



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 14 décembre 2023 à Poitiers  
par Yoann ROBIN

Titre

**État des lieux des pratiques professionnelles des médecins généralistes à  
propos du Harcèlement Scolaire en Poitou-Charentes.**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Jean XAVIER

**Membres** : Dr Amaury DE RIVALS-MAZÈRES  
Dr Pierrick ARCHAMBAULT  
Dr Sarah CHAHBOUN

**Directeur de thèse** : Dr Pierrick ARCHAMBAULT





# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

#### **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 14 décembre 2023 à Poitiers  
par Yoann ROBIN

#### Titre

**État des lieux des pratiques professionnelles des médecins généralistes à  
propos du Harcèlement Scolaire en Poitou-Charentes.**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Jean XAVIER

**Membres** : Dr Amaury DE RIVALS-MAZÈRES  
Dr Pierrick ARCHAMBAULT  
Dr Sarah CHAHBOUN

**Directeur de thèse** : Dr Pierrick ARCHAMBAULT

**LISTE DES ENSEIGNANTS**

Année universitaire 2023 – 2024

**SECTION MEDECINE**
**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1<sup>o</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

**Maître de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

**Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

**Professeur associé des universités des disciplines odontologiques**

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

**Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

**Professeurs émérites**

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## SECTION PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### *Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

### *Maîtres de conférences*

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGÉ Marie, chimie analytique
- DELAGÉ Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maîtres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

### *A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)*

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

### *Professeur émérite*

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

## REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier mon directeur de thèse, Docteur Pierrick Archambault. Tu m'as accordé ta confiance en acceptant d'être mon tuteur de DES en 2018 et tu l'as renouvelée en m'encadrant sur ce travail de recherche. Merci pour ton accompagnement tout au long de ma formation, pour tes conseils ainsi que toutes les connaissances théoriques et cliniques que tu m'as partagées. Enfin, merci pour nos appels, dernièrement plus longs et réguliers qui m'ont permis de poursuivre ce travail de façon sereine.

Professeur Xavier, Docteur Chahboun, Docteur De Rivals-Mazères, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury, je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous portez à mes recherches et de me faire bénéficier d'un jury très spécifique à mon sujet. J'espère que vous prendrez plaisir à découvrir mon travail et à échanger avec moi à ce sujet.

J'adresse également mes remerciements :

Aux médecins généralistes de l'ancienne région Poitou-Charentes, pour avoir accepté de participer à ce travail de recherche, pour avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire et pour m'avoir fait vos nombreux retours, ils m'ont beaucoup apporté.

A l'ensemble des soignants et des patients que j'ai rencontrés tout au long de ces dix années de formation. Vous m'avez fait confiance et avez pris le temps de partager avec moi vos connaissances, vos expériences et vos histoires de vie. Nos échanges m'ont structuré et m'ont permis de devenir le médecin que je suis devenu.

Aux intervenants de la faculté de médecine de Poitiers, ainsi qu'à mes différents maîtres de stage qui ont œuvré de concert pour me permettre de bénéficier d'une formation de qualité. J'ai appris de chacun de vous, merci pour tout ce que vous m'avez transmis.

A Docteur Jeanneau qui a été le premier de mes formateurs en Médecine Générale et qui a su me transmettre sa passion de la médecine. J'aurai toujours plaisir à avoir de vos nouvelles.

A l'équipe pédagogique, et plus particulièrement Mme Bordage, merci pour votre disponibilité et votre suivi.

Plus personnellement,

Je tiens à remercier mes parents, mon frère et ma sœur ; pour l'amour et le soutien qu'ils ont toujours su me témoigner durant ces innombrables heures (années) de travail acharné à la maison pendant que tous profitaient de loisirs divers et variés sans moi (vous êtes les meilleurs).

Merci aux Docteurs Chourrout, Duffau, De Rivals-Mazères, Garcia, Soulard et Roulleau pour leur amitié, leurs conseils (pas) toujours justes sur les gastralgies et leur bienveillance à mon égard. Sachez que je suis fier de clôturer, en bon dernier, le bal de nos soutenances.

Merci à tous les copains du foot et particulièrement à Sébastien, Anthony, Mathieu Antonin et Kévin pour ces journées et soirées sportives. Merci pour votre soutien dans le développement occasionnel de mon style sur le ring, je sais que c'étaient des moments particulièrement appréciés.

J'adresse également une pensée particulière aux copains de Vendée, Cédric, Valentin, Mathias, Quentin et Ugo pour ces 15 dernières années de vacances et d'aventures (un peu plus pour Châtaigne). Vous m'avez beaucoup appris, grâce à vous je sais maintenant mentir sans problème, simuler une blessure pour ne pas avoir à courir, découper une tente proprement sans couteau, laver des draps sans machine et je ne me fais plus avoir par les prix de location attractifs de Stéphane. Je fais tout pour protéger les oiseaux et je pense à éteindre la lumière en quittant la pièce. Merci pour tous ces rires et ces moments partagés, votre amitié m'est précieuse.

Lilian tu es le doyen de ma bande d'amis. Nous ne nous sommes presque jamais quittés depuis bientôt 20 ans. Énoncer des anecdotes resterait une infime partie des choses à dire et à raconter sur notre histoire. Nous pouvons au moins nous excuser publiquement d'avoir peut-être abusé du miroir central des grands parents dans le salon pour assurer nos victoires de belotes, même si, comme il disait, « Oui, oui, deux trois p'tits coups et j'ai compris, oui oui ! ».

Enfin merci à toi Chloé, pour tout ce que tu m'apportes depuis notre rencontre dans ce bal populaire, ou dans cet IKEA, je ne sais plus quelle version officielle nous sommes convenus de garder ? Merci pour ta présence, tu as le rôle le plus dur de tous à mes côtés, mon très cher Amaury me l'a encore rappelé gentiment il y a peu ! Nous savons tous les deux à quel point tu

as été importante pour moi durant ces années d'études. Merci aussi d'être à mes côtés pour tous ces projets que nous portons de front en ce moment. Merci pour ton amour et toutes les détente du visage que tu me fais en situation de stress, même si tu ne réalises que la moitié de celles que tu me promets.

*Yoann*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Problématique.....</b>	<b>5</b>
2.1. <i>Généralités à propos du harcèlement scolaire .....</i>	<i>5</i>
2.1.1. Définition .....	5
2.1.2. Épidémiologie du harcèlement scolaire .....	5
2.2. <i>Clinique du harcèlement scolaire .....</i>	<i>6</i>
2.2.1. Mode d'installation du harcèlement scolaire .....	6
2.2.2. Différents tableaux cliniques du harcèlement scolaire.....	6
2.2.3. Conséquences du harcèlement scolaire .....	7
2.3. <i>Evaluation du harcèlement scolaire .....</i>	<i>8</i>
2.3.1. Matériel et échelles d'évaluation du harcèlement scolaire.....	8
2.3.2. Repérer les signes cliniques du harcèlement chez l'enfant et l'adolescent.....	9
2.4. <i>Prise en charge du harcèlement scolaire.....</i>	<i>9</i>
2.4.1. Recommandations .....	9
2.4.2. Acteurs de la prise en charge.....	10
2.4.3. Moyens mis en place .....	10
2.5. <i>Problématique et hypothèses .....</i>	<i>11</i>
2.5.1. Problématique d'étude.....	11
2.5.2. Hypothèses de recherche .....	12
<b>3. Matériel et méthodes .....</b>	<b>13</b>
3.1. <i>Présentation de la population d'étude .....</i>	<i>13</i>
3.2. <i>Choix de la méthode.....</i>	<i>13</i>
3.3. <i>Conception du questionnaire .....</i>	<i>13</i>
3.3.1. Contenu du questionnaire.....	14
3.4. <i>Procédure.....</i>	<i>14</i>
3.5. <i>Analyse des données statistiques .....</i>	<i>14</i>
<b>4. Résultats .....</b>	<b>16</b>
4.1. <i>Présentation des données démographiques .....</i>	<i>16</i>
4.2. <i>Connaissances des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes relatives au HS.....</i>	<i>17</i>

<i>4.3. Pratiques professionnelles des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes relatives au HS19</i>	
4.3.1. Fréquence de recherche du HS en consultation .....	19
4.3.2. Présence de documentation relative au HS .....	20
4.3.3. Rédaction d'un CMI.....	20
4.3.4. S'entretenir avec les parents.....	21
4.3.5. S'entretenir avec l'établissement scolaire .....	21
4.3.6. Orientation vers un psychologue.....	22
4.3.7. Orientation vers un psychiatre ou un pédopsychiatre .....	23
4.3.8. Orientation vers le médecin scolaire .....	23
4.3.9. Équivalence de traitement entre HS et cyberharcèlement.....	24
<i>4.4. Retour d'expérience des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes vis à vis de leurs pratiques professionnelles</i> .....	25
4.4.1. Le dépistage du harcèlement est-il une mission du MG ?.....	25
4.4.2. L'aisance des MG à prendre en charge un patient victime de HS .....	26
4.4.3. Les freins identifiés à la prise en charge du HS par les MG .....	26
<b>5. Discussion</b> .....	<b>28</b>
5.1. Résultats principaux.....	28
5.2. Fiabilité de l'étude.....	29
5.3. Cohérence externe de l'étude.....	30
5.4. Perspectives et axes d'amélioration.....	31
<b>6. Conclusion</b> .....	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>35</b>
<b>TABLE DES ANNEXES</b> .....	<b>41</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**ASQ** : Ask Suicide Screening Questions

**BITS Test** : Bullying-Insomnia-Tobacco-Stress Test

**CDOM** : Conseil de l'Ordre Des Médecins

**CMI** : Certificat Médical Initial

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**COGEMS** : COLLège des GÉNéralistes Enseignants et Maîtres de Stage

**CRIP** : Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes

**DASEN** : Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale

**DEPP** : Direction de l'Évaluation de la Prospective et de la Performance

**EMSA** : Équipe Mobile de Sécurité Académique

**EN** : Éducation Nationale

**HS** : Harcèlement Scolaire

**IP** : Information Préoccupante

**JASP** : Jeffreys's Amazing Statistics Program

**MDA** : Maison des Adolescents

**MG** : Médecin Généraliste

**MPP** : Méthode de Préoccupation Partagée

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**SIVIS** : Système d'Information et de Vigilance sur la Sécurité scolaire

**RASED** : Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des MG par secteur et par département (n=75).....	16
Figure 2. Investissement du MG dans le dépistage du HS (n=75).....	25
Figure 3. Sentiment du MG face à une plainte de HS (n=75).....	26
Figure 4. Freins identifiés par les MG dans la prise en charge du HS (n=75).....	27

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Score de connaissances en lien avec les données démographiques .....	18
Tableau 2. Fréquence de recherche du HS .....	19
Tableau 3. Présence de documentation sur le HS au cabinet .....	20
Tableau 4. Réalisation d'un CMI en cours de consultation .....	20
Tableau 5. Mise en lien avec les parents recherchée par le MG .....	21
Tableau 6. Mise en lien avec l'école recherchée par le MG .....	22
Tableau 7. Orientation vers un psychologue envisagée par le MG.....	22
Tableau 8. Orientation vers un pédopsychiatre/psychiatre envisagée par le MG .....	23
Tableau 9. Orientation vers le médecin scolaire envisagée par le MG .....	24
Tableau 10. Comportement face à un plainte de cyberharcèlement.....	24

## 1. Introduction

Le harcèlement scolaire (HS), phénomène polymorphe aux conséquences plurielles, concerne 11,7% des enfants d'âge scolaire en France (1), ce qui en fait un réel enjeu de santé publique. Actuellement, aucune recommandation sur l'évaluation ou la prise en charge des patients victimes de HS n'a été publiée. Pourtant, il est du rôle du médecin généraliste (MG) de coordonner les différents acteurs intervenant dans le parcours de soin d'un enfant.

L'étude réalisée a pour objectif de rendre compte des pratiques professionnelles des MG exerçant en ancienne région Poitou-Charentes, à propos du HS, en l'absence de recommandations nationales. L'analyse de ces pratiques pourrait laisser entrevoir l'intérêt d'aiguiller les MG dans cette prise en charge complexe. Cela permettrait d'aider au dépistage précoce et à l'orientation, dans le but d'améliorer le parcours de soin des patients concernés.

Tout d'abord, une revue de littérature sera présentée afin d'appréhender la clinique du HS et d'exposer les différentes réalités qu'il recouvre. Puis, la méthodologie utilisée pour mener à bien ce travail de recherche sera détaillée, les résultats seront exposés et confrontés aux données de la littérature afin d'en ressortir une analyse clinique. Enfin, les apports de l'étude seront présentés tout en tenant compte des limites rencontrées lors de la réalisation de ce travail de recherche.

## 2. Problématique

### 2.1. Généralités à propos du harcèlement scolaire

#### 2.1.1. Définition

Le harcèlement scolaire (HS) est une notion clinique récente. Cependant, ces dernières années, de nombreux travaux ont été réalisés et ont permis de mieux appréhender ce phénomène et les différentes réalités qu'il recouvre. Le HS se traduit par la répétition de violences perpétrées à l'encontre d'une personne. Ces violences peuvent être de nature physique, verbale, non-verbale ou psychologique (2) et s'appuient généralement sur des caractéristiques individuelles (3). La répétition de ces violences ainsi que le rapport de force instauré entre la victime et l'agresseur contribuent à isoler socialement la victime (3).

#### 2.1.2. Épidémiologie du harcèlement scolaire

A l'international, l'absence de consensus concernant la définition du HS rend l'évaluation de sa prévalence, de son incidence et de ses conséquences, difficile. En France, un organisme s'occupe de recenser les faits de HS :

La **Direction de l'Évaluation de la Prospective et de la Performance (DEPP)** estime la prévalence du HS en s'appuyant sur des témoignages et en appréciant le climat scolaire (4). Cet organisme collecte également les données du dispositif **Système d'Information et de Vigilance sur la Sécurité scolaire (SIVIS)** recensant les faits graves survenus en milieu scolaire et transmis par les chefs d'établissements.

Grâce à ces études, il est établi qu'en France, 46% des élèves du cycle scolaire secondaire, et plus particulièrement les élèves de 6ème, ont subi une violence de façon répétée (5).

## 2.2. Clinique du harcèlement scolaire

### 2.2.1. Mode d'installation du harcèlement scolaire

Le HS s'instaure plus facilement lors des cycles scolaires primaire et secondaire (6). Durant ces périodes l'enfant reproduit le schéma parental qu'il observe, les enfants exposés à des violences domestiques infligent significativement plus de violences à leurs pairs au sein du milieu scolaire, que ceux n'ayant pas été confrontés à ces violences domestiques (7).

Par ailleurs, un climat scolaire instable et déstructuré est également propice au développement du HS : les membres de l'institution scolaire peuvent ne plus être suffisamment disponibles pour identifier les situations de harcèlement et venir en aide aux élèves (8).

Dans le cas où la situation de harcèlement resterait impunie, cela va induire chez le harceleur un sentiment d'impunité, contribuant à la chronicisation de la situation de harcèlement (9).

Le HS s'installe donc lorsque la victime est déstabilisée par la situation, isolée de ses pairs et que la situation est imperceptible pour les adultes (10). Le HS va alors pouvoir prendre différentes formes.

### 2.2.2. Différents tableaux cliniques du harcèlement scolaire

Le harcèlement scolaire diffère selon la relation interpersonnelle existant entre la victime et l'harceleur :

- **Harcèlement d'un enseignant sur un élève** : peut être le résultat d'un échec de la situation d'apprentissage dans un contexte de pression scolaire importante (10). Malgré les témoignages retrouvés, aucune étude n'a permis d'estimer la prévalence de cette situation de harcèlement.
- **Harcèlement d'un élève sur un autre** : il s'agit de la forme de harcèlement la mieux connue et étudiée, elle touche 49% des filles contre 53% des garçons (10).
- **Cyberharcèlement sur élève** : cette forme de harcèlement est apparue en même temps que les réseaux sociaux ont pris de l'importance au sein de la société. Cette forme de harcèlement touche 21% des filles et 15% des garçons (10).

En outre, les violences subies dans le cadre d'un HS peuvent prendre différentes allures. Selon Catheline (10), elles peuvent être :

- **verbales** : insultes, surnoms blessants, humiliations verbales ou mépris ;
- **physiques** : bousculades, coups, vols, crachats ;
- **psychologiques** : mises à l'écart, rumeurs, manipulations.

### 2.2.3. Conséquences du harcèlement scolaire

Le HS entraîne de multiples conséquences, à court et à long terme, sur la santé (physique et mentale) et le parcours scolaire des élèves impliqués. Être témoin de harcèlement peut également entraîner des difficultés psychologiques et scolaires (11).

- Conséquences pour le harceleur

Dans le cas où le harceleur serait écarté du lieu où se produisent les faits de harcèlement, cela pourrait le conduire à réitérer des situations de harcèlement. Le harceleur développe ainsi des stratégies de prédation pour rester en position de force (9). Le risque est alors de voir se développer des conduites de type psychopathiques et asociales (12).

De plus, changer régulièrement d'établissement scolaire et ne plus être soutenu par les équipes pédagogiques induisent une difficulté pour l'agresseur à suivre une formation et à obtenir des compétences scolaires et professionnelles (12, 13).

A long terme, les harceleurs sont significativement plus à risque d'être auteurs d'actes de criminalité une fois adulte (13, 14, 15) ou de développer des conduites antisociales (16).

Catheline (9), quant à elle, évoque la marginalisation ainsi qu'un vécu d'injustice et de rejet qui entraînent la transgression des règles sociales. Tels que les agressés, les agresseurs ont une image narcissique fragile ce qui peut également les conduire à des troubles anxio-dépressifs qu'ils tentent d'apaiser au moyen de conduites addictives (12).

Enfin, être harceleur dans l'enfance est significativement corrélé à une parentalité jeune et à des grossesses avant 20 ans, et ce indépendamment des symptômes psychiatriques, du niveau d'éducation parentale ou du fait d'avoir été victime de harcèlement en parallèle (17).

- Conséquences pour la victime de harcèlement

A court terme, l'isolement relationnel survient rapidement. La victime devient indisponible sur le plan psychique, des troubles anxio-dépressifs et des somatisations peuvent être observés (12). Cela a pour conséquence directe une baisse des résultats scolaires (12) ou un refus scolaire anxieux pouvant aller jusqu'à la déscolarisation totale de l'individu (9). Les conduites autodestructrices (telles que des scarifications ou des troubles du comportement alimentaire) ou suicidaires sont quant à elles le reflet des conséquences les plus dramatiques de ce phénomène (18).

A plus long terme, la victime de HS voit sa qualité de vie et son état de santé s'altérer (13, 19). Elle peut présenter des difficultés d'intégration sociale comme la phobie sociale (16) et avoir des accès de violence. Elle peut rencontrer des difficultés à construire une relation, notamment de couple (13) ou se trouver en situation de précarité (19, 20). Toutefois, le risque le plus important pour les victimes de HS est de voir leur santé mentale se détériorer et de souffrir d'état anxio-dépressif (16, 21, 22, 23) ou de troubles psychotiques (20) à l'âge adulte. Par ailleurs ont été observées la survenue régulière de conduites addictives (13).

- Conséquences pour les spectateurs

Les individus ayant assisté à une situation de HS éprouvent régulièrement un sentiment de culpabilité ou de lâcheté (9) amenant des difficultés de bien-être et de régulation des émotions (24).

### 2.3. *Evaluation du harcèlement scolaire*

#### 2.3.1. Matériel et échelles d'évaluation du harcèlement scolaire

Afin d'évaluer le HS, deux outils, limités à la prise en charge au sein des établissements scolaires, ont été élaborés.

Le premier est à destination de la victime présumée, âgée de plus de neuf ans, et de ses parents. Il s'agit d'une grille qui évalue les dangers auxquels est exposé l'enfant et indique les numéros verts à contacter.

Le second, l'outil « Non au harcèlement » propose une grille d'évaluation des manifestations du harcèlement (25) ; ainsi que des conduites à tenir au sein du milieu scolaire. Des recommandations d'orientation figurent également dans ce document.

Aucun de ces outils ne mentionne l'orientation vers le MG et il n'existe actuellement aucune recommandation officielle sur le repérage du HS en médecine générale. En revanche, des outils d'évaluation des conséquences du HS existent et peuvent être utilisés lors d'une consultation médicale :

- **Le BITS Test** (Bullying-Insomnia-Tobacco-Stress Test; (26) est le test de référence pour différencier les adolescents à risque suicidaire des autres.
- **L'ASQ** (Ask Suicide Screening Questions; 27) est également recommandé pour évaluer le risque suicidaire devant des signes d'alerte repérés lors de la consultation médicale (28).

### 2.3.2. Repérer les signes cliniques du harcèlement chez l'enfant et l'adolescent

Le HS peut être suspecté devant un ensemble de signes cliniques concernant à la fois le milieu scolaire et le comportement de l'enfant (29).

Au sein de l'établissement scolaire, l'enfant victime de HS peut présenter un retard d'acquisition dans ses apprentissages ou un refus scolaire anxieux (8).

Au sein de son environnement familial, les signes cliniques les plus courants sont les somatisations (maux de ventre ou de tête...), les troubles du sommeil, les troubles anxio-dépressifs, la survenue d'une énurésie ou une modification du comportement habituel avec surinvestissement du domaine virtuel (8).

## 2.4. *Prise en charge du harcèlement scolaire*

### 2.4.1. Recommandations

Au sein des établissements scolaires, face à une situation de HS, le Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse préconise la mise en place d'entretiens dirigés dont le

but est de décider de l'orientation et de la mise en place de mesures de protection. Un suivi est également recommandé jusqu'au rétablissement de la situation (30).

Afin de pouvoir être de meilleur pronostic, la prise en charge du HS doit être précoce (8).

#### 2.4.2. Acteurs de la prise en charge

Actuellement, les acteurs reconnus dans la prise en charge du HS sont les établissements scolaires (représentés par le chef d'établissement, le référent académique et l'inspecteur de l'EN), les élèves concernés (harceleur, victime, spectateurs) et les parents des élèves concernés. D'autres acteurs extérieurs peuvent également être sollicités tels que les conseillers techniques du Directeur Académique des Services de l'Education Nationale (DASEN), du Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED) et de l'Équipe Mobile de Sécurité Académique (EMSA).

En fonction des besoins induits par la situation de harcèlement, les personnes concernées vont pouvoir être orientées vers différentes ressources (associations, applications, numéros verts etc.) ou vers des professionnels adaptés (personnel de santé, CMP, psychologue, divers services juridiques).

#### 2.4.3. Moyens mis en place

- Au niveau des écoles

Le programme pHARe a été mis en place par le Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse au sein des écoles élémentaires. Il vise à déterminer le climat scolaire, prévenir les situations de harcèlement, former des professionnels à intervenir lors d'une situation de HS, créer du lien entre les différents acteurs de la prise en charge.

Par ailleurs, la Méthode de Préoccupation Partagée (MPP), créée par Pikas (1970) a été adaptée en France. Cette méthode non stigmatisante permet d'accueillir la parole de la victime, de rendre acteurs les harceleurs présumés dans la résolution de la situation qu'ils ont créée et de vérifier que l'intimidation a cessé en proposant des rendez-vous de suivi.

Il est nécessaire que les professionnels soient formés aux diverses méthodes existantes et qu'elles soient adaptées à la singularité de la situation de HS (31).

- Au niveau juridique

En France, l'article 5 de la loi du 26 juillet 2019 « Pour une École de la confiance » du code de l'Éducation, reconnaît le droit de tous de pouvoir jouir d'une éducation scolaire sécuritaire, sans harcèlement. Par ailleurs, depuis la loi du 2 mars 2022, le HS est reconnu comme constituant un délit donnant lieu à des sanctions judiciaires et il est prévu que les établissements scolaires et supérieurs prennent les dispositions nécessaires face à une situation de HS.

Afin de lutter contre le HS, deux décrets ont également été pris par le ministre de l'EN en 2023. Le premier vise à permettre aux élèves harceleurs de changer d'établissement (Décret n° 2023-782 du 16 août 2023). Le second permet de prendre des sanctions à l'encontre des harceleurs en cas de cyberharcèlement d'élèves d'établissements différents (Décret n° 2023-783 du 16 août 2023) (32).

- Au niveau des cabinets médicaux

Bien que l'article 5 de la loi du 2 mars 2022 stipule que

*« Les personnels médicaux et paramédicaux, (...) reçoivent, dans le cadre de leur formation initiale, une formation à la prévention des faits de harcèlement au sens de l'article 222-33-2-3 du code pénal ainsi qu'à l'identification et à la prise en charge des victimes, des témoins et des auteurs de ces faits »*

Actuellement, aucun moyen officiel n'est mis en place étant donné l'absence de consensus sur la place du MG dans la prise en charge de ces jeunes patients.

## 2.5. Problématique et hypothèses

### 2.5.1. Problématique d'étude

Bien que le HS soit une notion plutôt récente (6), de nombreux auteurs se sont intéressés à ce sujet et ont conclu, devant la prévalence et les conséquences de ce phénomène sur la santé, qu'il était un enjeu de santé publique majeur (1, 6, 8).

Malgré l'envie de la population de pouvoir se tourner vers le MG et la volonté du MG de répondre à cette problématique de santé publique, le rôle du MG dans la prise en charge du HS n'a jamais été étudié et aucune recommandation de prise en charge des patients victimes de HS n'a été émise.

Cela amène la question de recherche suivante :

« Les MG de l'ancienne région Poitou-Charentes sont-ils sensibilisés à la prise en charge des patients victimes de HS et se sentent-ils suffisamment compétents en l'absence de recommandations nationales ? »

#### 2.5.2. Hypothèses de recherche

Les hypothèses suivantes ont été élaborées afin de répondre à la question de recherche :

**H1** : En l'absence de recommandations nationales, les connaissances relatives au HS diffèrent en fonction de certaines caractéristiques démographiques du praticien :

- L'âge, l'expérience ainsi que le lieu d'exercice du praticien ont une influence sur sa sensibilisation au HS.
- Il n'existe pas d'influence du sexe ni du département d'exercice du praticien sur sa sensibilisation au HS.

**H2** : En l'absence de recommandations nationales, les pratiques professionnelles des MG concernant la prise en charge du HS diffèrent selon la formation suivie et/ou le type de patientèle qu'ils prennent en charge :

- Les MG ayant reçu une formation complémentaire au sujet du HS ont des pratiques professionnelles concernant le HS différentes des autres praticiens.
- Les MG ayant une part plus importante de patients âgés de 3 à 17 ans ont des pratiques professionnelles différentes concernant le HS.

**H3** : En l'absence de recommandations nationales, les MG se sentent insuffisamment formés et outillés à la prise en charge du HS.

### **3. Matériel et méthodes**

#### *3.1. Présentation de la population d'étude*

Le questionnaire (Annexe 1) élaboré s'adresse aux médecins susceptibles de recevoir en consultation de médecine générale un patient victime de HS. Les MG thésés et non-thésés exerçant en ancienne région Poitou-Charentes ont été inclus dans l'étude, quel que soit leur statut d'exercice (collaborateur, adjoint, titulaire ou remplaçant). Ont été exclus de l'étude tous les médecins dont la spécialité n'est pas la médecine générale ou dont l'exercice principal a lieu hors de l'ancienne région Poitou-Charentes.

#### *3.2. Choix de la méthode*

Afin de répondre à la question de recherche, un questionnaire interrogeant les MG sur leurs pratiques professionnelles à propos du HS a été établi. Il comprend des questions quantitatives et qualitatives. Il a été réalisé une étude descriptive transversale consistant en la passation d'un questionnaire aux MG exerçant au sein de l'ancienne région Poitou-Charentes.

#### *3.3. Conception du questionnaire*

Le choix du questionnaire a été basé sur ceux réalisés par Manton (33) et Rivoalen (34) dans le cadre de leurs recherches, afin que les données recueillies puissent être comparées avec les leurs. Certaines questions ont été reformulées ou modifiées dans le but de limiter les biais d'interprétation. Ce questionnaire a été créé au moyen du logiciel Google Forms.

### 3.3.1. Contenu du questionnaire

Après une présentation de l'étude et de ses objectifs, 30 questions ouvertes et fermées sont proposées, réparties en 4 rubriques :

- la connaissance du HS (10 questions)
- la pratique personnelle au sein du cabinet (7 questions)
- la place de la formation au sujet du HS (5 questions)
- la démographie d'exercice des sujets soumis au questionnaire (8 questions)

Des espaces d'expression libre ont été inclus dans le questionnaire.

Le questionnaire a ensuite été administré à 10 personnes dont 4 MG, 2 internes de psychiatrie et 4 personnes non professionnelles afin d'estimer le temps de passation. À la suite de leurs retours, trois questions ont été modifiées en raison d'items imprécis ; et l'ordre des rubriques a été repensé.

### 3.4. Procédure

La population d'étude a été recrutée entre juin et septembre 2023 : un mail présentant ce travail de recherche et contenant le questionnaire a été envoyé aux Conseils de l'Ordre Des Médecins (CDOM) de l'ancienne région Poitou-Charentes et au Collège des GÉNéralistes Enseignants et Maîtres de Stage (COGEMS) qui l'ont transféré aux MG au moyen de leurs listes de diffusion (Annexe 2). Une relance a été effectuée au bout de 30 puis 60 jours pour augmenter le nombre de répondants.

### 3.5. Analyse des données statistiques

Les données recueillies ont été transposées sous forme de variables qualitatives ordinales et nominales ou quantitatives. L'analyse des données s'est faite sur le plan quantitatif au moyen d'une étude statistique descriptive. Pour cela, les réponses fournies au questionnaire

par les répondants ont été recueillies sous forme de tableaux croisés dynamiques avec le logiciel Microsoft Excel. Elles ont ensuite été traitées par le logiciel statistique JASP (Jeffreys's Amazing Statistics Program) qui a permis d'extraire les éléments démographiques de la population étudiée et de décrire les résultats retrouvés par le questionnaire administré.

Afin de croiser les réponses aux questions entre elles et de maintenir une bonne lisibilité des résultats, il a été décidé de regrouper certaines réponses (âge, statut, présence de documentation, formation suivie, nombre de consultations pédiatriques) sous forme de catégories.

Pour une meilleure lisibilité des résultats, il a été choisi de regrouper les réponses « Tout à fait d'accord » et « D'accord » sous un caractère « Positif », ainsi que « Pas du tout d'accord » et « Pas d'accord » sous un caractère « Négatif ».

## 4. Résultats

Taux de participation :

Au total, 536 MG ont reçu le questionnaire. 75 réponses ont été recueillies. Le taux de participation s'élève à 14%. Parmi les réponses, aucune n'a été exclue.

Pour 75 réponses analysées sur 536 envois, la marge d'erreur de l'échantillon s'élève à 11% pour un intervalle de confiance à 95%.

### 4.1. Présentation des données démographiques

La population étudiée est constituée de 75 MG (29 hommes et 46 femmes), âgés de 28 à 69 ans ( $M = 43,533$ ).

Répartition géographique : 16 MG proviennent de Charente ; 12 MG proviennent de Charente-Maritime ; 22 MG des Deux-Sèvres et 25 MG de Vienne. 28 MG sont issus d'un secteur rural, 31 MG sont issus d'un secteur semi-rural et 16 MG sont issus d'un secteur urbain.

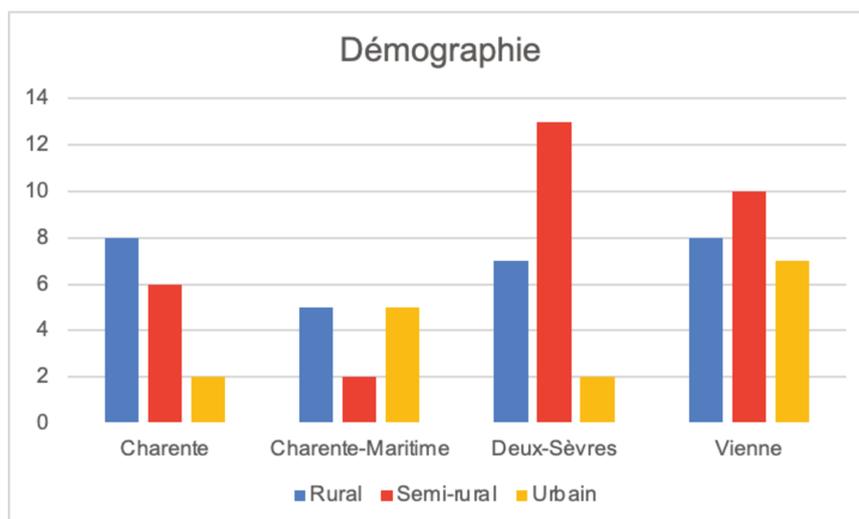


Figure 1. Répartition des MG par secteur et par département (n=75)

Les MG interrogés sont majoritairement installés (48 répondants), 5 sont médecins collaborateurs, 4 sont remplaçants et 1 médecin est adjoint. A noter que 17 MG n'ont pas indiqué leur statut d'exercice. Parmi les répondants, seuls deux individus ne sont pas thésés.

Par ailleurs, les MG constituant la population d'étude sont installés en cabinet de groupe (35 répondants), en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP ; 30 répondants) ou en cabinet seul (10 répondants).

De plus, les MG interrogés sont en exercice depuis moins de 10 ans (38 répondants) ; depuis 10-20 ans (14 répondants) ou depuis plus de 20 ans (23 répondants).

Enfin, 8 répondants ont bénéficié d'une formation sur le HS (par la lecture d'articles scientifiques, la formation médicale continue, les séminaires).

#### 4.2. Connaissances des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes relatives au HS

Afin d'estimer la sensibilisation des MG au HS, le nombre de réponses adéquates obtenues aux 9 questions de la rubrique « Connaissances du HS » de chaque participant a été relevé, leur permettant ainsi d'obtenir un score allant de 0 à 9. Les moyennes de ces scores ont ensuite été mises en relation avec les données démographiques.

Les tests de comparaison (Annexe 3) ont révélé une différence significative entre les MG âgés de 28 à 38 ans et les MG âgés de 50 à 60 ans ( $p = 0,006$ ), ainsi qu'entre les MG ayant plus de 20 ans d'expérience et ceux ayant entre 10 et 20 ans d'expérience ( $p = 0,033$ ).

Les autres données démographiques n'ont pas révélé d'impact sur les connaissances des MG à propos du HS.

<b>Caractéristiques démographiques</b>	<b>Réponses positives (M)</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Age (années)</b>		<b><u><math>p = 0,006</math></u></b>
28-38	5,806	
39-49	6,875	
50-60	7,250	
60+	6,909	
<b>Genre</b>		<b><math>p = 0,824</math></b>
H	6,483	
F	6,391	

<b>Caractéristiques démographiques</b>	<b>Réponses positives (M)</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Département</b>		<i>p</i> = 0,863
Vienne	6,520	
Deux-Sèvres	6,455	
Charente	6,500	
Charente-Maritime	6,083	
<b>Secteur</b>		<i>p</i> = 0,193
Urbain	5,875	
Semi-Rural	6,419	
Rural	6,750	
<b>Type d'exercice</b>		<i>p</i> = 0,324
Seul	7,000	
Groupe	6,441	
MSP	6,226	
<b>Présence psychologue/psychiatre</b>		<i>p</i> = 0,994
Oui	6,400	
Non	6,431	
<b>Doctorat</b>		<i>p</i> = 0,820
Thésé	6,433	
Non-thésé	6,375	
<b>Statut</b>		<i>p</i> = 0,853
Installé	6,451	
Non installé	6,375	
<b>Années d'exercices (années)</b>		<b><u><i>p</i> = 0,033</u></b>
0-9	6,211	
10-20	5,929	
20+	7,087	

Tableau 1. Score de connaissances en lien avec les données démographiques

#### 4.3. Pratiques professionnelles des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes relatives au HS

Pour simplifier la lecture des résultats il a été décidé de ne faire apparaître que les résultats révélant des différences significatives. L'ensemble des résultats est disponible en annexe (Annexe 4). Des tableaux croisés dynamiques ont permis de différencier les pratiques des MG en fonction de leur formation et du type de patientèle prise en charge au cabinet. Par ailleurs, ces pratiques ont également été mises en relation avec les données démographiques des MG.

##### 4.3.1. Fréquence de recherche du HS en consultation

Concernant la fréquence de recherche du HS, la majorité des MG (75%) recherche le HS sur points d'appels ou en fonction du contexte, 20% le recherchent de façon systématique et 5% ne le font que sur plainte directe du patient.

Les MG exerçant auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre ont une fréquence de recherche du harcèlement significativement plus élevée ( $p = 0,043$ ) que les autres praticiens. Il en est de même pour les MG de Charente ( $p = 0,023$ ).

Recherche HS	Jamais sans plainte directe	Sur points d'appels uniquement	Régulièrement	Systématiquement	<i>p</i>
<b>Présence psychologue/psychiatre</b>					<b><u><math>p = 0,043</math></u></b>
Oui	0	4	2	4	
Non	6	44	2	13	
<b>Département</b>					<b><u><math>p = 0,023</math></u></b>
Vienne	2	16	0	7	
Deux-Sèvres	2	9	4	7	
Charente	2	14	0	0	
Charente-Maritime	0	9	0	3	

Tableau 2. Fréquence de recherche du HS

#### 4.3.2. Présence de documentation relative au HS

Concernant la présence de documentation relative au HS au sein du cabinet, la majorité des médecins (81%) n'en possède pas, 13,5% des MG ont de la documentation sous forme d'affiches en salle d'attente, 5,5% mettent à disposition des fiches individuelles.

Les MG ayant bénéficié d'une formation spécifique au sujet du HS ont significativement plus de documentation relative au HS que les autres praticiens ( $p < 0,001$ ).

Présence documentation	Oui	Non	$p$
<b>Formation</b>			<b><u><math>p &lt; 0,001</math></u></b>
Oui	5	3	
Non	7	60	

Tableau 3. Présence de documentation sur le HS au cabinet

#### 4.3.3. Rédaction d'un CMI

32% des MG déclarent établir un CMI lors de la consultation.

Par ailleurs, la répartition des MG ayant reçu une formation au sujet du HS ou non en fonction de la variable « Rédiger un CMI » est **significativement différente** ( $\chi^2(1) = 7,609$  ;  $p = 0,006$ ). La rédaction d'un CMI lors de la consultation est significativement plus élevée dans le groupe MG ayant suivi une formation que dans le groupe sans formation.

Réalisation CMI	Oui	Non	$p$
<b>Formation</b>			<b><u><math>p = 0,006</math></u></b>
Oui	6	2	
Non	18	49	

Tableau 4. Réalisation d'un CMI en cours de consultation

#### 4.3.4. S'entretenir avec les parents

Concernant le fait de s'entretenir avec les parents au sujet du HS subi, 77,3% des MG déclarent vouloir en parler aux parents, 8% déclarent se sentir retenus par le secret professionnel.

De plus, la répartition des MG femmes ou hommes en fonction de la variable « Se mettre en lien avec les parents » est **significativement différente** ( $X^2(1) = 4,723 ; p = 0,030$ ). « Se mettre en lien avec les parents » dans le groupe MG femmes est significativement plus élevé que dans le groupe MG hommes.

Prévenir les parents	Oui	Non	<i>p</i>
<b>Genre</b>			<b><u><i>p</i> = 0,030</u></b>
Homme	21	8	
Femme	42	4	

Tableau 5. Mise en lien avec les parents recherchée par le MG

#### 4.3.5. S'entretenir avec l'établissement scolaire

40% des MG interrogés se mettent en lien avec l'établissement scolaire, 8% se sentent retenus par le secret professionnel.

La répartition des MG en fonction de la variable « S'entretenir avec l'établissement scolaire » est **significativement différente** selon le département d'exercice ( $X^2(3) = 8,799 ; p = 0,032$ ). Les MG issus du département de la Vienne préviennent significativement moins l'établissement scolaire que dans les autres départements.

Prévenir l'école	Oui	Non	<i>p</i>
<b>Département</b>			<b><i>p</i> = 0,032</b>
Vienne	6	19	
Deux-Sèvres	11	11	
Charente	10	6	
Charente-Maritime	8	4	

Tableau 6. Mise en lien avec l'école recherchée par le MG

#### 4.3.6. Orientation vers un psychologue

Concernant l'orientation vers un psychologue, 84% des MG déclarent adresser les patients victimes de HS à un psychologue.

Aussi, la répartition des MG ayant reçu une formation ou non en fonction de la variable « Orienter vers un psychologue » **est significativement différente** ( $X^2(1) = 10,419 ; p = 0,001$ ). L'orientation vers un psychologue est significativement plus élevée dans le groupe « MG n'ayant pas reçu de formation au sujet du HS » que dans le groupe avec formation. Toutefois, parmi les 4 MG ayant suivi une formation mais n'adressant pas à un psychologue, 3 d'entre eux assurent eux-mêmes la prise en charge initiale selon le degré de sévérité du tableau.

En outre, la répartition des MG femmes ou hommes en fonction de la variable « Orienter vers un psychologue » **est significativement différente** ( $X^2(1) = 4,777 ; p = 0,029$ ). L'orientation vers un psychologue est significativement plus élevée dans le groupe MG femmes que dans le groupe MG hommes.

Orientation psychologue	Oui	Non	<i>p</i>
<b>Formation</b>			<b><i>p</i> = 0,001</b>
Oui	4	4	
Non	61	6	
<b>Genre</b>			<b><i>p</i> = 0,029</b>
Homme	22	7	
Femme	43	3	

Tableau 7. Orientation vers un psychologue envisagée par le MG

#### 4.3.7. Orientation vers un psychiatre ou un pédopsychiatre

Seuls 8% des MG orientent leur patient vers un psychiatre ou un pédopsychiatre.

Aussi, la répartition des MG exerçant auprès d'un psychologue ou psychiatre ou non en fonction de la variable « Orienter vers un psychiatre/pédopsychiatre » **est significativement différente** ( $X^2(1) = 4,526$  ;  $p = 0,033$ ). L'orientation vers un psychiatre/pédopsychiatre au sein du groupe « MG exerçant auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre » est significativement plus élevée que dans le groupe « MG exerçant sans présence de psychologue ou de psychiatre ».

Par ailleurs, la répartition des MG en fonction de la variable « Orienter vers un psychiatre ou pédopsychiatre » **est significativement différente** selon le département d'exercice ( $X^2(3) = 11,220$  ;  $p = 0,011$ ). L'orientation vers un psychiatre/pédopsychiatre au sein du département de Charente est significativement plus élevée que dans les autres départements.

<b>Orientation psychiatre/pédopsychiatre</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Présence psychologue/psychiatre</b>			<b><u><i>p</i> = 0,033</u></b>
Oui	3	7	-
Non	5	60	-
<b>Département</b>			<b><u><i>p</i> = 0,011</u></b>
Vienne	3	22	-
Deux-Sèvres	0	22	
Charente	5	11	
Charente-Maritime	0	12	

Tableau 8. Orientation vers un pédopsychiatre/psychiatre envisagée par le MG

#### 4.3.8. Orientation vers le médecin scolaire

36% des MG interrogés déclarent orienter leurs patients vers le médecin scolaire, 4% des MG interrogés soulèvent la question de la joignabilité des médecins scolaires.

De plus, la répartition des MG « 28-38 ans », « 39-49 ans », « 50-60 ans » et « plus de 60 ans » en fonction de la variable « Orienter vers le médecin scolaire » est significativement

différente ( $X^2(3) = 9,137$  ;  $p = 0,028$ ). L'orientation vers le médecin scolaire est significativement plus élevée dans le groupe « plus de 60 ans » que dans les autres groupes.

Orientation Médecin Scolaire	Oui	Non	<i>p</i>
<b>Age (années)</b>			<b><u><math>p = 0,028</math></u></b>
28-38	13	23	
39-49	3	13	
50-60	3	9	
60+	8	3	

Tableau 9. Orientation vers le médecin scolaire envisagée par le MG

#### 4.3.9. Équivalence de traitement entre HS et cyberharcèlement

80% des MG traiteraient de façon similaire une situation de HS et une situation de cyberharcèlement.

En outre, la répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non en fonction de la variable « Équivalence de traitement entre HS et cyberharcèlement » **est significativement différente** ( $X^2(3) = 8,128$  ;  $p = 0,043$ ). L'équivalence de traitement entre HS et cyberharcèlement est significativement plus élevée dans le groupe MG ayant une part de patientèle pédiatrique comprise entre 31 et 40%, que dans les autres groupes.

Comportement cyberharcèlement	Identique	Différent	<i>p</i>
<b>Patientèle pédiatrique (%)</b>			<b><u><math>p = 0,043</math></u></b>
<b>0-10</b>	31	2	
<b>11-20</b>	19	9	
<b>21-30</b>	10	2	
<b>31-40</b>	1	1	

Tableau 10. Comportement face à un plainte de cyberharcèlement

En revanche, il n'existe aucune différence significative entre les praticiens concernant le conseil de porter plainte (effectué par 45,3% des MG), l'orientation vers un pédiatre (effectuée par 4% des MG) et l'utilisation d'un questionnaire standardisé (BITS Test utilisé par

44% des MG ; Hamilton utilisé par 33% des MG). L'espace d'expression libre a permis de relever qu'un MG adresse à la MDA (Maison des Adolescents) et qu'un autre MG réalise une IP (Information Préoccupante) et contacte la CRIP (Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes).

#### 4.4. Retour d'expérience des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes vis à vis de leurs pratiques professionnelles

##### 4.4.1. Le dépistage du harcèlement est-il une mission du MG ?

Au sein de la population étudiée, 81% des MG considèrent que la prise en charge du HS fait partie de leurs missions professionnelles contre moins de 2% des MG qui considèrent qu'elle n'en fait pas partie. 17% des MG ne se prononcent pas à ce sujet.



Figure 2. Investissement du MG dans le dépistage du HS (n=75)

#### 4.4.2. L'aisance des MG à prendre en charge un patient victime de HS

Lorsqu'ils sont questionnés sur leur aisance à prendre en charge un patient victime de HS, 44% des MG répondent qu'ils se sentent à l'aise. 55% des répondants ne se sentent pas à l'aise dans cette prise en charge et 1% des MG ne se prononce pas à ce sujet.

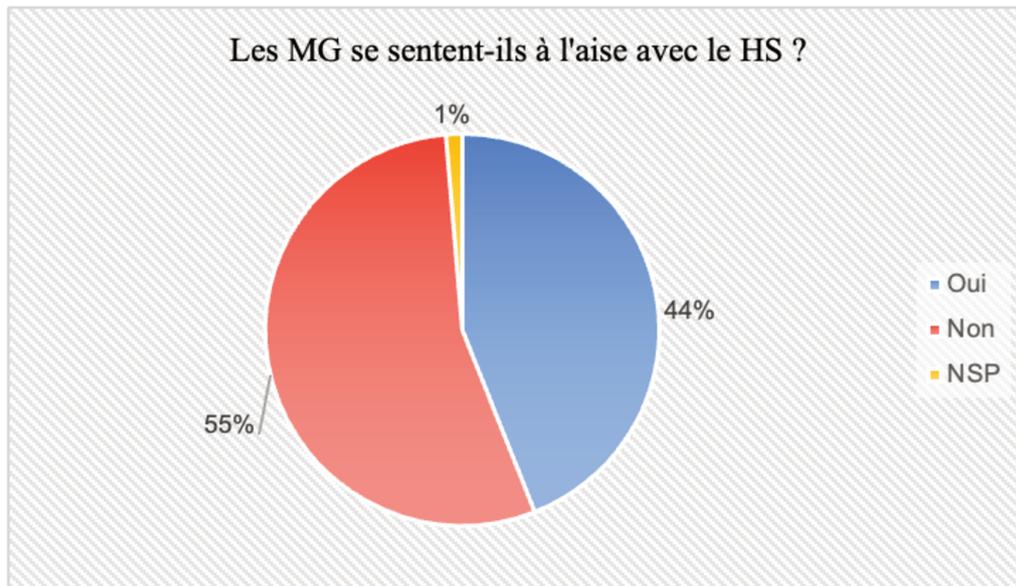


Figure 3. Sentiment du MG face à une plainte de HS (n=75)

#### 4.4.3. Les freins identifiés à la prise en charge du HS par les MG

Lorsqu'ils sont questionnés sur les freins identifiés à la prise en charge d'un patient victime de HS, les médecins donnent des réponses diverses. Le manque de formation au sujet du HS est le frein majoritairement identifié (63% des répondants). Le caractère chronophage de cette prise en charge est le second frein le plus identifié (53 % des répondants), puis le polymorphisme des symptômes du HS rendant le dépistage complexe a été identifié par 49% des répondants. 37% des MG estiment que l'absence de recommandations nationales vient limiter la prise en charge du HS et 32% des répondants estiment que leur pratique est limitée par l'absence de moyen de dépistage officiel du HS.

Enfin, 4% des MG considèrent qu'il n'existe pas de frein limitant la prise en charge d'un enfant victime de HS.

Un espace libre de commentaires a permis de relever d'autres freins identifiés (Annexe 5) tels que la difficulté à établir une relation thérapeutique avec l'enfant (4% des répondants), un tissu professionnel insuffisamment développé (4% des répondants) ou la charge de travail déjà importante du MG (3% des répondants).

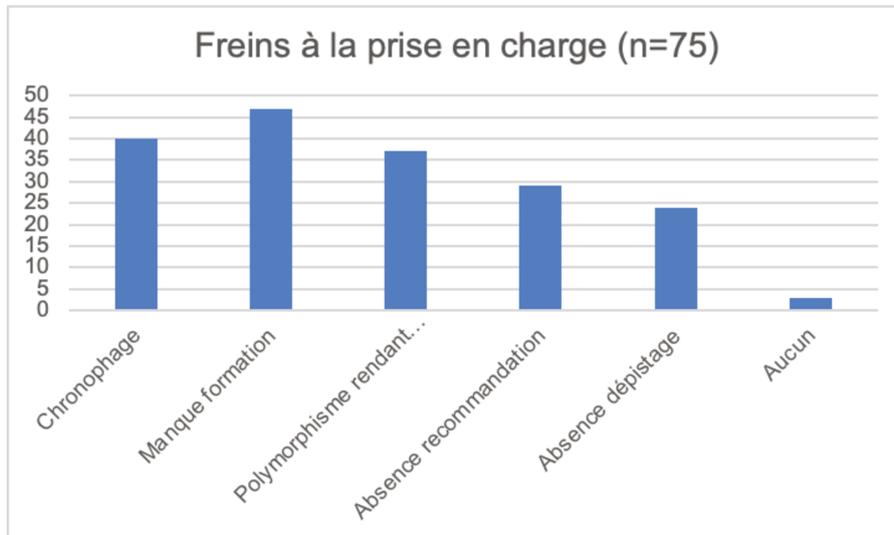


Figure 4. Freins identifiés par les MG dans la prise en charge du HS (n=75)

## 5. Discussion

### 5.1. Résultats principaux

L'étude réalisée avait pour objectif de déterminer les pratiques professionnelles des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes à propos du HS en l'absence de recommandations nationales.

**L'hypothèse H1** selon laquelle les connaissances relatives au HS diffèrent en fonction de certaines caractéristiques démographiques du praticien est **partiellement validée** :

Un effet de l'âge du praticien sur les connaissances a été retrouvé. Les connaissances des MG âgés de 28 à 38 ans à propos du HS sont significativement inférieures aux connaissances des MG âgés de 50 à 60 ans. En revanche, les autres caractéristiques démographiques (département, lieu, statut d'exercice, sexe) n'ont pas d'influence significative sur la sensibilisation au HS.

**L'hypothèse H2** selon laquelle les pratiques professionnelles des MG à propos du HS diffèrent selon la formation suivie et le type de patientèle prise en charge est **validée** :

Les MG ayant reçu une formation complémentaire au sujet du HS ont significativement plus de documentation sur le sujet en salle d'attente, orientent significativement moins vers un psychologue au profit d'une prise en charge personnelle et rédigent significativement plus de Certificats Médicaux Initiaux (CMI) que les autres praticiens.

Des analyses statistiques supplémentaires ont établi que les femmes MG alertent significativement plus les parents des victimes et orientent significativement plus vers le psychologue que les hommes MG.

Il existe également une corrélation positive entre la présence d'un psychiatre et/ou d'un psychologue au sein de la MSP, le fait d'orienter le patient vers un psychologue et le fait de rechercher le HS lors d'une consultation. En revanche, les pratiques professionnelles des MG concernant le conseil de porter plainte, l'orientation vers le pédiatre et la passation d'un questionnaire ne diffèrent pas.

**L'hypothèse H3** selon laquelle les MG se sentent insuffisamment formés et outillés dans la prise en charge du HS est **validée** :

Moins de 2% des MG considèrent que la prise en charge du HS ne fait pas partie de leurs missions professionnelles, pourtant seuls 44% des MG se sentent à l'aise dans cette prise en charge, principalement par manque de formation (63%). Un tiers d'entre eux estime que l'absence de recommandations (37%) et de moyens officiels de dépistage (32%) est un frein majeur à la prise en charge. Reviennent également dans la moitié des cas le caractère chronophage de la prise en charge (53%) et le polymorphisme des symptômes (49%). Au total, 96% des MG estiment qu'il existe un frein à la prise en charge du HS.

## *5.2. Fiabilité de l'étude*

La réalisation de cette étude a été soumise à plusieurs biais, notamment un biais de sélection, un biais de volontariat et un effet d'instrumentalisation.

En effet, selon les données du CNOM datant de 2015 : 1694 MG exercent en ancienne région Poitou-Charentes, leur moyenne d'âge est de 53 ans, 30% d'entre eux sont âgés de plus de 60 ans, 12% ont moins de 40 ans, ils exercent majoritairement en Charente-Maritime et ils se répartissent en 64% d'hommes contre 36% de femmes. Or, la population d'étude est composée de 75 répondants, leur moyenne d'âge est de 43 ans, 15% des répondants sont âgés de plus de 60 ans contre 48% de moins de 40 ans, la Charente-Maritime est le département le moins représenté (16% des répondants) et les MG se répartissent en 39% d'hommes contre 61% de femmes.

Le questionnaire réalisé a été transmis par les CDOM et COGEMS aux MG au moyen de listes de diffusion restreintes aux seuls MG acceptant d'être sollicités pour participer aux études. De plus, parmi les MG ayant reçu le questionnaire, seuls les MG intéressés par l'étude y ont pris part.

Par ailleurs, afin d'augmenter la précision et la fiabilité des résultats, les répondants ont été regroupés en catégories. Cela masque l'hétérogénéité des pratiques professionnelles mais permet des résultats dont le risque d'erreur est plus faible. Aussi, les réponses graduées du questionnaire relatif au HS ont été regroupées en 3 réponses possibles : positive, neutre ou

négative. Cela a permis d'avoir des statistiques plus précises et une meilleure lisibilité des résultats.

En revanche, le fait d'avoir proposé un questionnaire court et les relances effectuées ont permis d'augmenter le nombre de répondants. Aussi, avoir proposé un questionnaire s'inscrivant dans la continuité des travaux de recherche proposés par Manton (33) et Rivoalen (34) a permis la comparaison des pratiques professionnelles entre les MG de l'ancienne région Poitou-Charentes et ceux des anciennes régions Languedoc-Roussillon et Picardie.

### *5.3. Cohérence externe de l'étude*

Les patients et leurs parents établissent un lien entre le HS et la santé (35). Ils souhaitent la participation de leur MG dans la prise en charge de cette problématique et seraient rassurés d'avoir des explications et des conseils sur les conduites à adopter (36).

Pourtant, bien que 81,3% des MG de Poitou-Charentes se sentent concernés par cette problématique, comme cela est le cas dans les anciennes régions Languedoc-Roussillon (81,9%; 33, 44) et Franche-Comté (43), ils sont en revanche peu à l'aise avec cette prise en charge par manque de sensibilisation (62,7% des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes estiment ne pas avoir les connaissances suffisantes, contre 39,6% des MG de l'ancienne région Languedoc-Roussillon et 31,9% des MG de l'ancienne Picardie) et d'outils à disposition (32% des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes déclarent ne pas avoir les moyens nécessaires, contre 50% des MG de l'ancienne région Languedoc-Roussillon). Ces constats reviennent également dans les entretiens semi-dirigés réalisés en Occitanie (44) et en ancienne Franche-Comté (43)

Le frein principalement identifié par les MG de l'ancienne région Poitou-Charentes et de Lille Métropole (45) concerne le caractère chronophage de la prise en charge. Tandis qu'en anciennes régions Languedoc-Roussillon et Franche-Comté, la difficulté à instaurer une relation thérapeutique avec l'enfant est majoritairement citée (33, 43). En Ille et Vilaine, ces deux freins reviennent à une fréquence similaire parmi les réponses des MG. En ancienne Picardie, le manque de formation et de connaissances revient principalement.

Concernant les pratiques professionnelles, des points communs sont retrouvés entre les pratiques des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes, celles des MG de l'ancienne Franche-Comté (43), d'Occitanie (44) et de Lille Métropole (45) :

De façon générale, les MG adressent leurs patients vers les pédopsychiatres et les psychologues, en revanche, ils décrivent tous des difficultés à joindre la médecine scolaire et déplorent également un manque de coordination dans cette prise en charge qu'ils estiment être pluridisciplinaire. De plus, les MG des anciennes régions Poitou-Charentes et Franche-Comté indiquent être limités dans leurs échanges avec la médecine scolaire par le secret médical. Ils préfèrent alors que les parents soient le lien avec l'établissement scolaire (44).

Les MG de l'ancienne région Poitou-Charentes, de l'ancienne région Franche-Comté et d'Occitanie dépistent le HS principalement sur points d'appels et évoquent la rédaction d'un CMI en première intention (43, 44). En revanche, les psychiatres et les pédiatres de l'ancienne Franche-Comté recommandent d'effectuer ce dépistage de façon systématique (44).

Les résultats de cette étude concordent donc avec ceux des travaux initiés dans d'autres régions.

#### *5.4. Perspectives et axes d'amélioration.*

Diverses pistes de réflexion concernant la prise en charge du HS existent dans la littérature et ont été établies dans le but de pallier le manque de recommandations nationales à propos du HS.

Parmi celles-ci, des actions de prévention à inscrire précocement dans le parcours de soin de l'enfant ont été imaginées : un dépistage systématique du HS au moyen d'un entretien semi-dirigé (34, 36, 39, 43) ; une consultation dédiée à l'évaluation de la qualité de vie scolaire (37). Une documentation ciblée et le numéro d'assistance aux victimes de HS (le 3018) pourraient être mis à disposition en salle d'attente (34). Créer une page dédiée au HS dans le carnet de santé de l'enfant (34) et dispenser au sein des établissements scolaires des actions de prévention (36) sont également des pistes à envisager.

Par ailleurs, des pistes de réflexion concernant le dépistage du HS en consultation de médecine générale ont été évoquées : l'harmonisation des moyens d'évaluation (36, 38), l'utilisation d'un questionnaire standardisé tel que le BITS test (33, 40).

De plus, proposer un suivi adapté et impliquer les différents acteurs (établissement scolaire, sphère familiale, réseau de soins) semble pertinent afin de potentialiser les effets de la prise en charge (33, 36, 43, 44).

Enfin, renforcer la FMC à propos du HS, consolider les liens existants entre les MG et les spécialistes de la santé mentale (psychiatres, psychologues, CMP) pourraient permettre une meilleure prise en charge des victimes de HS.

Des recommandations nationales permettraient de donner aux praticiens une marche à suivre quant à la prise en charge de victimes de HS. Leur absence a été évoquée et identifiée comme frein à la prise en charge par de nombreux travaux sur le HS (33, 34, 36, 37, 38).

L'American Academy of Pediatrics recommande d'évoquer le HS lors de la visite médicale de suivi des 6 ans (41). Aussi, des préconisations ont été élaborées dans le but de déterminer le type de HS subi, elles sont adressées aux soignants et à appliquer lors d'un entretien avec le patient. Afin de structurer l'entretien, quatre questions brèves ont été conçues (40) :

- Es-tu harcelé ? A quelle fréquence ?
- Depuis quand ?
- Cela se passe-t-il à l'école ? Sur Internet ?
- Comment ?

A noter également que Mc Clowry, Miller, Mills et al., recommandent aux MG, à propos du HS :

*« De suspecter le HS lorsque des enfants atteints de maladies chroniques stables commencent à se détériorer pour des raisons inexplicables ou lorsque les enfants ne respectent plus les traitements médicamenteux.*

*De donner aux patients, mais aussi aux parents/tuteurs, les moyens d'agir et de dissuader les comportements de harcèlement.*

*De soutenir les écoles et les programmes d'intervention axés sur la communauté, qui se sont révélés être parmi les stratégies les plus efficaces pour lutter contre le harcèlement. » (42)*

Au vu des résultats retrouvés par cette étude, il pourrait être intéressant d'étendre ces pratiques au territoire français.

Parmi les 75 MG de cette étude, 1 MG évoque spontanément le numéro de téléphone d'assistance aux victimes de harcèlement scolaire (le 3018), comme outil possible de prise en charge, aucun MG ne l'évoque en Occitanie (44).

Afin de donner aux MG des pistes de réflexion sur les conduites à tenir face à un patient victime de HS, d'optimiser leur prise en charge et devant le souhait des MG d'obtenir un récapitulatif des conduites à tenir (34), une infographie à destination des MG a été conçue par l'auteur de cette thèse (Annexe 7). Cette infographie synthétise différentes informations : la prévalence, les symptômes identifiables, les conduites à tenir et des ressources utiles.

Par ailleurs, cette étude révèle que 81% des MG ne possèdent pas de documentation sur le HS. Une infographie sous forme de fiche individuelle à destination des patients et à mettre à disposition dans les salles d'attente a été créée par l'auteur. Celle-ci a pour but de permettre au patient victime de HS et à ses parents d'identifier le MG comme étant un acteur de la prise en charge. Elle contient une définition simplifiée du HS, une statistique de la prévalence ainsi que le numéro d'assistance aux enfants victimes de harcèlement et de cyberharcèlement (Annexe 8). A noter également que des affiches réalisées par l'EN sont disponibles et peuvent être exposées en salle d'attente (Annexe 6).

## 6. Conclusion

L'analyse des résultats a mis en évidence que la sensibilisation au HS des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes diffère en fonction de leur âge et de leur expérience. Leurs habitudes de prise en charge diffèrent en fonction de nombreux paramètres (sexe, département d'exercice, milieu d'exercice, présence d'un psychologue ou d'un psychiatre, formation). Enfin, les MG se sentent insuffisamment formés et outillés pour cette prise en charge, bien qu'ils soient en accord avec le fait que cela fait partie de leurs missions.

Pour avoir un retour de terrain exhaustif à propos des pratiques professionnelles relatives au HS, il serait intéressant d'étendre ces recherches à l'ensemble du territoire français.

Par ailleurs, le MG occupant une place essentielle dans la prise en charge des conséquences du HS, il paraît nécessaire de sensibiliser les MG et les internes de médecine générale à ce sujet.

Afin de répondre aux problématiques soulevées par les MG concernant la complexité et l'aspect chronophage de la prise en charge du HS, une infographie à destination des MG synthétisant les différentes données utiles a été créée et proposée par l'auteur.

Enfin, étant donné le peu de documentation disponible au sujet du HS, une seconde infographie à destination des patients et à disposer en salle d'attente a été conçue sous forme de fiche individuelle. Celle-ci a pour objectif de permettre aux patients et à leurs parents d'identifier le MG comme étant un des acteurs possibles de la prise en charge. Il serait intéressant d'évaluer la pertinence de tels outils lors de recherches ultérieures.

## BIBLIOGRAPHIE

1 . Debarbieux É. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'École. rapport au ministre de l'Education Nationale de la Jeunesse et de la vie associative.12 avril 2011.

Disponible sur <https://www.education.gouv.fr/refuser-l-oppression-quotidienne-la-prevention-du-harcelement-l-ecole-rapport-d-eric-debarbieux-2144>

2 . Olweus D. Bullying at School: Basic Facts and Effects of a School Based Intervention Program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Nov 1994. 35(7):1171-90

3 . Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. Education Nationale. Le harcèlement, c'est quoi ?; 2022

Disponible sur <https://www.education.gouv.fr/non-au-harcelement/qu-est-ce-que-le-harcelement-325361>

4 . Fréchou H., 2023, Résultats de l'enquête Sivis 2021-2022 auprès des écoles publiques et des collèges et lycées publics et privés sous contrat", *Note d'Information*, n° 23.02, DEPP. <https://doi.org/10.48464/ni-23-02>

5 . Fréchou H., 2022, Résultats de l'enquête Sivis 2020-2021 auprès des écoles publiques et des collèges et lycées publics et privés sous contrat", *Note d'Information*, n° 21.39, DEPP. <https://doi.org/10.48464/ni-21-39>

6 . Fougeret-Linlaud V. Harcèlement entre pairs en milieu scolaire. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 1 août 2022;35(4):179-88.

7 . Baldry AC. Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*. juill 2003;27(7):713-32.

8 . Catheline N, Chapitre IV. Les conditions d'installation du harcèlement : le contexte. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France; 2023 ; p. 75-83.

9 . Catheline N, Debarbieux E. Le Médiateur de l'Éducation nationale et de l'enseignement supérieur et la direction générale de l'enseignement scolaire et l'inspection générale établissements et vie scolaire (2012) *Guide pratique : Le harcèlement entre élèves : le reconnaître, le prévenir, le traiter*, Paris, Direction de l'enseignement scolaire.

Disponible sur :

[http://media.education.gouv.fr/file/09\\_septembre/60/0/2011\\_harcelement\\_eleves\\_brochurev2\\_190600.pdf](http://media.education.gouv.fr/file/09_septembre/60/0/2011_harcelement_eleves_brochurev2_190600.pdf)

10 . Catheline N. Harcèlements en milieu scolaire. *Enfances & Psy.* Toulouse : Érès; 2009;45(4):82-90.

11 . Kubiszewski V. Prévalence des élèves témoins de harcèlement scolaire et difficultés associées : résultats préliminaires. *Pratiques Psychologiques.* 1 sept 2016;22(3):205-19.

12 . Vanderbilt D, Augustyn M. The effects of bullying. *Paediatrics and Child Health.* 1 juill 2010;20(7):315-20.

13 . Sigurdson JF, Wallander J, Sund AM. Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood? *Child Abuse Negl.* oct 2014;38(10):1607-17.

14 . Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying perpetration and victimization: An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Syst Rev.* juin 2021;17(2):e1143.

15 . Kretschmer T, Veenstra R, Deković M, Oldehinkel AJ. Bullying development across adolescence, its antecedents, outcomes, and gender-specific patterns. *Dev Psychopathol.* août 2017;29(3):941-55.

16 . Sourander A, Jensen P, Rönning JA, Niemelä S, Helenius H, Sillanmäki L, et al. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish « From a Boy to a Man » study. *Pediatrics.* août 2007;120(2):397-404.

- 17 . Lehti V, Klomek AB, Tamminen T, Moilanen I, Kumpulainen K, Piha J, et al. Childhood bullying and becoming a young father in a national cohort of Finnish boys. *Scand J Psychol.* déc 2012;53(6):461-6.
- 18 . Barzilay S, Brunstein Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *J Adolesc Health.* août 2017;61(2):179-86.
- 19 . Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *Am J Psychiatry.* juill 2014;171(7):777-84.
- 20 . Wolke D, Lereya ST, Fisher HL, Lewis G, Zammit S. Bullying in elementary school and psychotic experiences at 18 years: a longitudinal, population-based cohort study. *Psychol Med.* juill 2014;44(10):2199-211.
- 21 . Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. *Arch Dis Child.* sept 2015;100(9):879-85.
- 22 . Stapinski LA, Bowes L, Wolke D, Pearson RM, Mahedy L, Button KS, et al. Peer Victimization During Adolescence and Risk for Anxiety Disorders in Adulthood: A Prospective Cohort Study. *Depress Anxiety.* juill 2014;31(7):574-82.
- 23 . Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry.* avr 2013;70(4):419-26.
- 24 . Camodeca M, Nava E. The Long-Term Effects of Bullying, Victimization, and Bystander Behavior on Emotion Regulation and Its Physiological Correlates. *J Interpers Violence.* SAGE Publications Inc; 1 févr 2022;37(3-4):NP2056-75.
- 25 . Ministère de l'Intérieur. Grille d'évaluation du danger face au harcèlement entre jeunes. 2022; disponible sur : <https://jeprotegemonenfant.gouv.fr/medias/2023/09/grille-signaux-harcelement-14b-ep.pdf>

26 . Binder P, Heintz AL, Servant C, Roux MT, Robin S, Gicquel L, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. *Early Interv Psychiatry*. août 2018;12(4):637-44.

27 . Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): A Brief Instrument for the Pediatric Emergency Department. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1 déc 2012;166(12):1170-6.

28 . HAS Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Synthèse. Recommander les bonnes pratiques. Sept 2021; disponible sur

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge)

29 . Ministère de l'Education Nationale. Prévenir et gérer le harcèlement entre élèves; 23 avril 2020.

disponible sur

<https://mallettedesparents.education.gouv.fr/professionnels/ID206/prevenir-et-gerer-le-harcelement-entre-eleves>

30 . Ministère de l'Education Nationale. Lutte contre le harcèlement à l'école. 2015;

disponible sur

<https://www.education.gouv.fr/non-au-harcelement>

31 . Senden M, Galand B. Comment réagir face à une situation de harcèlement à l'école ? Une synthèse de la littérature. *Pratiques Psychologiques*. 1 déc 2021;27(4):241-59.

32 . Décret n° 2023-782 du 16 août 2023 relatif au respect des principes de la République et à la protection des élèves dans les établissements scolaires relevant du ministre chargé de l'éducation nationale. 17 août 2023

disponible sur

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047973978>

- 33 . Mantion A. Etat des lieux des pratiques et des connaissances vis-à-vis du harcèlement scolaire entre pairs, en médecine générale, en Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-030071142018
- 34 . Rivoalen P. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes en ancienne Picardie autour de la prise en charge du harcèlement scolaire. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03951943
- 35 . Moore S, Norman R, Suetani S, Thomas H, Sly P, Scott J. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence : A systematic review and meta-analysis. World Journal of Psychiatry. March 2017. 7(1):60
- 36 . Horcholle L. Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire et leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste. Thèse d'exercice. Faculté de Médecine Lyon 1. 2016
- 37 . Loaëc M. Etat des lieux de la pratique de médecins généralistes d'Ille et Vilaine dans le dépistage et la prise en charge d'un enfant ou adolescent victime de harcèlement scolaire entre pairs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01781344
- 38 . Heitz M. Dépistage et prise en charge des victimes du harcèlement scolaire, à partir d'une enquête de pratique auprès de 230 médecins généralistes en région Rhône-Alpes. Thèse d'exercice. Faculté de Médecine Lyon Est; 2019.
- 39 . Gonzalez J. Les représentations du harcèlement scolaire entre pairs par les médecins généralistes : une étude qualitative en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03672204
- 40 . Moreno M, Vaillancourt T. The Role of Health Care Provider in Cyberbullying. Can J Psychiatry. Juin 2017; 62(6):364-367.
- 41 . Robert J, Marshal N, Geoffrey D. What family physicians can do to combat bullying. The Journal of Family practice. Fev 2017; 66(2) : 82-89
- 42 . Stephens MM, Cook-Fasano HT, Sibbaluca K. Childhood Bullying: Implications for Physicians. American Family Physician. 2018;97(3):187-92

43 . Hafssa I. Quelles sont les modalités de repérage du harcèlement scolaire des professionnels de santé de l'enfant ?. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04219428

44 . Lacombe A. Le repérage du harcèlement scolaire en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03432573

45 . Bouche E. Comment les médecins généralistes dépistent-ils le harcèlement scolaire ?. Faculté de Médecine HENRI WAREMBOURG. Lille. 2021.

**TABLE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Questionnaire administré aux répondants.....	I
Annexe 2 : E-mail envoyé au CDOM et COGEMS pour le recrutement de la population d'étudeVI	
Annexe 3 : Choix des tests statistiques .....	VII
Annexe 4 : Résultats détaillés de l'étude réalisée .....	IX
Annexe 5 : Réponses recueillies dans l'espace libre d'expression .....	XIX
Annexe 6 : Affiche du Ministère de l'EN et de la Jeunesse contre le Harcèlement Scolaire .....	XXI
Annexe 7 : Infographie à destination des médecins généralistes .....	XXII
Annexe 8 : Infographie à destination des patients (support salle d'attente).....	XXIII

## **Annexe 1** : Questionnaire administré aux répondants

### **A propos du harcèlement scolaire :**

Cette rubrique consiste à faire un point sur les connaissances en lien avec le harcèlement scolaire que vous avez. Un espace libre de rédaction est ajouté à la fin de cette rubrique pour les précisions ou les explications que vous souhaiteriez apporter.

1. On parle de harcèlement lorsqu'un individu est victime de violences physiques et/ou verbales et/ou psychologiques perpétrées par un ou plusieurs agresseurs. Êtes-vous :
  - Tout à fait d'accord
  - D'accord
  - Ni d'accord, ni pas d'accord
  - Pas d'accord
  - Pas du tout d'accord
  
2. Un rapport de force et/ou de domination est nécessaire. Êtes-vous :
  - Tout à fait d'accord
  - D'accord
  - Ni d'accord, ni pas d'accord
  - Pas d'accord
  - Pas du tout d'accord
  
3. Ces violences doivent être répétées dans le temps. Êtes-vous :
  - Tout à fait d'accord
  - D'accord
  - Ni d'accord, ni pas d'accord
  - Pas d'accord
  - Pas du tout d'accord
  
4. Ces violences sont volontairement infligées par le(s) agresseur(s). Êtes-vous :
  - Tout à fait d'accord
  - D'accord
  - Ni d'accord, ni pas d'accord
  - Pas d'accord
  - Pas du tout d'accord
  
5. Il existe une notion d'isolement/d'abandon : la victime est isolée et mise à l'écart par le groupe. Ou dans d'autres cas, la victime s'enferme sur elle-même et se trouve dans l'incapacité de trouver les réponses appropriées pour s'en sortir. Êtes-vous :
  - Tout à fait d'accord
  - D'accord
  - Ni d'accord, ni pas d'accord
  - Pas d'accord
  - Pas du tout d'accord

6. A votre avis, quel est le pourcentage d'élèves au collège victimes de harcèlement physique et/ou psychologique ?

7. Le harcèlement se fonde sur le rejet de la différence et sur la stigmatisation de certaines caractéristiques (apparence physique, sexe, genre, handicap, trouble de la communication, appartenance à un groupe social ou culturel). Êtes-vous :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

8. Le risque de survenue d'un harcèlement scolaire est plus important en fin d'école primaire ainsi qu'au collège. Êtes-vous :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

9. Pensez-vous que le harcèlement scolaire puisse être considéré comme un facteur de risque de suicide ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

10. Souhaitez-vous apporter des précisions ou des explications à propos de vos réponses précédentes ?

**A propos de votre pratique au sein de votre cabinet :**

Cette rubrique permet de relever la fréquence des cas de harcèlement scolaire reçus au sein de votre cabinet ainsi que les réponses apportées à cette problématique.

11. Quelle est la proportion de consultations effectuées auprès d'une population âgée de 3 à 17 ans sur une semaine type (en pourcentage) ?

12. Concernant ces patients âgés de 3 à 17 ans, au cours de leur suivi, vous évoquez le harcèlement scolaire :

- Systématiquement
- Uniquement sur points d'appels

- Jamais sans plainte directe
- Autre :

13. Avez-vous au sein de votre cabinet de la documentation incitant le patient à évoquer le harcèlement scolaire qu'il pourrait subir ?

- Oui, sous forme d'affiches en salle d'attente
- Oui, sous forme de fiches informatives individuelles
- Non, mais je les sollicite verbalement
- Autre :

14. Dans le cas où le patient vous confie être victime de ce que vous considérez être du harcèlement scolaire, vous :

- Etablissez un certificat médical initial
- Conseillez de déposer une main courante/porter plainte
- Cherchez à informer l'établissement scolaire (enseignant/directeur)
- Cherchez à informer les tuteurs légaux de l'enfant si absents lors de la consultation
- Autre :

15. A la suite de votre consultation avec ce patient qui déclare être victime de harcèlement scolaire, vous :

- L'adressez à un psychologue
- L'adressez à un psychiatre
- L'adressez à un pédiatre
- Contactez le médecin scolaire
- Autre :

16. Afin d'évaluer l'impact sur le patient de ces différents symptômes, utilisez-vous :

- Un questionnaire de risque suicidaire ? (BITS test)
- Un questionnaire d'évaluation d'une dépression (Beck/Hamilton/MINI)
- Autre :

17. Auriez-vous eu les mêmes réflexions/réactions s'il s'agissait de harcèlement moral via un célèbre site de réseau social ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Autre :

### **Formation à propos du harcèlement scolaire :**

Cette rubrique vise à connaître les formations ou souhaits de formation déclarés par les médecins généralistes.

18. Pensez-vous que le dépistage du harcèlement scolaire soit une des missions du médecin généraliste ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

19. Vous sentez-vous à l'aise face à une plainte de harcèlement scolaire ?

- Oui
- Non
- Autre :

20. Si vous avez répondu "non" à la question précédente, souhaitez-vous en donner les raisons ?

21. Avez-vous été spécifiquement formé.e au sujet du harcèlement scolaire ?

- Oui (précisez dans "autre" les formations suivies : FMC, Article, Séminaire etc.)
- Non
- Autre :

22. Quels sont pour vous les freins majeurs au dépistage et à la prise en charge du harcèlement scolaire en cabinet de médecine générale ?

- Prise en charge chronophage
- Manque de connaissances/de formations
- Polymorphisme des symptômes rendant le dépistage complexe
- Absence de recommandations officielles de prise en charge
- Absence de moyen de dépistage officiel
- Aucun
- Autre :

### **Description de l'activité :**

Cette rubrique vise à en apprendre davantage sur votre pratique

23. Êtes-vous ?

- Un homme
- Une femme

24. Quel âge avez-vous ?

25. Quel est votre statut ?
- Médecin thésé en Médecine Générale
  - Médecin non thésé en Médecine Générale
  - Installé
  - Collaborateur
  - Remplaçant
  - Adjoint
25. Quel est votre mode d'exercice ?
- Cabinet seul
  - Cabinet de groupe
  - En MSP
  - Présence d'un psychiatre ou d'un psychologue au sein du cabinet
  - Autre :
26. Quel est votre principal département d'exercice ?
- Vienne
  - Deux-Sèvres
  - Charente
  - Charente-Maritime
  - Autre :
28. Dans quel secteur exercez-vous votre principale activité ?
- Rural
  - Semi-rural
  - Urbain
  - Autre :
29. Depuis combien de temps exercez-vous (remplacement/installation) ?
- Moins de 10 ans
  - Entre 10 et 20 ans
  - Plus de 20 ans

**Merci à toutes et tous pour votre participation.**

**Annexe 2** : E-mail envoyé au CDOM et COGEMS pour le recrutement de la population d'étude

« Bonjour à toutes et à tous,

Je suis Yoann ROBIN, interne en DES de Médecine Générale à la faculté de Poitiers.

Ma thèse porte sur le harcèlement scolaire et est dirigée par Dr ARCHAMBAULT.

Au vu de l'absence de recommandations nationales sur la prise en charge du harcèlement scolaire, je souhaite recenser les pratiques professionnelles des médecins généralistes.

Pour cela, j'ai élaboré un questionnaire d'une durée de 7 minutes.

Vos réponses, anonymes, me permettront de rendre compte de la réalité de terrain sur ce sujet.

Des ressources que vous pourrez utiliser dans votre pratique figurent en fin de questionnaire.

Pour accéder au questionnaire, veuillez utiliser le nouveau lien en bas du mail. Merci à tous.

Pour toute information ou pour être tenu(e) informé(e) des résultats de ma recherche, vous pouvez m'écrire à [yrobin.medg@gmail.com](mailto:yrobin.medg@gmail.com)

Je vous remercie par avance du temps que vous accorderez à mon projet de recherche.

Bien cordialement,

Yoann ROBIN »

### Annexe 3 : Choix des tests statistiques

Lors de l'analyse statistique, la normalité des variables a été vérifiée pour chacun des groupes (*Shapiro-Wilk*) :

- Si au moins une de celles-ci n'était pas normale, un test non paramétrique a été utilisé
- Si elles étaient toutes de distribution normale, nous avons vérifié l'homogénéité des variances (*test de Fisher*) :
  - Si celle-ci est non homogène, un test non paramétrique a été utilisé
  - Si celle-ci est homogène, un test paramétrique a été utilisé

Tous nos échantillons sont indépendants quel que soit le test utilisé.

Pour les comparaisons de 2 groupes indépendants :

- Test de Mann-Whitney ( $U$ ) si le test à utiliser devait être non paramétrique
- Test de Student ( $t$ ) si le test à utiliser devait être paramétrique

Pour nos comparaisons de plus de 2 groupes indépendants :

- Test de Kruskal-Wallis ( $X^2$ ) si le test à utiliser devait être non paramétrique
- Test ANOVA ( $F$ ) si le test à utiliser devait être paramétrique

Dans les cas où le test de comparaison de plus de 2 groupes relevait une différence significative, nous avons appliqué un Test Post-Hoc (*après correction Bonferroni*) pour réaliser les comparaisons par paire.

**Tableau récapitulatif des tests statistiques usuels**

	<b>Tests non Paramétriques</b> (Distribution non normale - variabilité de groupes différente)	<b>Tests Paramétriques</b> (Distribution normale - variabilité de groupes similaire)
Comparaison de groupes : Echantillons indépendants 2 groupes	U de Mann Whitney ( $U$ )	Test t de Student / EI ( $t$ )
Comparaison de groupes : Echantillons appariés 2 groupes	Wilcoxon ( $Z$ )	Test t de Student / EA ( $t$ )
Comparaison de groupes : Echantillons indépendants $\geq 2$ groupes	Kruskall Wallis ( $X^2$ ou $H$ )	ANOVA ( $F$ )
Comparaison de groupes : Echantillons appariés $\geq 2$ groupes	Friedmann ( $X^2$ ou $Q$ )	ANOVA mesures répétées ( $F$ )
Corrélation simple (entre 2 variables, au sein d'un groupe)	Rho de Spearman ( $r_s$ )	Pearson ( $r_p$ )

Pour évaluer la répartition des distributions en fonction des variables, un tableau de contingence avec Test de Khi-2 a été utilisé.

Dans les cas où le test de répartition relevait une différence significative, ont été appliqués :

- un coefficient de Phi si le degré de liberté est égal à 1
- un Test de cramer (V) si le degré de liberté est supérieur à 1

Afin d'évaluer la mesure d'association entre les variables.

## Annexe 4 : Résultats détaillés de l'étude réalisée

### Résultats de l'hypothèse H1 :

#### Effet de l'âge sur les connaissances relatives au HS

Les MG âgés de 28 à 38 ans obtiennent des scores similaires ( $M = 5,806$  ;  $ET = 1,527$ ) aux MG âgés de 39 à 49 ans ( $M = 6,875$  ;  $ET = 1,310$ ), aux MG âgés de plus de 60 ans ( $M = 6,909$  ;  $ET = 1,300$ ) et aux MG âgés de 50 à 60 ans ( $M = 7,250$  ;  $ET = 1,422$ ).

Chez les MG, la distribution des données étant normale qu'ils soient âgés de 28 à 38 ans ( $W = 0,953$  ;  $p = 0,128$ ), de 39 à 49 ans ( $W = 0,895$  ;  $p > 0,05$ ), de 50 à 60 ans ( $W = 0,904$  ;  $p = 0,180$ ) ou de plus de 60 ans ( $W = 0,934$  ;  $p = 0,448$ ) et les variances étant homogènes ( $F = 0,116$  ;  $p = 0,951$ ), des tests paramétriques a été utilisé pour l'analyse statistique.

Un effet significatif du groupe sur les performances est relevé ( $F(3,71) = 4,489$  ;  $p = 0,006$ ). Les comparaisons par paires (*après correction Bonferroni*) font apparaître une **différence significative uniquement entre les groupes des MG âgés de 28 à 38 ans et les MG âgés de 50 à 60 ans** ( $p_{\text{bonf}} = 0,021$ ).

#### Effet du sexe sur les connaissances relatives au HS

Les MG femmes obtiennent des scores similaires ( $M = 6,391$  ;  $ET = 1,612$ ) aux MG hommes ( $M = 6,483$  ;  $ET = 1,430$ ).

La distribution des données n'étant pas normale chez les femmes ( $W = 0,944$  ;  $p = 0,028$ ), des tests non-paramétriques ont été utilisés pour l'analyse statistique. L'analyse statistique confirme qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes hommes et femmes au test de connaissances ( $U(75) = 646,500$  ;  $p = 0,824$ ).

#### Effet du département d'exercice sur les connaissances relatives au HS

Les MG venant de Vienne ( $M = 6,520$  ;  $ET = 1,503$ ) obtiennent des résultats similaires aux MG venant des Deux-Sèvres ( $M = 6,455$  ;  $ET = 1,625$ ), aux MG venant de Charente ( $M = 6,500$  ;  $ET = 1,414$ ) et aux MG venant de Charente-Maritime ( $M = 6,083$  ;  $ET = 1,730$ ).

La distribution des données n'étant pas normale chez les MG venant de Vienne ( $W = 0,898$  ;  $p = 0,017$ ), des tests non-paramétriques ont été utilisés pour l'analyse statistique. L'analyse statistique confirme qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes venant des différents départements au test de connaissances ( $H(3,75) = 0,743$  ;  $p = 0,863$ ).

#### Effet du type de cabinet d'exercice sur les connaissances relatives au HS

Les MG exerçant seuls ( $M = 7,000$  ;  $ET = 1,633$ ) obtiennent des résultats similaires aux MG exerçant en cabinet de groupe ( $M = 6,441$  ;  $ET = 1,397$ ), et aux MG exerçant en MSP ( $M = 6,226$  ;  $ET = 1,647$ ).

La distribution des données n'étant pas normale chez les MG exerçant en groupe ( $W = 0,916$  ;  $p = 0,012$ ), des tests non-paramétriques ont été utilisés pour l'analyse statistique. L'analyse statistique confirme qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes exerçant en différentes organisations au test de connaissances ( $H(2,75) = 2,251$  ;  $p = 0,324$ ).

#### Effet de la présence d'un psychologue ou d'un psychiatre au sein du cabinet

Les MG exerçant sans psychologue ou psychiatre ( $M = 6,431$  ;  $ET = 1,520$ ) obtiennent des résultats similaires aux MG exerçant avec psychologue ou psychiatre ( $M = 6,400$  ;  $ET = 1,713$ ).

La distribution des données n'étant pas normale chez les MG exerçant sans psychologue ou psychiatre ( $W = 0,949$  ;  $p = 0,010$ ), des tests non-paramétriques ont été utilisés pour l'analyse statistique. L'analyse statistique confirme qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes exerçant en différentes organisations au test de connaissances ( $U(75) = 326,000$  ;  $p = 0,994$ ).

#### Effet du secteur d'exercice sur les connaissances relatives au HS

Les MG exerçant en milieu rural obtiennent des scores similaires ( $M = 6,750$  ;  $ET = 1,404$ ) aux MG exerçant en milieu semi-rural ( $M = 6,419$  ;  $ET = 1,336$ ), et aux MG exerçant en milieu urbain ( $M = 5,875$  ;  $ET = 1,996$ ).

Chez les MG, la distribution des données étant normale qu'ils exercent en milieu rural ( $W = 0,941$  ;  $p = 0,117$ ), en milieu semi-rural ( $W = 0,942$  ;  $p = 0,096$ ), ou en milieu urbain ( $W = 0,951$  ;  $p = 0,504$ ) et les variances étant homogènes ( $F = 2,505$  ;  $p = 0,089$ ), des tests paramétriques ont été utilisés pour l'analyse statistique. Aucun effet significatif du secteur d'exercice sur les connaissances n'est relevé ( $F(2,72) = 1,686$  ;  $p = 0,193$ ).

#### Effet de la durée d'exercice sur les connaissances relatives au HS

Les MG exerçant depuis plus de 20 ans ( $M = 7,087$  ;  $ET = 1,345$ ) obtiennent des résultats similaires aux MG depuis 10 à 20 ans ( $M = 5,929$  ;  $ET = 1,492$ ), et aux MG exerçant depuis moins de 10 ans ( $M = 6,211$  ;  $ET = 1,562$ ).

La distribution des données n'étant pas normale chez les MG exerçant depuis 10 à 20 ans ( $W = 0,863$  ;  $p = 0,034$ ), des tests non-paramétriques ont été utilisés pour l'analyse statistique. **Un effet significatif de l'expérience sur les performances est relevé** ( $F(3,75) = 6,809$  ;  $p = 0,033$ ). Les comparaisons par paires (*après correction Bonferroni*) ne font finalement pas apparaître de différence significative entre les groupes de MG exerçant depuis moins de 10 ans et depuis 10 ans à 20 ans ( $p_{\text{bonf}} = 1,000$ ), entre les groupes de MG exerçant depuis moins de 10 ans et depuis plus de 20 ans ( $p_{\text{bonf}} = 0,067$ ) ni entre les groupes de MG exerçant depuis plus de 20 ans et depuis 10 ans à 20 ans ( $p_{\text{bonf}} = 0,081$ ).

#### Effet du statut d'exercice sur les connaissances relatives au HS

Les MG exerçant de façon installée ( $M = 6,451$  ;  $ET = 1,376$ ) obtiennent des résultats similaires aux MG exerçant de façon non installée ( $M = 6,375$  ;  $ET = 1,861$ ).

La distribution des données n'étant pas normale chez les MG installés ( $W = 0,936$  ;  $p = 0,009$ ), des tests non-paramétriques ont été utilisés pour l'analyse statistique. L'analyse statistique confirme qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes exerçant de façon installée ou non au test de connaissances ( $U(75) = 595,500$  ;  $p = 0,853$ ).

#### Effet de l'obtention du doctorat sur les connaissances relatives au HS

Les MG exerçant après l'obtention de leur doctorat ( $M = 6,433$  ;  $ET = 1,540$ ) obtiennent des résultats similaires aux MG exerçant avant l'obtention de leur doctorat ( $M = 6,375$  ;  $ET = 1,598$ ).

La distribution des données n'étant pas normale chez les MG ayant leur doctorat ( $W = 0,951$  ;  $p = 0,010$ ), des tests non-paramétriques ont été utilisés pour l'analyse statistique. L'analyse statistique confirme qu'il n'existe pas de différence significative entre les groupes exerçant avant ou après l'obtention de leur doctorat au test de connaissances ( $U(75) = 254,500$  ;  $p = 0,820$ ).

## Résultats de l'hypothèse H2 :

### Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur la fréquence de recherche du HS

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 2,722 ; p = 0,436$ ).

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(9) = 8,015 ; p = 0,533$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 0,651 ; p = 0,885$ ).

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(9) = 5,674 ; p = 0,772$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 0,729 ; p = 0,866$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 2,191 ; p = 0,533$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non **est significativement différente** ( $X^2(3) = 8,145 ; p = 0,043 ; V = 0,330$ ). La recherche de présence de HS au sein de la patientèle est significativement plus élevée dans le groupe MG présence de psychologue que dans le groupe sans psychologue avec un **effet de taille de magnitude élevée**.

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(6) = 6,688 ; p = 0,351$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département **est significativement différente** ( $X^2(9) = 19,257 ; p = 0,023 ; V = 0,293$ ). La recherche de présence de HS au sein du département de Charente est significativement plus faible que dans les autres départements avec un **effet de taille de magnitude modérée**.

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(6) = 4,462 ; p = 0,614$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(6) = 3,322 ; p = 0,768$ ).

### Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur la présence de documentation au cabinet

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non **est significativement différente** ( $X^2(1) = 14,407 ; p < 0,001 ; Phi = 0,438$ ). La présence de documentation au sein du cabinet est significativement plus élevée dans le groupe MG ayant suivi une formation que dans le groupe sans formation avec un **effet de taille de magnitude élevée**.

Effet du type de patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 3,494 ; p = 0,322$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,774 ; p = 0,379$ ).

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 0,252 ; p = 0,969$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,082 ; p = 0,775$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 2,127 ; p = 0,145$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,137 ; p = 0,711$ ).

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 0,162 ; p = 0,922$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département est significativement différente ( $X^2(3) = 2,695 ; p = 0,441$ ).

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 1,626 ; p = 0,444$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 3,422 ; p = 0,181$ ).

#### Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur le conseil de porter plainte

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,902 ; p = 0,342$ ).

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 3,057 ; p = 0,383$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,374 ; p = 0,241$ ).

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 0,538 ; p = 0,911$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,302 ; p = 0,582$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,798 ; p = 0,372$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,206 ; p = 0,650$ ).

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 0,831 ; p = 0,660$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 4,442 ; p = 0,218$ ).

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 2,054 ; p = 0,358$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 0,857 ; p = 0,652$ ).

#### Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur la rédaction d'un

##### CMI

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non **est significativement différente** ( $X^2(1) = 7,609 ; p = 0,006 ; \Phi = 0,319$ ). La rédaction d'un CMI

lors de la consultation est significativement plus élevée dans le groupe MG ayant suivi une formation que dans le groupe sans formation avec un **effet de taille de magnitude élevée**.

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 4,037$  ;  $p = 0,258$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 3,575$  ;  $p = 0,059$ ).

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 3,139$  ;  $p = 0,371$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,565$  ;  $p = 0,211$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 3,104$  ;  $p = 0,078$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,021$  ;  $p = 0,884$ ).

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 4,374$  ;  $p = 0,112$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département est significativement différente ( $X^2(3) = 1,607$  ;  $p = 0,658$ ).

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 2,424$  ;  $p = 0,298$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 1,260$  ;  $p = 0,533$ ).

#### Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur la discussion avec

##### les parents

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,540$  ;  $p = 0,463$ ).

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 3,156$  ;  $p = 0,368$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes **est significativement différente** ( $X^2(1) = 4,723$  ;  $p = 0,030$  ;  $\Phi = 0,251$ ). La discussion avec les parents chez les MG femmes est plus élevée que dans le groupe MG hommes **effet de taille de magnitude modérée**.

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 0,252$  ;  $p = 0,969$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 3,080$  ;  $p = 0,079$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,012$  ;  $p = 0,914$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,309$  ;  $p = 0,578$ ).

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 5,589$  ;  $p = 0,061$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 5,146$  ;  $p = 0,161$ ).

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 0,152$  ;  $p = 0,927$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 1,016 ; p = 0,602$ ).

Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur le fait de prévenir l'école

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,040 ; p = 0,842$ ).

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 2,426 ; p = 0,489$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,064 ; p = 0,800$ ).

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 3,886 ; p = 0,274$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,689 ; p = 0,194$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,010 ; p = 0,921$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,052 ; p = 0,820$ ).

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 3,314 ; p = 0,191$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département **est significativement différente** ( $X^2(3) = 8,799 ; p = 0,032 ; V = 0,343$ ). Le fait de prévenir l'école au sein du département de Vienne est significativement plus faible que dans les autres départements avec un **effet de taille de magnitude élevée**.

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 3,549 ; p = 0,170$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 4,811 ; p = 0,090$ ).

Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur la fréquence de d'orientation vers une psychologue

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non **est significativement différente** ( $X^2(1) = 10,419 ; p = 0,001 ; \Phi = 0,373$ ). L'orientation vers une psychologue est significativement plus élevée dans le groupe MG ayant suivi une formation que dans le groupe sans formation avec un **effet de taille de magnitude élevée**.

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 3,521 ; p = 0,318$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes **est significativement différente** ( $X^2(1) = 4,777 ; p = 0,029 ; \Phi = 0,252$ ). L'orientation vers une psychologue est significativement plus élevée dans le groupe MG femmes que dans le groupe MG hommes avec un **effet de taille de magnitude modérée**.

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 4,436 ; p = 0,218$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,378 ; p = 0,240$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,021$  ;  $p = 0,884$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,111$  ;  $p = 0,739$ ).

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 0,157$  ;  $p = 0,925$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 3,540$  ;  $p = 0,316$ ).

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 2,409$  ;  $p = 0,300$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 3,561$  ;  $p = 0,169$ ).

#### Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur la fréquence

##### d'orientation chez le pédopsychiatre/psychiatre

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,032$  ;  $p = 0,859$ ).

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 5,492$  ;  $p = 0,139$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,005$  ;  $p = 0,943$ ).

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 0,744$  ;  $p = 0,863$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,931$  ;  $p = 0,165$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 3,828$  ;  $p = 0,051$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non **est significativement différente** ( $X^2(1) = 4,526$  ;  $p = 0,033$  ;  $\Phi = 0,246$ ). L'orientation vers un psychiatre/pédopsychiatre au sein des cabinets ayant un psychologue ou psychiatre sur place est significativement plus élevée que dans le groupe MG sans présence de psychologue ou de psychiatre avec un **effet de taille de magnitude modérée**.

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 4,466$  ;  $p = 0,107$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département **est significativement différente** ( $X^2(3) = 11,220$  ;  $p = 0,011$  ;  $V = 0,387$ ). L'orientation vers un psychiatre/pédopsychiatre au sein du département de Charente est significativement plus élevée que dans les autres départements avec un **effet de taille de magnitude élevée**.

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 0,490$  ;  $p = 0,783$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 0,320$  ;  $p = 0,852$ ).

#### Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur la fréquence

##### d'orientation vers un pédiatre

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,685 ; p = 0,194$ ).

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 1,384 ; p = 0,709$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,033 ; p = 0,309$ ).

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 1,396 ; p = 0,706$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,685 ; p = 0,194$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,726 ; p = 0,189$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,082 ; p = 0,298$ ).

Organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 2,839 ; p = 0,242$ ).

Département : La répartition des MG en fonction de leur département n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 0,728 ; p = 0,867$ ).

Secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 1,435 ; p = 0,488$ ).

Expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 0,748 ; p = 0,688$ ).

#### Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur l'orientation vers un médecin scolaire

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,009 ; p = 0,925$ ).

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 1,469 ; p = 0,689$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,506 ; p = 0,477$ ).

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge est significativement différente ( $X^2(3) = 9,137 ; p = 0,028 ; V = 0,349$ ). L'orientation vers le médecin scolaire est significativement plus élevée dans le groupe MG âgé de plus de 60 ans que dans les autres groupes avec un **effet de taille de magnitude élevée**.

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 2,146 ; p = 0,143$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,034 ; p = 0,853$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,180 ; p = 0,671$ ).

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 0,234 ; p = 0,890$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 0,925 ; p = 0,819$ ).

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 1,240 ; p = 0,538$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 2,217 ; p = 0,330$ ).

Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur l'utilisation d'un questionnaire standardisé au sein de la consultation

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,943 ; p = 0,163$ ).

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 2,779 ; p = 0,427$ ).

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,941 ; p = 0,332$ ).

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 1,912 ; p = 0,591$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,943 ; p = 0,163$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 1,943 ; p = 0,163$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 3,100 ; p = 0,078$ ).

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 0,764 ; p = 0,683$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 3,921 ; p = 0,270$ ).

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 1,265 ; p = 0,531$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 2,002 ; p = 0,367$ ).

Effet de la formation, du type de patientèle et des données démographiques sur l'équivalence de traitement entre HS et cyberharcèlement

Effet de la formation : La répartition des MG ayant reçu une formation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 4,770 ; p = 0,189$ ).

Effet de la patientèle : La répartition des MG ayant une jeune patientèle ou non **est significativement différente** ( $X^2(3) = 8,128 ; p = 0,043 ; V = 0,329$ ). L'équivalence de traitement entre HS et cyberharcèlement est significativement plus élevée dans le groupe MG ayant un part de patientèle pédiatrique de 31 à 40% que dans les autres groupes avec un **effet de taille de magnitude élevée**.

Effet du sexe : La répartition des MG femmes ou hommes n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,740 ; p = 0,390$ ).

Effet de l'âge : La répartition des MG en fonction de leur âge n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 0,996 ; p = 0,802$ ).

Effet de l'obtention de la thèse : La répartition des MG ayant leur thèse ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,224 ; p = 0,636$ ).

Effet de l'installation : La répartition des MG en fonction de leur installation ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 0,093$  ;  $p = 0,760$ ).

Effet de la présence d'un psy : La répartition des MG en fonction de la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de leur cabinet ou non n'est pas significativement différente ( $X^2(1) = 2,648$  ;  $p = 0,104$ ).

Effet de l'organisation : La répartition des MG en fonction de leur organisation seul/MSP/groupe n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 2,834$  ;  $p = 0,242$ ).

Effet du département : La répartition des MG en fonction de leur département n'est pas significativement différente ( $X^2(3) = 0,701$  ;  $p = 0,873$ ).

Effet du secteur : La répartition des MG en fonction de leur secteur d'activité n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 2,845$  ;  $p = 0,241$ ).

Effet de l'expérience : La répartition des MG en fonction de leur expérience n'est pas significativement différente ( $X^2(2) = 1,385$  ;  $p = 0,500$ ).

**Annexe 5** : Réponses recueillies dans l'espace libre d'expression

1. « Difficultés d'approcher le jeune patient pour qu'il confie ses plaintes »
2. « Absence de formation, médecine scolaire impossible à joindre »
3. « Manque de formation ou de compétence sur le sujet »
4. « Adressage, mise en relation avec autres professionnels »
5. « Pas de formation, peu de ressources. Ce qui est effectivement un problème car le harcèlement scolaire est de plus en plus présent ... dans tous les milieux... »
6. « Situation complexe donc on ne peut pas être "à l'aise" »
7. « J'essaie de les soutenir mais je me sens souvent seule et désarmée pour les aider »
8. « Manque de formation et d'outils pour accompagner les jeunes, manque de temps, problème de délai de CS avec le psychologue et pédopsychiatre »
9. « Pas suffisamment formé »
10. « Difficulté de prise en charge, puisque le patient n'est pas la personne qui doit travailler, c'est la situation qui est complexe... »
11. « Vers qui l'adresser vu les moyens actuels... ?? »
12. « Difficulté à mettre en place des solutions avec le corps enseignant »
13. « Temps, efficacité, pertinence »
14. « Besoin d'une définition claire, conduites à tenir, à quel moment conseiller de judiciaireiser ? »
15. « Manque de moyen pour une bonne prise en charge : psychologue, IDE ou médecin scolaire, pédopsychiatre. Seul en tant que MG, je ne me sens pas en capacité d'aider le jeune ado. C'est pour moi, une prise en charge pluridisciplinaire. »
16. « Je pourrais me sentir démunie »
17. « Je ne sais pas comment bien orienter la prise en charge »
18. « Je suis démunie sur les réponses et conduites à tenir et parfois la persistance malgré les signalements des parents ou de nous-même »
19. « Manque de formation, difficulté dans les établissements »
20. « Difficultés pour trouver des personnes ressources (psychologues, pédopsychiatre) et des conseils sachant que chaque situation est unique »
21. « Peu contact avec la médecine scolaire »
22. « Manque de temps, manque de réseau pour prendre en charge de manière efficiente l'enfant »

23. « C'est toujours difficile de parvenir à bien évaluer la situation, et mettre en place une prise en charge adaptée. »
24. « Peu d'efficacité dans la prise en charge par les établissements, plaintes rarement recevables par la police, accès d'aide psychologique difficile par manque de professionnels... »
25. « J'aurai tendance à analyser le risque suicidaire, de proposer des tips et de laisser les parents gérer avec l'établissement »
26. « je crois les enfants mais bcp moins les parents »
27. « Parce que je n'aime pas ça »
28. « Manque de formation »
29. « Tenir compte de la vérité et vérifier le mensonge. »
30. « Manque de formation »
31. « Manque de connaissances sur prise en charge »
32. « Il est souvent difficile de connaître les capacités d'action des écoles/collèges pour mettre fin au harcèlement. De plus, l'enfant n'ayant que peu de capacités d'action, il est souvent demandé de s'appuyer sur les parents soit frileux soit agressifs. »

**Annexe 6** : Affiche du Ministère de l'EN et de la Jeunesse contre le Harcèlement Scolaire

  
**MINISTÈRE  
 DE L'ÉDUCATION  
 NATIONALE  
 ET DE LA JEUNESSE**  
*Liberté  
 Égalité  
 Fraternité*

Et si  
**l'autre**  
 c'était  
 toi ?

Si tu es témoin ou victime  
 de harcèlement, il y a toujours  
 une personne de confiance pour  
 en parler dans ton établissement.

**Pour signaler une situation  
 de harcèlement :**  
Service et appel gratuits - Numéro d'appel national

→ **3020** 

**Pour signaler une situation  
 de cyberharcèlement :**  
Service et appel gratuits - Numéro d'appel national

→ **3018** 

**NON AU HARCÈLEMENT**  
WWW.NONAUHARCÈLEMENT.EDUCATION.GOUV.FR



## Annexe 7 : Infographie à destination des médecins généralistes

# Le Harcèlement Scolaire

À DESTINATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Voici quelques pistes de prise en charge face à un enfant victime de harcèlement scolaire.

### Prévalence

En France, 1 enfant sur 9<sup>1</sup> est victime de harcèlement scolaire.

Les **violences** subies sont de nature physique, verbale et/ou psychologique ; et répétées dans le temps.



### Symptômes

- Isolement relationnel
- Troubles anxio-dépressifs
- Somatisations : maux de ventre/tête, troubles du sommeil, énurésie...
- Baisse des résultats scolaires, retard d'acquisition
- Refus scolaire anxieux
- Scarifications, troubles du comportement alimentaire

### Que faire ?

**Evaluation :** BITS test (risque suicidaire), Hamilton (dépression)

**Orientation :** psychologue, psychiatre, pédiatre

**Conseils :** porter plainte / main courante

**Prise en charge :** rédaction d'un CMI, entretien avec les parents

**Pluridisciplinarité :** contacter le médecin scolaire (ou, à défaut, l'établissement scolaire)



### 3018

7j/7, de 9h à 23h

- Numéro national
- Gratuit, anonyme, confidentiel
- Pour signaler toute situation de harcèlement

**But :** Assurer une prise en charge globale et rapide de la victime.

### RESSOURCES UTILES

Pour plus d'informations :

- <https://enfance.org/informer/harcèlement-scolaire/>
- <https://www.education.gouv.fr/non-au-harcèlement>

Références <sup>1</sup> Debarbieux E. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'École. 2011

© ROBIN, 2023

**Annexe 8** : Infographie à destination des patients (support salle d'attente)

## Le harcèlement scolaire, parlons-en !



Le harcèlement scolaire c'est quand quelqu'un à l'école t'embête souvent et que tu n'arrives pas à l'en empêcher.



1 enfant sur 9<sup>1</sup> est victime de harcèlement.  
Tu n'es pas seul et des solutions existent !



Tu peux en parler à ton médecin, il saura t'écouter et te conseiller.



# 3018

C'est le numéro que tu peux appeler si tu es victime de harcèlement scolaire.

Pour plus d'informations

<https://e-enfance.org/informer/harcelement-scolaire/>

<sup>1</sup>Debarbieux É. Refuser l'oppression quotidienne : la prévention du harcèlement à l'École. 2011



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



# ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À PROPOS DU HARCÈLEMENT SCOLAIRE EN POITOU-CHARENTES.

## Résumé

Le harcèlement scolaire (HS) concerne 11,7% des enfants d'âge scolaire en France, ses conséquences plurielles sur la santé mentale et physique en font un réel enjeu de santé publique. Les patients et leurs parents établissent un lien entre HS et Santé, ils souhaitent la participation de leur médecin généraliste (MG) à la prise en charge du HS. Au sens de la loi, les MG sont un des acteurs de la prise en charge du HS, pourtant, aucune recommandation nationale n'a été émise à ce sujet.

L'étude réalisée fait état des pratiques professionnelles des MG de l'ancienne région Poitou-Charentes à propos du HS en l'absence de recommandations nationales.

Une étude descriptive transversale a été réalisée entre juin et septembre 2023 au moyen d'un questionnaire investiguant la sensibilisation au HS et les pratiques professionnelles des MG. Il a été administré à 75 MG.

Les résultats de cette étude montrent qu'en l'absence de recommandations nationales, la sensibilisation des MG au HS et leurs pratiques professionnelles sont significativement différentes. Les MG se sentent peu à l'aise avec cette prise en charge, malgré leur envie de s'inscrire dans le parcours de soin d'un enfant victime de HS. Ils ont également identifié différents freins à la prise en charge (chronophage, complexe, manque de formation). Des résultats comparables ont été retrouvés dans d'autres régions françaises. Cette étude a permis de mettre en exergue une sensibilisation différente des MG au HS ainsi qu'une hétérogénéité des pratiques professionnelles, comme cela est le cas en anciennes régions Languedoc-Roussillon, Franche-Comté et Picardie. Elle laisse entrevoir la nécessité d'élaborer des recommandations nationales.

**Mots clés :** Harcèlement scolaire, médecine générale, bonnes pratiques, dépistage, orientation