2010), p. 27–56. ISSN : 1573-3750, 1572-8315.
- [48] J. David SMITH, Barry H. SHNEIDER, Peter K. SMITH et Katerina ANANIADOU. « The effectiveness of whole-school antibullying programs : a synthesis of evaluation research ». In : *School Psychology Review* 33.4 (2004), p. 547–560.

- [49] Kenneth W. MERRELL, Barbara A. GUELDNER, Scott W. ROSS et Duane M ISAVA. « How effective are school bullying intervention programs? A meta-analysis of intervention research ». In : *School Psychology Quarterly* 23 (mar. 2008), p. 26–42.
- [50] Muthanna SAMARA et Peter K. SMITH. « How schools tackle bullying, and the use of whole school policies : changes over the last decade ». In : *Educational Psychology* 28.6 (1^{er} oct. 2008), p. 663–676. ISSN : 0144-3410.
- [51] Mark A. COHEN et Alex R. PIQUERO. *New Evidence on the Monetary Value of Saving a High Risk Youth*. SSRN Scholarly Paper ID 1077214. Rochester, NY : Social Science Research Network, 1^{er} déc. 2007.
- [52] Matt MASIELLO, Diana SCHROEDER, Shiryl BARTO, karla GOOD, Charvonne HOLLIDAY, LaShae JEFFERS, Allison MESSINA et Betsy SCHROEDER. *The cost benefit of bullying prevention. A firts-time analysis of savings*. Pittsburgh : Highmark Foundation-Center for Health Promotion et Disease Prevention.
- [53] M-C DEWULF et C STILHART. « Le vécu des victimes de harcèlement scolaire ». In : *mt pédiatrie*, 8.2 (avr. 2005).
- [54] James D. UNNEVER et Dewey G. CORNELL. « Middle school victims of bullying : Who reports being bullied ? » In : *Aggressive Behavior* 30.5 (1^{er} oct. 2004), p. 373–388. ISSN : 1098-2337.
- [55] 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 (1^{er} juin 2014), p. 219–223. ISSN : 0141-0768, 1758-1095.
- [56] Luc CÔTÉ et Jean TURGEON. « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine ». In : *Pédagogie médicale* 3.2 (2002), p. 81–90.
- [57] Isabelle AUBIN-AUGER, Alain MERCIER, Laurence BAUMANN, Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Patrick IMBERT, Laurent LETRILLIART et GROUM-F. « Introduction à la recherche qualitative ». In : *Exercer* 19.84 (2008), p. 142–145.
- [58] J. TURGEON et TREMBLAY-MARC-ADÉLARD. « L'approche qualitative et la conconstruct du sens en médecine familiale ». In : *Santé Culture Health* 8.1-2 (1991), p. 183–202.
- [59] C. GRBICH. *Qualitative research in health : an introduction*. Sous la dir. de SAGE. 1998. ISBN : 978-1-4462-3501-0.
- [60] Rosaline S. BARBOUR. « Checklists for improving rigour in qualitative research : a case of the tail wagging the dog ? » In : *BMJ* 322.7294 (5 mai 2001), p. 1115–1117. ISSN : 0959-8138, 1468-5833.
- [61] Philippe BINDER. « Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? » In : *La revue du praticien* 55 (2005), p. 1073–7.
- [62] Alain BLANCHET et Anne GOTMAN. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin, 30 juin 2005. 128 p. ISBN : 978-2-200-34234-0.

- [63] Code de santé PUBLIQUE. *Article L1121-1 loi n°2006-450 du 18 avril 2006 - art. 31*. JORF 19 avril 2006.
- [64] I. BIBOU-NAKOU, J. TSIANTIS, H. ASSIMOPOULOS, P. CHATZILAMBOU et D. GIANNAKOPOULOU. « School factors related to bullying : a qualitative study of early adolescent students ». In : *Social Psychology of Education* 15.2 (1^{er} juin 2012), p. 125–145. ISSN : 1381-2890, 1573-1928.
- [65] Jean-Claude KAUFMANN. *L'entretien compréhensif - L'enquête et ses méthodes*. 3e édition. Paris : Armand Colin, 18 mai 2011. 128 p. ISBN : 978-2-200-25990-7.
- [66] G BORGÈS DA SILVA. « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication ». In : *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 32.2 (juin 2001), p. 117–121.
- [67] Ministère de l'Education NATIONALE. *Agir contre le harcèlement à l'école*. Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/cid86060/agir-contre-le-harcelement-a-l-ecole.html>.
- [68] Nicole CATHELINE. « Harcèlements en milieu scolaire ». In : *ERES. Enfances & Psy* 45 (2009), p. 162.
- [69] Virginie LINLAUD. « Le harcèlement scolaire entre pairs. A propos d'une étude en Vienne visant à évaluer l'apport d'un support ludique mettant en jeu les émotions ». Thèse de doct. Poitiers : Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie, 2014.
- [70] Aurélie LATOURÈS et Ségolène COUCHOT-SCHIEX. *Cybersexisme chez les adolescent-e-s (12-15 ans). Etude sociologique dans les établissements franciliens de la 5ème à la 2nde*. Centre Hubertine Auclert Centre francilien pour l'égalité femmes-hommes, sept. 2016.
- [71] Rosario ORTEGA RUIZ et COLLABORATORS. *La Convivencia Escolar : qué es y cómo abordarla*. Consejería de Educación y Ciencia, 1998.
- [72] Mariane SENTENAC, Catherine ARNAUD, Aoife GAVIN, Michal MOLCHO, Saoirse Nic GABHAINN et Emmanuelle GODEAU. « Peer Victimization Among School-aged Children With Chronic Conditions ». In : *Epidemiologic Reviews* 34.1 (1^{er} jan. 2012), p. 120–128. ISSN : 0193-936X, 1478-6729.
- [73] SALMIVALLI. « Utiliser la force des grgroup de pairs pour prévenir les comportements brutaux ». In : *Bonnes pratiques de résolution non-violente de conflits en milieu scolaire, UNESCO* (2001).
- [74] Sunhee LEE, Chun-Ja KIM et Dong Hee KIM. « A meta-analysis of the effect of school-based anti-bullying programs ». In : *Journal of Child Health Care : For Professionals Working with Children in the Hospital and Community* 19.2 (juin 2015), p. 136–153. ISSN : 1741-2889.
- [75] Christine CAMUSET et Nathalie ZAMPIROLLO. « Harcèlement entre élèves ». In : *Le journal des psychologues* 283 (oct. 2010), p. 56–61.

- [76] Lorraine RADFORD, Susana CORRAL, Christine BRADLEY et Helen L. FISHER. « 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 ». In : *Child Abuse & Neglect* 37.10 (oct. 2013), p. 801–813. ISSN : 1873-7757.
- [77] Michael CARR-GREGG et Ramesh MANOCHA. « Bullying - effects, prevalence and strategies for detection ». In : *Australian Family Physician* 40.3 (mar. 2011), p. 98–102. ISSN : 0300-8495.
- [78] Nicole CATHELIN, Eric DEBARBIEUX et LE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. *Le harcèlement entre élèves : le reconnaître, le prévenir, le traiter*. Paris : Ministère de l'Éducation Nationale, sept. 2011.
- [79] Richard J. HAZLER, Dina L. MILLER, Jolynn V. CARNEY et Suzy GREEN. « Adult recognition of school bullying situations ». In : *Educational Research* 43.2 (1^{er} jan. 2001), p. 133–146. ISSN : 0013-1881.
- [80] Hélène ROMANO. *Harcèlement en milieu scolaire : Victimes, auteurs : que faire ?* Dunod. Paris, 2015.
- [81] Maria M. TFOFI, David P. FARRINGTON, Friedrich LÖSEL et Rolf LOEBER. « The predictive efficiency of school bullying versus later offending : a systematic/meta-analytic review of longitudinal studies ». In : *Criminal behaviour and mental health : CBMH* 21.2 (avr. 2011), p. 80–89. ISSN : 1471-2857.
- [82] Anat Brunstein KLOMEK, Marjorie KLEINMAN, Elizabeth ALTSCHULER, Frank MARROCCO, Lia AMAKAWA et Madelyn S. GOULD. « High school Bullying as a Risk for Later Depression and Suicidality ». In : *Suicide & life-threatening behavior* 41.5 (oct. 2011), p. 501–516. ISSN : 0363-0234.
- [83] Dieter WOLKE, William E. COPELAND, Adrian ANGOLD et E. Jane COSTELLO. « Impact of Bullying in Childhood on Adult Health, Wealth, Crime, and Social Outcomes ». In : *Psychological Science* 24.10 (1^{er} oct. 2013), p. 1958–1970. ISSN : 0956-7976, 1467-9280.
- [84] Lucy BOWES, Carol JOINSON, Dieter WOLKE et Glyn LEWIS. « Peer victimisation during adolescence and its impact on depression in early adulthood : prospective cohort study in the United Kingdom ». In : *BMJ (Clinical research ed.)* 350 (2015), h2469. ISSN : 1756-1833.
- [85] Melissa E. DEROSIER, Antonius H. N. CILLESSEN, John D. COIE et Kenneth A. DODGE. « Group Social Context and Children's Aggressive Behavior ». In : *Child Development* 65.4 (1^{er} août 1994), p. 1068–1079. ISSN : 1467-8624.
- [86] Catherine BLAYA. « Décrochage scolaire : parents coupables, parents décrocheurs ? » In : *Informations sociales* 161 (9 déc. 2010), p. 46–54. ISSN : 0046-9459.

- [87] Gianluca GINI et Tiziana POZZOLI. « Bullied Children and Psychosomatic Problems : A Meta-analysis ». In : *Pediatrics* 132.4 (10 jan. 2013), p. 720–729. ISSN : 0031-4005, 1098-4275.
- [88] Ying ZHOU, Lan GUO, Ci-yong LU, Jian-xiong DENG, Yuan HE, Jing-hui HUANG, Guo-liang HUANG, Xue-qing DENG et Xue GAO. « Bullying as a risk for poor sleep quality among high school students in China ». In : *PloS One* 10.3 (2015), e0121602. ISSN : 1932-6203.
- [89] Barbara HOUBRE, Virginie DODELER, Lydia PETER, Yann AUXÉMÉRY, Jean-Baptiste LANFRANCHI et Cyril TARQUINIO. « Stress post-traumatique et altération des schémas cognitifs : cas de la victimation à l'école ». In : *L'Évolution Psychiatrique* 77.1 (jan. 2012), p. 1–14. ISSN : 00143855.
- [90] JV CARNEY. « Perceptions of bullying and associated trauma during adolescence. » In : *Professional School Counseling* 11.3 (2008), p. 179–188.
- [91] *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Masson ; 1994. Masson, 1994.*
- [92] Mitch van GEEL, Paul VEDDER et Jenny TANILON. « Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents : a meta-analysis ». In : *JAMA pediatrics* 168.5 (mai 2014), p. 435–442. ISSN : 2168-6211.
- [93] Lexine A. STAPINSKI, Lucy BOWES, Dieter WOLKE, Rebecca M. PEARSON, Liam MAHEDY, Katherine S. BUTTON, Glyn LEWIS et Ricardo ARAYA. « Peer victimization during adolescence and risk for anxiety disorders in adulthood : a prospective cohort study ». In : *Depression and Anxiety* 31.7 (juil. 2014), p. 574–582. ISSN : 1520-6394.
- [94] Randi E. McCABE, Martin M. ANTONY, Laura J. SUMMERFELDT, Andrea LISS et Richard P. SWINSON. « Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences ». In : *Cognitive Behaviour Therapy* 32.4 (2003), p. 187–193. ISSN : 1650-6073.
- [95] David P. FARRINGTON et Maria M. TTOFI. « Bullying as a predictor of offending, violence and later life outcomes ». In : *Criminal behaviour and mental health : CBMH* 21.2 (avr. 2011), p. 90–98. ISSN : 1471-2857.
- [96] Karin REUTER-RICE. « Male adolescent bullying and the school shooter ». In : *The Journal of School Nursing : The Official Publication of the National Association of School Nurses* 24.6 (déc. 2008), p. 350–359. ISSN : 1059-8405.
- [97] J. M. BODEN, S. van STOCKUM, L. J. HORWOOD et D. M. FERGUSSON. « Bullying victimization in adolescence and psychotic symptomatology in adulthood : evidence from a 35-year study ». In : *Psychological Medicine* 46.6 (avr. 2016), p. 1311–1320. ISSN : 1469-8978.

- [98] Ingo SCHÄFER et Helen L. FISHER. « Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? » In : *Dialogues in Clinical Neuroscience* 13.3 (sept. 2011), p. 360–365. ISSN : 1294-8322.
- [99] Elodie LACOTTE-MARLY. « Les jeunes et leur médecin traitant Pour une Meilleure Prise en Charge des Conduites à Risque ». Thèse de doct. René-Descartes Paris V, 2004.
- [100] Iris W. BOROWSKY et Marjorie IRELAND. « National survey of pediatricians' violence prevention counseling ». In : *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153.11 (1999), p. 1170–1176. ISSN : 1072-4710.
- [101] Vicki HENSLEY. « Childhood bullying : assessment practices and predictive factors associated with assessing for bullying by health care providers ». Thèse de doct. Lexington : University of Kentucky, 2015.
- [102] Philippe BINDER, Carine CARON, Vianney JOUHET, Daniel MARCELLI et Pierre INGRAND. « Adolescents consulting a GP accompanied by a third party : comparative analysis of representations and how they evolve through consultation ». In : *Family Practice* 27.5 (oct. 2010), p. 556–562. ISSN : 1460-2229.
- [103] Emma SCOTT, Jeremy DALE, Rachel RUSSELL et Dieter WOLKE. « Young people who are being bullied – do they want general practice support? » In : *BMC Family Practice* 17.1 (22 août 2016). ISSN : 1471-2296.
- [104] Pierre GALLOIS, Jean-Pierre VALLÉE et Yves LE NOC. « L'adolescent et son médecin. Des attentes très spécifiques ». In : *Médecine* 6.3 (mar. 2010), p. 111–7.
- [105] Suzet Tanya LEREYA, Muthanna SAMARA et Dieter WOLKE. « Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim : a meta-analysis study ». In : *Child Abuse & Neglect* 37.12 (déc. 2013), p. 1091–1108. ISSN : 1873-7757.
- [106] Dieter WOLKE et Alexandra J. SKEW. « Bullying among siblings ». In : *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 24.1 (2012), p. 17–25. ISSN : 0334-0139.
- [107] Maria SAPOUNA et Dieter WOLKE. « Resilience to bullying victimization : the role of individual, family and peer characteristics. » In : *Child Abuse & Neglect* 37.11 (nov. 2013), p. 997–1006. ISSN : 1873-7757.
- [108] Tamar KODISH, Joanna HERRES, Annie SHEARER, Tita ATTE, Joel FEIN et Guy DIAMOND. « Bullying, Depression, and Suicide Risk in a Pediatric Primary Care Sample ». In : *Crisis* 37.3 (mai 2016), p. 241–246. ISSN : 2151-2396.
- [109] Jorge C. SRABSTEIN. « Be Aware of Bullying : A Critical Public Health Responsibility ». In : *Virtual Mentor* 11.2 (2 jan. 2009), p. 173.
- [110] David A. KLEIN, Kathryn K. MYHRE et Dale M. AHRENDT. « Bullying among adolescents : a challenge in primary care ». In : *American Family Physician* 88.2 (15 juil. 2013), p. 87–92. ISSN : 1532-0650.

- [111] COMMITTEE ON INJURY, VIOLENCE, AND POISON PREVENTION. « Policy statement—Role of the pediatrician in youth violence prevention ». In : *Pediatrics* 124.1 (juil. 2009), p. 393–402. ISSN : 1098-4275.
- [112] Emma J. SCOTT et Jeremy DALE. « Childhood bullying : implications for general practice ». In : *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners* 66.651 (oct. 2016), p. 504–505. ISSN : 0960-1643.
- [113] Haute autorité en SANTÉ. *Manifestations dépressives à l'adolescence ; Repérage, diagnostic et stratégie en soins de premier recours*.
- [114] Anat Brunstein KLOMEK, Andre SOURANDER, Solja NIEMELÄ, Kirsti KUMPULAINEN, Jorma PIHA, Tuula TAMMINEN, Fredrik ALMQVIST et Madelyn S. GOULD. « Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides : a population-based birth cohort study ». In : *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 48.3 (mar. 2009), p. 254–261. ISSN : 1527-5418.
- [115] Philippe BINDER, Anne-Laure HEINTZ, Coralie SERVANT, Marie-Thérèse ROUX, Stéphane ROBIN, Ludovic GICQUEL et Pierre INGRAND. « Screening for adolescent suicidality in primary care : the bullying–insomnia–tobacco–stress test. A population-based pilot study ». In : *Early Intervention in Psychiatry* (1^{er} jan. 2016), n/a–n/a. ISSN : 1751-7893.
- [116] Anne REVAH-LEVY, Boris BIRMAHER, Isabelle GASQUET et Bruno FALISSARD. « The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) : a validation study ». In : *BMC psychiatry* 7 (12 jan. 2007), p. 2. ISSN : 1471-244X.
- [117] Benjamin SHAIN et COMMITTEE ON ADOLESCENCE. « Suicide and Suicide Attempts in Adolescents ». In : *Pediatrics* 138.1 (juil. 2016). ISSN : 1098-4275.
- [118] INPES. *Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Les supports d'appui à la consultation* <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure-Supports.pdf>. 2009, p. 63–74.
- [119] Katie M. KNIGHT, Margaret PARR, David WALKER et Joseph SHALHOUB. « Web-based training package for HEEADSSS assessment and motivational interviewing techniques : a multi-professional evaluation survey ». In : *Medical Teacher* 32.9 (2010), p. 790. ISSN : 1466-187X.
- [120] Marie QUARTIER. *Harcèlement à l'école : lui apprendre à s'en défendre*. Eyrolles. Les consultations du pédopsychiatre. OCLC : 940503275. Paris : Eyrolles, 2016. 1 p. ISBN : 978-2-212-56262-0.
- [121] Maria SAPOUNA et al. « Virtual learning intervention to reduce bullying victimization in primary school : a controlled trial ». In : *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 51.1 (jan. 2010), p. 104–112. ISSN : 1469-7610.
- [122] Code de santé PUBLIQUE. *Loi n°2012-954 du 6 août 2012, article 232-33*, JORF du 7 août 2012, p12921.



CANEVAS D'ENTRETIEN

- PEUX TU ME RACONTER TON HISTOIRE :
 - Le début de la violence
 - Le type
 - Par qui ?
 - Les conséquences physiques et psychologiques

- LA SORTIE DU SILENCE :
 - A qui en as-tu parlé et à quel moment ?
 - Les obstacles à en parler
 - La réaction des parents et des professionnels du collège
 - Les démarches entreprises
 - En souffres-tu encore ?

- RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT ET ATTENTES DE L'ADOLESCENT :
 - As-tu consulté ton médecin traitant lors de cette période de harcèlement et pour quels motifs ?
 - Est-il intervenu concernant le harcèlement ?
 - Aurais-tu aimé lui en parler ?
 - Quels sont les obstacles à lui parler ?
 - -Qu'aurait-il pu faire pour t'aider ?
 - Penses-tu que ton médecin de famille est utile dans ce contexte de harcèlement ?
 - Penses-tu que la présence de prospectus ou affiches sur le harcèlement dans la salle d'attente du médecin pourrait inciter les jeunes victimes de harcèlement à lui en parler ?

- AIMERAIS-TU ME PARLER D'UN SUJET QUE NOUS N'AVONS PAS ABORDÉ ?

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné né(e) le déclare accepter, librement, et de façon éclairée la participation de mon enfant..... né le..... comme sujet à l'étude intitulée :

Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire et leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste

Sous la direction du Dr ROLAND

Promoteur : Faculté de Médecine de Lyon

Investigateur principal : HORCHOLLE Laura, médecin généraliste remplaçante

BUT DE L'ÉTUDE

Engagement du participant : l'étude va consister à participer à une interview audio-enregistrée d'un adolescent ayant été victimes de harcèlement au collège, afin de recueillir son témoignage, son ressenti et les éventuelles attentes concernant son médecin traitant dans cette situation de violence.

ENGAGEMENT DE L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL

En tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

LIBERTÉ DU PARTICIPANT

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

INFORMATION DU PARTICIPANT

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant

cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche biomédicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

DÉONTOLOGIE ET ÉTHIQUE

Le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à le..... en 2 exemplaires

SIGNATURES :

Le(s) parent(s) du participant

L'investigateur principal

AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

**Comité d'Éthique
du CHU de Lyon**

Président :

Jean-François Guérin

Groupement Hospitalier Est
Hôpital Femme Mère Enfant
Service de médecine de la reproduction
59 boulevard Pinel
69677 Bron

Tel : 04 72 12 95 75
Mail : hcl.comite-ethique@chu-lyon.fr

Bureau

Patrick Carlioz
François Chapuis
Brigitte Comte
Fabienne Doiret
Nathalie Brousse (conseillère juridique)



Hôpitaux de Lyon

Lyon, le 15 juillet 2016

Mme Laura Horcholle,
interne en médecine générale
CHU de Lyon

Madame et chère consœur

Vous avez soumis pour avis au Comité d'Éthique le protocole intitulé : « Violences à l'école / Harcèlement scolaire ».

Le Comité d'Éthique a examiné votre projet et a donné un avis favorable pour sa réalisation, dans la mesure où il s'agit d'une étude non interventionnelle, dont l'objectif est de savoir à quels obstacles sont confrontés les adolescents qui refusent de parler de leurs problèmes de harcèlement, et d'étudier parallèlement le rôle du médecin traitant au cours de cette période.

Cette étude ne soulève pas de problème éthique.

En vous remerciant d'avoir sollicité le Comité d'Éthique, je vous prie de croire, Madame Horcholle, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Professeur J.F. GUERIN
Président du Comité d'éthique

APPEL À TÉMOIGNAGE

**Appel à témoignage**

Bonjour,

Je m'appelle **Laura Horcholle**, médecin généraliste. Je prépare ma thèse de docteur en médecine générale sur le thème du **harcèlement scolaire**.

Si tu as entre **11 et 19 ans**, et que tu as été victime de **harcèlement** par d'autres élèves au **collège** (insultes, rumeurs, moqueries, coups, harcèlement sur les réseaux sociaux...); j'aimerais te rencontrer et que tu me racontes ton histoire.



Les entretiens restent bien sûr **anonymes**.
J'ai besoin du consentement signé de tes parents.

Cela m'aiderait beaucoup de recueillir ton témoignage !

Si tu es d'accord de me rencontrer et de participer à mon travail de thèse, tu peux me contacter (ou tes parents) :

Par téléphone au **06 XX XX XX XX**

Ou par mail : **horchollelaura21@gmail.com**

Merci !

CONCLUSIONS



Nom, prénom du candidat : HORCHOLLE, Laura

CONCLUSIONS

Le harcèlement entre pairs est la violence la plus répandue à l'école et fait vivre un enfer quotidien à de nombreux enfants et adolescents scolarisés. Il est source de multiples souffrances dont les manifestations ne sont pas toujours évidentes, et laisse une trace psychique profonde et durable, parfois jusqu'à l'âge adulte. Lutter contre le harcèlement c'est refuser que des vies soient précocement brisées et durablement blessées, c'est aider à faire diminuer le taux de dépression et le risque de suicide chez ces jeunes.

Longtemps banalisé ou même ignoré, le harcèlement est petit à petit mis en lumière grâce aux médias, associations, politiques mais surtout au travers de la parole des victimes elles-mêmes. Les programmes de lutte contre le harcèlement mis en place par les gouvernements demandent du temps, et leur efficacité reste modeste. Une fois le harcèlement révélé, la victime et sa famille n'ont pas toujours l'impression d'être entendus par le milieu scolaire.

Au vu des conséquences physiques et psychologiques dramatiques que le harcèlement scolaire peut générer, il semble que le médecin généraliste aurait un rôle primordial pour aider ces enfants et ces adolescents en souffrance. Si l'on considère la réticence des jeunes à demander l'aide des adultes de son entourage et la probabilité de consultations médicales plus fréquentes dues à un mauvais état de santé, alors le rôle du médecin prend tout son sens dans le dépistage du harcèlement et dans l'accompagnement des victimes. En France, il n'existe pourtant pas d'étude concernant l'intervention des médecins généralistes auprès des enfants et adolescents harcelés, et des attentes de ces derniers vis à vis de cette intervention.

Notre étude a voulu donner la parole à des adolescents victimes de harcèlement afin qu'ils témoignent de leur vécu et permettent ainsi au médecin généraliste de se sensibiliser à cette violence scolaire et à ses conséquences. Ils ont également été invités à nous confier leurs attentes concernant leur médecin traitant.

Pour ce faire, nous avons réalisé une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés. 12 adolescents âgés de 12 à 19 ans ont répondu à ces entretiens, menés entre juillet 2014 et février 2016.



Si les adolescents interrogés n'ont pas toujours connaissance du rôle d'écoute du médecin généraliste, ils n'en sont pas moins prêts à recevoir son aide. Ils souhaitent se confier et être écoutés à condition que le médecin les mette en confiance, qu'il se montre intéressé et compréhensif. Ils attendent des explications sur cette situation qui les dépasse et aimeraient recevoir des conseils : Comment réagir ? Quel comportement adopter ? Comment faire face à leur mal-être ? Ils ont besoin de se sentir soutenus et rassurés sur leur « normalité ». Ils veulent être orientés vers une prise en charge hospitalière lorsque la souffrance devient insoutenable. Un adolescent a évoqué l'idée d'une mise en relation du médecin avec le collègue. La remise d'un certificat médical de constatation des blessures est une demande commune des jeunes et des parents.

Les adolescents nous apprennent également les raisons de leur silence ; un silence qui laisse libre cours aux agresseurs, isole d'avantage la victime et majore l'impact du harcèlement sur sa santé.

Leur silence vient d'abord de l'incompréhension de la situation et de la difficulté à se percevoir comme victime. Parfois ils ne voient pas l'intérêt de parler des violences parce qu'ils pensent que la situation ne va pas durer ou encore que les adultes n'aideront pas. Puis ils se sentent coupables et honteux, ils ont peur d'être jugés et mis à l'écart, et enfin ils craignent les représailles.

Concernant les réticences liées au médecin généraliste, ils évoquent la conviction que le harcèlement n'est pas de son ressort, le sentiment que ça ne l'intéresse pas vraiment, la peur de déranger et le problème de la confidentialité. Enfin, ils n'ont pas envie de se confier lorsqu'ils sont mal à l'aise avec le médecin.

Suite aux résultats des entretiens des adolescents concernant leurs attentes vis-à-vis de leur médecin traitant et les freins à l'expression des violences, nous proposons les pistes d'intervention suivantes :

- Le médecin pourrait s'impliquer dans la prévention en abordant le problème du harcèlement avec l'enfant et ses parents dès le plus jeune âge.
- Il pourrait dépister le harcèlement en se montrant attentif aux plaintes du jeune et en posant des questions précises et ouvertes de façon systématique.



- Il pourrait évaluer la souffrance psychologique afin d'orienter si nécessaire.
- Enfin, il pourrait agir en conseillant et soutenant le jeune, en l'encourageant à demander l'aide des adultes, en proposant un plan d'action en collaboration avec lui et ses parents, puis en organisant un suivi adapté.

Afin de vérifier la faisabilité et la validité de ces pistes d'intervention, une recherche complémentaire de notre étude pourrait être menée, en utilisant des questionnaires quantitatifs auprès de médecins généralistes. Une étude qualitative préliminaire permettrait d'affiner le questionnaire en tenant compte de l'émergence de nouvelles pistes de réflexion.

Ce type de recherche en complémentarité de notre étude pourra certainement aider à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du harcèlement scolaire par les médecins de soins primaires.

Le président de la thèse,
Professeur Yves ZERBIB

VU :

**Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est**

Professeur Gilles RODE

VU :

Pour le Président de l'Université



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **04 NOV. 2016**



HORCHOLLE Laura

Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire et leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste

A partir d'une étude qualitative auprès de 12 adolescents rhônalpins

Th. Méd : Lyon 2016 n°284

RESUME

CONTEXTE : Le harcèlement scolaire ou school bullying est une violence répétée et à long terme, physique et/ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs élèves à l'encontre d'un autre élève, dans le but de lui porter préjudice et dans une relation de domination. Un collégien sur dix est victime de harcèlement scolaire en France. Les répercussions scolaires, physiques et psychiques sont importantes. Face au mutisme des adolescents, il semble que le médecin généraliste a un rôle primordial pour dépister, favoriser leur parole et les accompagner.

OBJECTIFS : Mettre en évidence leurs attentes vis à vis du médecin généraliste en matière de reconnaissance et de prise en charge, puis explorer les freins à l'expression des violences.

METHODE : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée entre juillet 2014 et février 2016, auprès de 12 adolescents victimes de harcèlement scolaire au collège.

RESULTATS : La plupart des adolescents souhaitent être écoutés, compris et soutenus par leur médecin traitant. Ils attendent d'être questionnés précisément, de recevoir des explications sur les violences subies et des conseils sur le comportement à adopter. Ils souhaitent être rassurés sur leur « normalité » physique. Enfin, ils veulent être orientés vers une prise en charge hospitalière si nécessaire. L'incompréhension, la culpabilité, la honte, la peur d'être jugé, la crainte des représailles et le problème de la confidentialité sont les principaux freins à la parole des adolescents.

CONCLUSIONS : Ces résultats, en association avec ceux de la littérature, permettent de proposer plusieurs pistes d'intervention du médecin généraliste dans la prise en charge du harcèlement scolaire. Il peut prévenir en abordant le sujet précocement et dépister en posant des questions précises de manière systématique. L'évaluation de la souffrance permet d'orienter si nécessaire. Enfin, il peut agir en conseillant et soutenant le jeune, en l'encourageant à demander l'aide des adultes, en proposant un plan d'action en collaboration avec lui et ses parents, puis en organisant un suivi adapté.

MOTS-CLES

harcèlement scolaire, cyberharcèlement, adolescent, soins primaires, médecin généraliste

JURY

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Membres : Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET

Monsieur le Professeur Xavier LAINE

Madame le Docteur Noémie ROLAND

DATE DE SOUTENANCE

1^{er} Décembre 2016

ADRESSE DE L'AUTEUR

290 Rue du Prieuré, 69440 TALUYERS

horchollelaure21@gmail.com
