

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 13 octobre 2016 à Poitiers

par **Monsieur Etienne Vallart**

Le corps en relation
Les difficultés psychomotrices influencent-elles
le harcèlement en milieu scolaire ?

A partir d'une étude observationnelle
chez des primo-consultants en psychiatrie
âgés de 8 à 13 ans

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres :

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

Madame le Docteur Isabelle ROBERT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nicole CATHELIN



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUOIA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- 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 réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- 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
- CASTETS Monique, 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, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A mes Maîtres et juges,

Monsieur le Professeur GICQUEL, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie d'avoir accompagné ce travail. Merci du soutien et de la confiance que vous m'accordez pour le poste dans votre service et le clinicat à venir.

Monsieur le Professeur JAAFARI, je vous remercie de m'avoir communiqué votre attrait pour la recherche. J'ai apprécié votre énergie et votre dynamisme lors des différentes réunions ainsi que vos encouragements lorsque les inclusions se faisaient plus rares. Travailler au sein de l'Unité de Recherche Clinique, que vous dirigez, a été un plaisir.

Monsieur le Professeur DUVERGER, merci d'avoir accepté de juger cette thèse malgré le déplacement nécessaire. J'admire vos connaissances et les remarques que vous avez pu faire lors de mes présentations de mémoires et celles que vous pourrez faire sur ce travail me seront précieuses.

Madame le Docteur ROBERT, merci de m'avoir accueilli au sein de l'Unité Pour Adolescent de Niort pendant six mois. Ce semestre m'a permis d'apprécier le travail en équipe auprès des adolescents mais aussi par des consultations d'enfants très enrichissantes. Merci également d'avoir accepté, sans hésitation apparente, de juger et d'assister à la présentation de mon travail.

A mon Maître et directeur de thèse,

Madame le Docteur CATHELINE, je vous suis sincèrement reconnaissant d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir convaincu de m'essayer à la recherche. Votre attention et la valeur des précisions apportées à ce travail ont été très appréciables. Merci de votre disponibilité et de votre rigueur, ainsi que de la confiance que vous m'avez accordées.

Merci à toutes les personnes qui ont collaboré à ce travail :

A Madame Emmanuelle MARTY, merci de m'avoir soutenu et guidé, avec patience et disponibilité, dans ce projet de recherche clinique, et pour mes premiers pas en psychomotricité.

A Monsieur Nicolas LANGBOUR, sans toi, je crois que les statistiques auraient été un long parcours semé d'embûches. Merci de ton efficacité et de ta disponibilité.

A mes collaboratrices au cours de ce projet Antonine et Pauline, je vous souhaite le meilleur.

A toute l'équipe de l'Unité Mère Bébé, je me rappellerai de mes six derniers mois d'internat et de la richesse du travail au sein de l'unité. Merci pour votre gentillesse et votre soutien moral pendant ces six derniers mois, j'ai beaucoup apprécié !

Aux membres de ma famille qui se glissent également dans cette rubrique. Merci d'avoir accepté de m'aider, de lire et relire, même au dernier moment (surtout pour les mémoires, pas pour la thèse !), même quand je devenais plus irritable.

A mes co-internes et ami-E-S

A « l'équipe de choc » de Niort pour le premier semestre inoubliable passé ensemble à découvrir la psychiatrie et dans les Deux-Sèvres ! Joëlle, Myriam, Céline, Jean-Luc et Dimitri, ça a été juste ce qu'il faut de folie pour bien commencer en psychiatrie.

A l'équipe de Tony Lainé et mes cointernes de l'époque : Mona pour le goût de la pédopsychiatrie qu'on a pas réussi à te transmettre ; Adrien, pour les conversations socio-psycho-(pseudo)philosophiques qui, je l'espère, continueront à distance.

A mes co-internes de pédiatrie, Elsa, Aurélie, et Aurore mais aussi Hugo et Gaëtan qui m'ont soutenu dans ce moment ô combien douloureux.

A Joëlle et Myriam (encore), pour les semestres partagés en pédopsychiatrie qui auraient été bien trop calmes sans vous.

A mes co-internes, Arsène puis Céline, lors de mes derniers moments de psy adulte.

Aux différents internes et chefs de clinique qui m'ont soutenu moralement, surtout en acceptant que je dise parfois n'importe quoi lors des repas à l'internat.

A ma famille

A mes parents, je ne vous remercierais jamais assez pour votre soutien et votre amour inconditionnels. Je vous admire et la profession vers laquelle je me suis dirigé l'exprime en partie. Merci pour tout, je pense être épanoui aussi grâce à vous !

A Alice, pour ton attention constante et ton soutien concernant mes différentes activités (« joue du saxo ! ») ; et pas seulement les bibliographies de mes mémoires et thèse pour lesquels ton aide a été si précieuse. Je suis très heureux que tu t'épanouisses à Paris (et ne te demanderai plus quand tu reviens !)

A Marion, sans jamais mettre la pression de « celle d'avant qui réussie », tu as ouvert la voie de la médecine en général dont je me suis légèrement détourné ; ton regard bienveillant et tes conseils avisés m'ont aidé plus d'une fois ; je te souhaite le meilleur avec Matthieu, beau-frère et ami, qui m'a rappelé mon goût pour le reggae. Il me tarde d'avoir plus de temps !

A mes grands-parents, à qui je pense en ce jour où j'aurais tant aimé les réunir. Et notamment, A Papé, toujours présent, toujours discret mais tellement important à mes yeux.

A ma belle-famille, Marie-Michèle et Claude qui, chacun à sa manière, m'ont soutenu notamment par leurs cadeaux, respectivement « psy » et « extra-psy ». Marie-Michèle, merci d'avoir lu attentivement ce travail, ce qui m'a donné confiance en mes hypothèses notamment. Claude, tu as été un beau-père « impec' », j'espère être digne de ta mémoire auprès de ta fille que j'aime et que j'admire, tout comme toi. Plus que ce travail, je te dédie la soirée au « PDB ». Salut Claude...

A Sabine et Mattias et leurs familles, vous m'avez accueillis depuis le début et à chaque fois à bras ouverts. Vivement le prochain voyage en Scandinavie !

A Julie, mon indispensable ! Merci de me soutenir malgré les circonstances, merci d'être comme t'es tout simplement et constamment.

A mes amis,

A mes amis « récoltés » au cours de l'enfance, chronologiquement, Carine et Julien, Kévin, Marc, Lucas puis tout aussi chronologiquement (je crois) Camille, Katty, Béatrice et Diana. Merci pour votre soutien si précieux ! Vous m'avez assurés par vos attitudes et votre bienveillance que, malgré notre éloignement, on se retrouverait quoiqu'il arrive. Pour aller à Montpellier ou Toronto, il faut passer par Paris et Bordeaux, alors ça va le faire !

Aux « médecine guys » de Gironde (oui, j'en suis fier), Pablo, Chacha, La Brothe, Balou, JB, Xabi, Pierre G., Paul, Sylvain, Christophe, Martin, ce fut un plaisir de beaucoup étudier et d'un peu faire la fête avec vous (à moins que ce soit l'inverse). J'espère, malgré la dispersion du groupe, qu'on continuera à se retrouver de temps en temps, et même à la Réunion.

A mes amis pictaviens d'adoption, Maider, Guillaume, Matthieu, Bénédicte, Edouard et Vanessa, c'est un régal de partager le quotidien pictavien avec vous, chacun avec vos qualités (entière, cuisinière, arrogant (?), californiens, attentionné... je vous laisse trouver). Du PLB à la BM, il n'y avait qu'un pas, et je suis impatient de le franchir ! Mais sans oublier la reprise avec Running Pont Neuf... à moins que ce soir SwimGib' !

A l'Union Sportive Castillonnaise, qui m'a permis, bien au-delà du rugby, de me construire humainement au contact de personnes extraordinaires de simplicité. Je n'oublierai jamais ses longues journées à Mirambeau avec Flo, Benoit, Poète, Fonfon, Kikiii et autres Valoche, Nico, Jean Seba, Pierre, Paul et Jack ; malgré la distance, vous comptez beaucoup les gars !

Au Stade Poitevin Rugby qui, malgré quelques années délicates, m'a permis de découvrir d'autres facettes du rugby et de m'enrichir également auprès de Sam (le Yann David des pauvres), Pierre, Kéké, Chico, Granuche (un plaqueur naît !), Bidonde, Fab, Julien et consorts. J'espère retourner sur le pré (et au foyer) au plus vite !

Merci à tous !

Je vous aime ! Portez-vous bien !

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
LE VECU CORPOREL DANS LA CONSTRUCTION DE L'IDENTITE ET DE LA RELATION.....	4
I. L'EPROUVE CORPOREL DANS LA CONSTRUCTION DE L'IDENTITE	4
<i>Freud et le Moi-corporel.....</i>	<i>4</i>
<i>Le Moi-peau de Anzieu</i>	<i>6</i>
<i>Lacan et le stade du miroir.....</i>	<i>8</i>
II. LE CORPS, AU CŒUR DE LA RELATION.....	10
<i>Premier organe de sens.....</i>	<i>10</i>
<i>Schéma corporel et/ou image du corps ?.....</i>	<i>12</i>
<i>Des compétences communicationnelles du corps à l'intercorporalité.....</i>	<i>16</i>
<i>Le corps en mouvement</i>	<i>19</i>
<i>Le corps dans la société.....</i>	<i>20</i>
<i>Le corps et le groupe d'élèves.....</i>	<i>22</i>
III. PSYCHOMOTRICITE ET TROUBLES PSYCHOMOTEURS	24
<i>Psychomotricité et relation à autrui.....</i>	<i>24</i>
<i>Dyspraxie(s) du développement et/ou trouble de l'acquisition de la coordination.....</i>	<i>26</i>
IV. AGRESSIVITE ET VIOLENCE A L'ECOLE.....	32
V. HARCELEMENT EN MILIEU SCOLAIRE.....	36
<i>Epidémiologie.....</i>	<i>36</i>
<i>Définitions.....</i>	<i>37</i>
<i>Formes.....</i>	<i>38</i>
<i>Enquêtes de victimations et relévés administratifs.....</i>	<i>38</i>
<i>Conséquences.....</i>	<i>40</i>
<i>Etiologies.....</i>	<i>41</i>
VI. DIFFICULTES PSYCHOMOTRICES DANS LA PRISE EN CHARGE DU HARCELEMENT.....	44
MATERIEL ET METHODES.....	48
I. POPULATION	48
II. PROCEDURE	49
III. METHODES D'EVALUATION	49
<i>Questionnaire Agresseur/Victime révisé (rQBV).....</i>	<i>49</i>
<i>Questionnaire de la M-ABC.....</i>	<i>50</i>
<i>Profil sensoriel - forme abrégée</i>	<i>52</i>
<i>Test du dessin du bonhomme</i>	<i>53</i>
<i>Observations qualitatives</i>	<i>54</i>
IV. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	55
V. METHODES STATISTIQUES	55
RESULTATS.....	56
I. ECHANTILLON	56
II. ANALYSE STATISTIQUE	56
<i>Questionnaire de la M-ABC.....</i>	<i>57</i>
<i>Profil sensoriel – forme abrégée</i>	<i>58</i>
<i>Test du dessin du bonhomme</i>	<i>59</i>
III. OBSERVATIONS QUALITATIVES.....	60
<i>M-ABC et Profil sensoriel.....</i>	<i>60</i>
<i>Dessin du bonhomme</i>	<i>61</i>

DISCUSSION	65
I. RESULTATS PRINCIPAUX ET LEURS IMPLICATIONS	65
<i>Analyse quantitative</i>	65
<i>Données qualitatives</i>	67
II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'EVALUATION.....	69
<i>Population</i>	69
<i>Questionnaire Agresseur/Victime révisé (rQBV)</i>	70
<i>Questionnaires de la M-ABC et Profil sensoriel – forme abrégée</i>	71
<i>Renseignements anamnestiques et cliniques</i>	72
<i>Test du dessin du bonhomme</i>	73
<i>Analyse qualitative</i>	75
III. RESULTATS DE QUELQUES AUTEURS	76
IV. HYPOTHESES.....	78
V. PERSPECTIVES	83
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	85
ANNEXES.....	88
ANNEXE 1 : NEUF PARTICULARITES DES DIFFICULTES DE COORDINATION MOTRICE DE L'ENFANT DYSPRAXIQUE.....	88
ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION.....	89
ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UNE ETUDE CLINIQUE A DESTINATION DES PARENTS D'ENFANTS MINEURS.....	91
ANNEXE 4 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANAMNESTIQUES.....	92
ANNEXE 5 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES.....	93
RESUME.....	94
SERMENT	95
RESUME.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

INTRODUCTION

Le harcèlement en milieu scolaire est un phénomène fréquent, longtemps resté ni reconnu, ni même nommé. Les études princeps dès les années 1970 n'ont, semble-t-il, pas permis de prise de conscience collective. La dynamique et les conséquences de ce phénomène restaient sous-estimées. Mais la multiplication des études au début des années 1990, notamment de Dan Olweus en Scandinavie et de Peter Smith en Grande-Bretagne, a favorisé cette prise de conscience des politiques et des acteurs de santé publique. Celle-ci n'est réellement attestée qu'à partir des années 2010.(1) Après la description vient le temps de l'analyse.

Nous devons, en tant que professionnels du psychisme de l'enfant et de l'adolescent, nous inquiéter des conséquences de ces situations de harcèlement en milieu scolaire. Leur cause, ou du moins les facteurs, pouvant favoriser le phénomène, doivent nous préoccuper. Ici, nous insistons sur le fait que l'objectif n'est pas d'inscrire ces enfants (agresseurs ou victimes) dans la pathologie, ni même de dresser un profil mais bien d'aborder ce rapport et son inscription dans des ressemblances ou des difficultés communes entre ces enfants. Plus que liées à une pathologie individuelle, nous envisageons ces difficultés comme favorisées par un trouble de la relation, donc multi-factoriel. Comprendre l'intention de l'autre tout comme communiquer ses propres sentiments sont au centre des apprentissages de l'enfance et de l'adolescence ; la bonne intégration et le bien-être psychique du jeune humain en dépendent.

L'idée d'un abord psychomoteur, loin d'être une évidence dans les phénomènes de harcèlement, nous vient de la perception clinique de cette population d'élèves impliqués. Il apparaît que le corps et sa motilité sont au centre des interactions de l'être humain tout particulièrement à ces âges de l'enfance et du début de l'adolescence. Bébé, notre corps est notre premier organe de sens, notre premier outil d'interaction. Il est d'ailleurs, ce sur quoi s'établirait la naissance du psychisme sous la forme du Moi-corporel introduit par S. Freud et du Moi-peau comme l'a théorisé D. Anzieu. Le corps sent, le corps parle, le corps écoute. Il ne peut qu'être au centre de l'apprentissage de la

relation à l'autre puis de la création et de l'entretien des relations du jeune humain dans une « co-crédation » comme le formulent certains auteurs. Dans la relation, le corps est en jeu, le corps est enjeu. Il nous porte et progressivement nous pousse dans la relation à l'autre. A l'école primaire puis au collége, il est exposé aux remarques et est vécu parfois comme imposant, s'imposant à nous, s'imposant à l'autre. Nous devons alors le maîtriser pour être à l'autre sans déstabiliser les interactions encore fragiles. Il s'agit là d'un apprentissage d'un certain équilibre, riche d'enseignements mais parfois douloureux. Ainsi, les violences verbales ou physiques attaquent souvent le corps dans ses particularités, ses changements ou ses maladroites. On constate que le harcèlement vient s'immiscer dans les relations entre élèves majoritairement à la fin de l'école primaire et au début du collége. Il nous semble donc intéressant d'étudier les causes et les conséquences de ce phénomène par le biais d'une approche psychomotrice.

Notre démarche est d'explorer les caractéristiques psychomotrices d'enfants primo-consultants après avoir déterminé s'ils étaient impliqués dans des situations de harcèlement en milieu scolaire. Il s'agit de décrire ces caractéristiques en population clinique, non pas pour différencier des enfants « malades » d'enfants préservés, mais plutôt, pour rechercher des points communs dans le développement psychomoteur de ces enfants impliqués dans les phénomènes de harcèlement. Dans des « groupes » d'harceleurs, d'harcelés, de harceleurs-harcelés et de non-impliqués dits « neutres », la comparaison de la représentation du corps, des engagements moteurs et de l'intégration sensorielle pourrait permettre de faire des liens théoriques sur le trouble de la relation qu'est le harcèlement. Car la relation à l'autre est mise à mal à tous les niveaux : chez l'enfant victime dont les liens aux pairs sont durablement altérés, chez l'agresseur qui dans ce rapport de force peut aménager des facettes de sa personnalité, dans le lien à l'adulte (professeur ou parent) qui ne peut plus être un secours et qui ne peut contenir. Ceci nous permettrait d'envisager un accompagnement commun, peut-être conjoint et en tout cas analogue pour ces enfants. Mais toute cette démarche serait inutile sans une prise de conscience des professionnels permettant une exploration - ou « dépistage » - auprès de leur patientèle.

Ce travail débutera par une exploration de ce que le vécu du corps en relation peut favoriser dans le phénomène de harcèlement. Puis, nous présenterons les méthodes utilisées pour l'exploration de l'échantillon. Les résultats permettront une description quantitative et qualitative du phénomène chez les jeunes patients. Enfin, la discussion tentera d'apporter un avis concernant l'accompagnement sanitaire et social des jeunes impliqués dans le phénomène de harcèlement en milieu scolaire.

L'objectif de ce travail n'est pas prescriptif mais descriptif. Il s'agit d'une tentative de mise en lumière des caractéristiques psychomotrices des enfants impliqués dans le phénomène de harcèlement en milieu scolaire.

LE VÉCU CORPOREL DANS LA CONSTRUCTION DE L'IDENTITÉ ET DE LA RELATION

I. L'éprouvé corporel dans la construction de l'identité

La psychiatrie et les disciplines associées ont observé comment l'identité s'inscrivait dans le corps, dans sa forme, ses fonctions et son évolution. Comme le dit P. Janet : « il n'est pas juste de dire que l'homme pense avec son cerveau, ce n'est pas avec son cerveau qu'il pense, c'est avec son corps entier, il pense avec ses doigts, il pense avec ses pieds, il pense avec son ventre, comme il pense avec son cerveau ; il pense avec l'ensemble. »(2) Et penser, c'est d'abord se penser, se sentir être, dans son microcosme puis progressivement dans le macrocosme de son environnement familial, amical et scolaire.

Dans cette première partie, nous allons explorer la place du corps dans la théorie psychanalytique dès S. Freud mais aussi, et surtout, chez ses continuateurs et/ou contradicteurs. Le rôle primordial du corps, pressenti par S. Freud, a progressivement pris une place importante dans la conceptualisation du psychisme de l'être humain dans son identité, son sentiment d'exister et sa continuité d'être.

a. Freud et le Moi-corporel

Malgré sa formation de physiologiste, ses recherches en biologie et son exercice initial en service de chirurgie, le « père de la psychanalyse » a relativement peu théorisé sur le corps. Il a cependant mis en valeur, dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905 ; 1915 ; 1920), que toute activité psychique s'étaye sur le biologique. Il a précisé cette idée dans *Le moi et le ça*, issu des *Essais de psychanalyse* (1923), où il considère « le moi avant tout [comme] un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface ». Une note ajoutée dans la traduction anglaise et acceptée par S. Freud précise : « Le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut être ainsi considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, [...] il représente la surface de l'appareil mental ».(3) Plus

tard, D. Widlöcher abonde dans ce sens : « ce moi-corporel n'est pas retenu par une peau qui ne serait destinée qu'à le contenir. Il est acte moteur tourné vers son environnement matériel et les signaux que celui-ci lui envoie. [...] L'espace psychique est étroitement dépendant de l'espace corporel qui le contient. Il n'existe pas sans le corps ».(4)

S. Freud admet une phase de narcissisme primaire liée à la satisfaction de besoins physiques primitifs qu'on identifie à la phase d'auto-érotisme. Lors de la phase suivante, la libido est orientée vers l'être lui-même, c'est-à-dire le sujet en tant qu'unité psychique et physique. Les prémisses de l'identité seraient initialement foncièrement corporelles. D'après V. Tausk, « la libido, à ce stade narcisso-organique inné, investit tout d'abord le corps lui-même par le moyen de la projection. Ainsi, le corps devient objet du monde extérieur. » Il est paradoxalement un des premiers objets que l'on investit dans le monde extérieur. « L'évolution nous montre que le corps lui-même découvert comme objet, au début par fragments, forme bientôt un tout entier contrôlé par ce tout psychique qu'est le moi. Ensuite la libido revient vers le moi par le chemin de la découverte du soi, narcissisme acquis. »(2) Il est alors au fondement de l'identité.

Cette notion de Moi-corporel montre à quel point le corps pourra être au centre des rapports et donc au cœur de la confrontation quotidienne d'identités et de personnalités tout particulièrement en milieu scolaire. Celle-ci même qui est déséquilibrée dans la situation de harcèlement. Nous faisons l'hypothèse que l'expérience de ce corps vécu comme étranger à soi et aussi comme étrange, notamment au début de l'adolescence, laisse présager de la relation aux autres. Ainsi l'expérience, la compréhension, la reconnaissance, l'acceptation de son propre corps, de ses mouvements, ses modifications ou imperfections, pourraient être à l'image de la compréhension et du respect de l'autre dans ses particularités, notamment physiques. S'accepter soi et ses imperfections pour ensuite accepter l'autre, tel est l'apprentissage qu'exige l'enfance.

S. Freud ajoute : « dans l'apparition du moi et dans sa séparation d'avec le ça, un facteur sous l'influence du système préconscient semble jouer un rôle. Le corps propre, et avant tout sa surface, est un lieu d'où peuvent provenir simultanément des perceptions externes et internes. Il est vu comme un objet étranger, mais en même temps il livre au toucher des sensations de deux sortes, dont l'une peut être assimilée à une perception interne ».(3) Le corps est alors un socle indispensable à la construction

de l'identité mais également à l'équilibre psychique individuel notamment à partir de ses perceptions.

b. Le Moi-peau de Anzieu

A la suite de S. Freud, de nombreux auteurs se sont intéressés à la question du corps et des limites. D. W. Winnicott décrit en 1951 les couvertures et le transitionnel, M. Milner étudie la question du médium malléable en 1955, tandis que W. Bion formule le modèle contenant-contenu à partir de 1962. Intéressés par l'aspect sensori-moteur, nous nous attarderons sur le concept de Moi-peau développé par D. Anzieu. Pour cet auteur, « toute pensée est une pensée du corps » et le Moi-peau « est une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant des contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ».(5)

Dans l'article princeps de D. Anzieu (1974), des trois fonctions qu'il donne à la peau, deux influencent selon nous la relation aux pairs. Après la fonction de « sac qui retient à l'intérieur le bon et le plein », nous retiendrons d'abord la fonction d'interface « marquant la limite avec le dehors, barrière protégeant de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres ». Puis, autre fonction notable, la peau serait vue comme : « lieu et moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significantes ». La peau, surface corporelle, est donc au cœur de la relation, elle nous protège et nous expose ; elle nous permet d'exprimer nombre de nos émotions et états d'esprit. De plus, elle est une surface d'inscription des traces laissées par ces relations.(5)

Plus tard, dans *Le Moi-peau* (1985), il détaille les fonctions de cette entité : *Maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale, inscription des traces, autodestruction*. Toutes, à part la dernière, sont au service de la pulsion d'attachement puis de la pulsion libidinale. Nous avons extrait individuation et intersensorialité, car selon nous, elles sont au cœur de l'enjeu relationnel et donc du phénomène de harcèlement.

L'*individuation* semble être une fonction importante dans le sujet qui nous intéresse ici. En effet, l'individuation du Soi apporte le sentiment d'être un être unique. La peau humaine présente des différences individuelles considérables. Celles-ci peuvent

être narcissiquement, voire socialement surinvesties. L'angoisse décrite par S. Freud (1919), de l'« inquiétante étrangeté » est liée à une menace visant l'individualité du Soi par l'affaiblissement du sentiment des frontières de celui-ci. La frontière avec l'autre est fondamentale pour comprendre le monde et ne pas y vivre des inquiétudes démesurées notamment dans la relation à l'autre, proche parfois mais toujours distinct. La vie en relation en dépend, parce que sans cette sécurité, tout contact inter-humain est potentiellement source de danger.

La fonction d'*intersensorialité* nous apparaît également riche. Selon D. Anzieu, celle-ci « aboutit à la constitution d'un « sens commun » dont la référence de base est toujours le toucher. [...] Dans la réalité neurophysiologique, c'est dans l'encéphale que s'effectue l'intégration des informations provenant des divers organes des sens. Dans la réalité psychique, ce rôle est ignoré et il y a une représentation imaginaire de la peau comme surface originaire sur laquelle se déploient les interconnexions sensorielles ».(5) R. Roussillon prolonge alors la notion d'*intersensorialité* : « Il existe des correspondances d'une forme de sensorialité à l'autre, voire des modes de passage d'un sens à l'autre, des modes de traduction d'un sens à l'autre, et donc de souligner que tout semble se passer comme s'il existait une forme aperceptive ou asensorielle qui se traduirait, selon les moments, en une forme de sensorialité ou en une autre. L'enjeu premier, celui du Moi-peau, serait donc de (se) sentir, et le bébé apprendrait à (se) sentir à partir de la manière dont il est senti par son environnement premier ; puis il s'agirait ensuite de se voir, et là encore le bébé apprendrait à se voir à partir de la manière dont il a été vu ; et enfin on s'entendrait sur le modèle de la manière dont on a été entendu. La peau serait alors le premier modèle de réflexivité dans la mesure où, quand on se touche, on se perçoit à la fois du dehors par la partie qui touche, et du dedans par la partie qui est touchée ».(4) Notre perception première de nous-mêmes est construite sur celle de l'autre ; on voit alors par quel mécanisme nos sensations, nos émotions puis nos sentiments peuvent attaquer la relation à l'autre. Ceci sans savoir qui sera l'agresseur, qui sera la victime.

c. Lacan et le stade du miroir

De son côté, J. Lacan constate que très précocement, l'enfant reconnaît son image dans le miroir comme telle. Et contrairement au chimpanzé, cet acte ne s'épuise pas et « rebondit chez l'enfant en une série de gestes où il éprouve ludiquement la relation des mouvements assumés de l'image à son environnement reflété, et de ce complexe virtuel à la réalité qu'il redouble, soit à son corps et aux personnes, voire aux objets, qui se tiennent à ses côtés. »(6) Cette activité qui apparaît dès 6 mois alors qu'il ne marche pas, et ne se tient parfois pas encore debout, se poursuit jusqu'à 18 mois.

Cet auteur réinterpréta les observations de H. Wallon concernant le passage d'un corps morcelé (état réel) à l'identification à une image (virtuelle). Une image du corps permettrait l'évolution vers le statut d'humain et l'acquisition de l'identité. En effet, J. Lacan théorise la phase du miroir comme cruciale pour l'identification du sujet, c'est-à-dire pour ce que nous appelons une identité : le sujet s'identifie alors à une image de son corps (identification imaginaire).(7) C'est donc par l'image de son corps dans le miroir qu'il se sent être, voire exister.

F. Dolto, par son approche fondée sur la clinique, montre que l'image du corps est refoulée et disparaît au profit de la corporéité visible. La reconnaissance dans le miroir serait même une situation dramatique dans laquelle s'impose une identification à un corps séparé. Le miroir bouleverse donc la problématique de l'image inconsciente du corps. L'image scopique devient le substitut conscient de l'image inconsciente du corps.(8) A nouveau, le corps prend toute la place dans le sentiment d'existence.

J. Lacan précise : « *l'infans* devient un sujet humain, reconnaissant son corps comme sien et comme un, de forme semblable à celui d'autrui, tout en étant son propre corps nommé, et inscrit par la même dans une filiation et une appartenance sexuelle. C'est à cette liaison complexe, qui noue le corps réel, sa forme comme image et ce qu'il désigne dans l'ordre du langage, c'est-à-dire dans l'ordre symbolique, que la psychanalyse donne le nom d'image spéculaire ».(7) « Cette assumption jubilatoire de son image spéculaire par l'être encore plongé dans l'impuissance motrice et la dépendance du nourrissage qu'est le petit homme à ce stade *infans*, nous paraîtra dès lors manifester en une situation exemplaire de la matrice symbolique où le *je* se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre et que le langage ne lui restitue dans l'universel sa fonction de

sujet ».(6) Cette reconnaissance dans le miroir que J. Lacan, contrairement à F. Dolto, décrit comme une libération, nous semble exprimer l'importance du corps dans la constitution de l'identité. La notion d'image spéculaire marque alors une méconnaissance qui caractérise cette identification imaginaire : c'est la méconnaissance de ce que l'image doit, ne serait-ce que du fait qu'elle est reconnue comme une, à ses déterminations symboliques.

Une autre caractéristique importante de l'image spéculaire tient au fait que ce corps est libidinalisé : il est investi narcissiquement. J. Lacan pense que le corps du sujet est également, et simultanément, « représenté pour un autre, c'est-à-dire qu'il est nécessairement vécu – bien ou mal – comme objet du désir d'autrui. C'est cela qu'un corps représente fondamentalement, et qui par définition ne peut être entièrement réductible au symbole ou à l'image : ce que je représente pour l'autre et pour le désir de l'autre, je ne peux en avoir ni la maîtrise ni la connaissance ».(7) « L'image semble être le seuil du monde visible ».(6)

Selon J. Lacan, « le moment où s'achève le stade du miroir inaugure, par l'identification à l'*imago* du semblable et le drame de la jalousie primordiale, la dialectique qui dès lors lie le *je* à des situations socialement élaborées ». Ainsi, « cette forme situe l'instance du *moi*, dès avant sa détermination sociale ».(6) Pour cet auteur, le sujet n'est pas représenté par deux entités qui seraient son corps et son psychisme mais trois : « l'objet, c'est-à-dire ce qui pose la question de sa valeur et de son statut au regard de l'Autre, l'image de son corps et les nominations qui le représentent dans l'ordre symbolique ».(7) Dans cette théorisation semble se dresser le contexte de la situation de harcèlement en milieu scolaire : le corps est pensé symboliquement par le sujet mais aussi, dans la relation sociale, perçu par un objet dont le regard ne peut être neutre. L'enfant devra, pour être dans un rapport mesuré, bien intégrer son propre corps et le corps de l'autre dans la dynamique de la relation.

II. Le corps, au cœur de la relation

Pour le psychiatre et psychanalyste, L. Bailly : « chez l'enfant, qui a sans aucun doute un percevoir avec conscience, il existe une autre forme de rencontre avec le monde que celle appelée « consciente » par S. Freud. La communication entre les êtres se fait non seulement par des mots, mais également et beaucoup plus par des gestes, attitudes, tonalité de voix, qualités imperceptibles de l'expression ».(2) Nous allons, dans cette partie, interroger comment le corps intervient dans la relation, la communication et l'échange d'intentions constitutifs du tout rapport humain.

a. Premier organe de sens

Selon les définitions du dictionnaire *Larousse*, la sensibilité est « la fonction du système nerveux permettant de recevoir et d'analyser des informations mais aussi l'aptitude à s'émouvoir, à éprouver des sentiments d'humanité, de compassion, de tendresse pour autrui ». La sensorialité est « la caractéristique d'un être vivant pourvu d'un système sensoriel », l'aspect psychologique lié aux organes des sens est ici mis en valeur.

La perception est, d'après le Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), une opération « psychologique complexe par laquelle l'esprit, en organisant les données sensorielles, se forme une représentation des objets extérieurs et prend connaissance du réel ». Pour les cognitivistes, la perception sensorielle serait un processus de recueil et de traitement de l'information sensorielle. La psychanalyse fait la distinction entre perception externe, fondée sur des sensations dérivées des organes des sens, et perception interne, fondée sur la conscience que l'on prend des processus mentaux.

Pour S. Freud, « la distinction entre conscient et préconscient n'a aucun sens en ce qui concerne les sensations, le préconscient ici fait défaut, les sensations sont ou bien conscientes ou bien inconscientes ». Et d'ajouter plus loin : « La perception joue dans le moi le rôle qui, dans le ça, échoie à la pulsion ».(3) Ainsi, la perception par le corps, via les organes des sens, influencerait le moi autant que les pulsions impacteraient le ça. On

voit alors comment la perception de notre environnement est influencée par le corps et, on l'a vu, en premier lieu le toucher.

Dans son *Introduction à l'œuvre de F. Dolto*, le psychanalyste J.-D. Nasio décrit : « Au début de la vie, l'être se réfère à l'ombilic, à la bouche, aux sensations du tube digestif et aux sensations tactiles. Les soins nourriciers donnent aux zones de communication substantielle (trous du corps) une valeur signifiante d'échanges ; et c'est par les sens subtils, c'est-à-dire l'olfaction, la vue, l'audition, le toucher que le nourrisson organise ses échanges signifiants. Mais le corps n'en est pas moins et avant tout un lieu relationnel ». (8) Dès les premiers jours, le nourrisson est relié à la mère par l'olfaction, le phonologique et l'auditif, qui lui permettent de se retrouver. L'autre est détenteur de l'identité du sujet, car c'est par l'autre que l'enfant se reconnaît dans un espace médiatisé.

R. Roussillon explique qu'ensuite « le processus de différenciation ne peut se faire sans un temps de construction d'une peau commune entre bébé et mère. [...] C'est le champ sensori-moteur qui est au premier plan, tant au niveau de l'éprouvé qu'au niveau des premières formes de « partage d'affect » et de communication ». (4)

Dans l'article *Du Moi-ressenti au Moi-psychomoteur*, A.-M. Latour, psychomotricienne exerçant en pédopsychiatrie, indique que « ce qui est vécu primitivement comme stimulus, à travers sa sensori-tonicité encore inorganisée et non triée, doit subir une transformation qui permet que soit mentalisé ce qui est senti ; ce qui constitue, à proprement parler, une expérience psychomotrice », (9) qui nous semble de l'ordre de la perception. L'auteur précise qu'au cours de son exploration, « l'enfant attribue à l'espace et aux objets les fonctions et les propriétés du corps, ainsi que la possibilité de se combiner et d'interagir ; il y projette aussi une intériorité, une âme, ce qui lui permet de jouer et donc de se re-présenter (depuis l'extérieur) ses propres états émotionnels, ses propres scénarii, ses propres théories infantiles. Il peut ainsi précocement, « saisir du monde ce qu'il est lui-même ». » (9) Dans sa compréhension du monde, l'enfant passe par le corps, matière solide qui le rassure et par laquelle il se sent exister.

Ainsi, le développement perceptif, longtemps sous-estimé, a progressivement été considéré comme un élément fondamental du développement de l'intelligence ; et tout particulièrement dans ce qu'on pourrait appeler l'intelligence sociale. Pour le psychomotricien J.-M. Albaret, la perception est un processus actif d'exploration qui

résulte d'une motivation. Elle utilise et dépend des informations données par le mouvement. Les actions guidées par la perception sont organisées et flexibles et ne s'effectuent pas uniquement au hasard ou selon un schéma stimulus-réponse.(10) Ceci, parce que la perception de l'enfant est invariablement influencée par son état psychique, son expérience et l'environnement dans lequel il se trouve. Ce corps fondement et fondateur de notre identité et de notre assise psychique a donc, par ses sensations et ses perceptions, une fonction essentielle de soutien dans notre rapport au monde.

b. Schéma corporel et/ou image du corps ?

Au cours de l'histoire, la notion de schéma corporel fait suite à celle de cénesthésie : sentiment vague que chaque individu a de son corps, indépendamment du concours des sens (*Larousse*). P. Bonnier, neurologue et psychiatre du début du XXème siècle, lie la représentation du corps non plus à un ensemble de sensations plus ou moins définies, mais à une forme. Selon cet auteur, « le mot cénesthésie ne peut avoir de signification valable en physiologie et psychologie car il ne comporte pas la notion de figuration topographique indispensable à toute définition de corporalité ». En 1905, il écrit : « Le sens des attitudes nous fournit la notion du lieu de chaque partie de nous-mêmes et forme la base de toute orientation, tant objective que subjective et psychique. Il a pour objet la figuration topographique (schéma) de notre moi. Ce schéma corporel dépend essentiellement des rapports spatiaux et non directement des afférences sensorielles. »

C. Morin, neurologue et psychanalyste, a travaillé auprès de patients souffrants de lésions cérébrales en médecine physique et réadaptation notamment à La Pitié-Salpêtrière et au sein de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Pour elle, « quand on parle de schéma corporel, on parle surtout des membres et du corps visible, des parties du corps impliquées dans les mouvements volontaires, la manipulation et les déplacements dans le monde extérieur ».(7) Constamment remis à jour, le schéma corporel d'un individu se construit tout au long de l'enfance, et intègre les modifications progressives liées au vieillissement. Mais ce qui est frappant, c'est aussi sa stabilité à un moment donné. Selon cet auteur, « le schéma corporel serait un ensemble de capacités à produire et reconnaître des mouvements adaptés à nos déplacements, et à manipuler notre environnement. Cet ensemble se

construit de façon non consciente, en relation avec autrui et on peut s'attendre à ce que les troubles du schéma corporel ainsi définis comportent des aspects subjectifs. » Il faut envisager l'hypothèse d'effets subjectifs spécifiques liés à certaines difficultés telles que les troubles psychomoteurs chez l'enfant. Et ce, d'autant plus que certains troubles du schéma corporel ne sont pas des déficits purement cognitifs ; l'auteur évoque à titre d'exemple, le cas de l'héminégligence que présentent certains lésés cérébraux semblant pourtant purement « neurologique ».(7)

D'après le philosophe M. Merleau-Ponty, « ce que nous appelons le schéma corporel est un système d'équivalence, un invariant immédiatement donné par lequel les différentes tâches motrices sont instantanément transposables, c'est-à-dire qu'il n'est pas seulement une expérience de mon corps, mais encore une expérience de mon corps dans le monde et que c'est lui qui donne un sens moteur au signe verbal ».(2)

Ce qui pourrait être, le pendant subjectif du schéma corporel a été étudié à partir des années 1930 par H. Wallon puis par les psychanalystes P. Schilder, J. Lacan et F. Dolto. Le schéma corporel correspond aux aspects neurophysiologique, tendineux, articulaire, postural alors que l'image du corps tire sa source dans l'inconscient du sujet et dans la façon dont il aura investi son schéma corporel au cours de son histoire. Mais alors que le schéma corporel est très proche pour tous les individus qui vivent sous les mêmes latitudes, l'image inconsciente du corps est propre à chaque individu, fonction de son histoire personnelle et familiale. Le premier est inconscient, pré-conscient et conscient, alors que la deuxième est éminemment inconsciente.(7)

En 1935, P. Schilder introduit le terme d'image du corps, qu'il tente de différencier du schéma corporel, comme représentation inconsciente du Moi. « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes [...] qui indique, bien que passant par les sens, ce n'est pas là pure perception, et bien que contenant des images mentales et des représentations, ce n'est pas là pure représentation ».(7) Selon cet auteur, « le corps en action est toujours en train, soit d'exprimer quelque chose, soit de faire quelque chose. Un corps est toujours le corps d'une personne et la personnalité a des émotions, des sentiments, des tendances, des mobiles et des pensées ».(11)

Pour F. Dolto, « dès qu'il y a du corps, il y a du sujet ». L'image inconsciente du corps, n'est ni le schéma corporel, ni le corps fantasmé, mais le lieu inconscient d'émission et de réception des émois, focalisé d'abord aux zones érogènes de plaisir. Elle relie directement le schéma corporel à la « matérialité » du corps ; ce serait la base organique sur laquelle nous prenons des informations sensorielles. A la suite de S. Freud, qui considérerait que les rapports du sujet humain à son corps subissaient une transformation qualitative majeure avec l'instauration du narcissisme, F. Dolto précise « le ciment qui lie le schéma corporel à l'image du corps est le narcissisme ».

L'image du corps se façonne donc comme élaboration d'émois précoces éprouvés dans la relation intersubjective avec les parents nourriciers. D'abord traité par l'enfant comme s'il était morcelé, le corps est ensuite perçu dans le miroir. Comme nous l'avons vu plus haut, l'enfant s'y intéresse alors même que son schéma corporel n'est pas constitué, qu'il n'a pas la notion de droite et de gauche et qu'il est incapable d'énumérer les diverses parties du corps.(7) F. Dolto considère l'image du corps comme profondément subjective ; elle est libidinalisée et inconsciente (mais peut devenir préconsciente sous certaines conditions, de médiation par exemple). Elle est liée aux émotions, à l'érotisation de la sensorialité à la période prégénitale et au désir du sujet. Lieu de représentation des expériences relationnelles, c'est une forme de mémoire inconsciente du corps en relation.

L'image du corps est divisée, selon F. Dolto en image de base, image fonctionnelle et image érogène. *L'image de base* est constitutive du narcissisme primordial, qui s'actualise dans les premières relations accompagnant la respiration, la satisfaction des besoins et des désirs partiels. Elle est définie comme ce qui permet de se ressentir dans une « mêmeté d'être », dans une continuité narcissique spatio-temporelle. Elle recouvre donc le *sentiment d'exister dans une continuité* s'apparentant au *self*. Il est à noter que pour J.-D. Nasio, s'il y a danger et atteinte de l'image de base, des mécanismes phobiques ou persécutifs peuvent se développer.(8) Ces mécanismes faisant, selon nous, le nid de potentielles situations de harcèlement entre pairs. *L'image fonctionnelle* se définit comme l'image sthénique d'un sujet visant l'accomplissement de son désir ; elle est liée à la tension du désir. C'est grâce à elle que les pulsions de vie peuvent, après s'être subjectivées dans le désir, viser à se manifester pour obtenir du plaisir et s'objectiver dans la relation au monde et à autrui. Enfin, *l'image érogène* focalise plaisir et déplaisir dans la relation à l'autre.(11)

J.-D. Nasio distingue 3 aspects de l'image du corps : l'aspect structural, l'aspect génétique et l'aspect relationnel. *L'aspect structural* se présente comme l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes.(8) Ces trois images du corps sont nouées entre elles par l'*aspect génétique* ou *dynamique*. L'image du corps est le fruit d'une élaboration et d'un développement la remaniant à travers le temps. Chaque stade vient modifier les représentations de l'image de base. Le rôle des expériences olfactives, visuelles, auditives, tactiles est fondamental et, avec le temps, les images du corps se restructurent grâce aux émois, articulés au désir érotique. Ce qu'indique l'*aspect relationnel*, c'est que l'élaboration de l'image du corps ne se fait que dans un rapport d'échanges et de langage à autrui. Elle prend appui sur l'autre, se façonne « en intuitive référence au désir de l'autre ». Elle est agencée corporellement au corps, au ressenti et au dit de la mère. La communication sensorielle, émotionnelle et la parole de l'autre apparaissent comme les deux substrats de cette image du corps. La parole permet le croisement du schéma corporel et de cette image inconsciente.(8) Pour le pédopsychiatre B. Golse, il existe un « double ancrage corporel et interactif des processus précoces de symbolisation. L'ancrage interactif ou relationnel souligne la nécessité du détour par l'autre, indispensable à l'enfant pour donner progressivement forme et sens à ses sensations ainsi destinées à devenir perceptions »(4).

Toute la clinique allant de D. W. Winnicott à F. Dolto, nous montre comment une certaine représentation du corps – et pas seulement de ses orifices – est très précocement impliquée dans la structuration psychique du sujet, alors même que l'enfant, neurologiquement immature, ne dispose pas d'un schéma corporel organisé.(7)

Or, il s'avère que les mots « schéma » et « image » ont des étymologies très proches, en en faisant pratiquement des synonymes, et une sémantique commune. Selon E. Pireyre, psychomotricien auteur de *Clinique de l'image du corps*, le terme de schéma corporel doit être abandonné parce que trop imprécis et ne renvoyant pas assez clairement à ce qu'il est censé définir.

Les théories psychanalytiques de l'image du corps supposent trois caractéristiques fondamentales : elle est inconsciente, liée à la libido et au désir. Ces trois piliers sont des « terres aventureuses pour les psychomotriciens » écrit E. Pireyre. Pour une définition opérationnelle, il faudrait leur ajouter sur le plan théorique un autre

« acteur » : le moi.(11) Certains psychanalystes reconnaissent que la théorisation de F. Dolto ou de J. Lacan est incomplète. L'image du corps se développe par étapes chronologiques, elle se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés, elle concerne des fonctions et des zones corporelles diverses, elle est investie par la libido qui laisse des traces, éventuellement des symptômes, partout où elle est passée et où elle peut se trouver encore. Ainsi, E. Pireyre introduit les concepts de sensibilité somato-viscérale et d'image composite du corps.(11)

La sensibilité somato-viscérale, qu'on peut également appeler sensorialité, est un terme utilisé par les neurophysiologistes. La notion de schéma corporel renvoyant au fonctionnement des différents systèmes sensoriels, il peut comme le dit le psychologue A. Bullinger (2004) être réduit à un équipement et à un fonctionnement de la matérialité du corps, de l'organisme.

L'image du corps, bien qu'ancrée dans l'inconscient, peut, selon E. Pireyre se comprendre aussi à la lueur de l'avancée des connaissances. Les aspects fantasmatiques doivent probablement être liés à la maturation neurophysiologique et donc renvoyer à une interaction entre la matérialité du corps, c'est-à-dire l'organisme, et le psychisme. Avec ce concept, l'*image de base* devient le sentiment de continuité d'existence de D. W. Winnicott, l'*image fonctionnelle* peut être comprise comme l'identité et l'*image érogène* sera pensée sous la conceptualisation de l'identité sexuée. Dès lors, il est possible de penser l'image du corps autrement : en lui déniait un caractère monolithique et en lui reconnaissant une composition « modulaire » appelée composite, c'est-à-dire composée d'éléments divers. Les sous-composantes de l'image du corps, seraient alors les suivantes : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques.(11) Plusieurs de ces notions sont proches du sujet qui nous intéresse. Certaines ayant déjà été évoquées, nous nous arrêterons sur la notion de compétences communicationnelles du corps.

c. Des compétences communicationnelles du corps à l'intercorporalité

E. Pireyre décrit l'abandon par le psychomotricien C. Ballouard du terme « communications non-verbales » qu'il a remplacé par « communications corporelles »

en raison de la place de plus en plus importante qu'occupe le corps dans notre société. Or, nous le verrons, la culture est cruciale pour décrypter les mouvements du corps. Dans ces communications corporelles, les émotions ont une place de choix. Pour A. Damasio (2003), les émotions se distinguent des sentiments car elles « se manifestent sur le théâtre du corps ; les sentiments sur celui de l'esprit. » Elles sont influencées par l'histoire du sujet, particulièrement dans leur intensité et dans la relation que nous entretenons avec elles. A ce titre, elles font partie de l'image du corps.(11) Les émotions se partagent, se transmettent d'une personne à une autre et particulièrement d'une mère à son bébé et réciproquement.

Selon le neuroscientifique G. Rizzolatti et le philosophe des sciences L. Sinigaglia, qui ont mis en évidence les neurones miroirs, « la compréhension des états émotionnels d'autrui dépend d'un mécanisme miroir capable de coder l'expérience sensorielle directement en termes émotionnels ».(11) « Les neurones miroirs nous permettent de comprendre les processus cérébraux responsables de cette riche palette de comportements qui scandent notre existence, et dans laquelle prend corps le réseau de nos relations interindividuelles et sociales » (G. Rizzolatti et L. Sinigaglia, 2008). Pour A. Damasio, « nous détectons des émotions d'arrière-plan par de subtils détails dans la posture corporelle, la vitesse et le contour des mouvements, des changements minimes dans la qualité et la vitesse des mouvements oculaires, comme dans le degré de contractions des muscles faciaux ».(11)

La peau intervient alors en tant que siège des sensations proprioceptives, dont H. Wallon a souligné l'importance dans le développement du caractère et de la pensée : c'est un des organes régulateur du tonus.(5) Il considère que, chez le bébé, la communication passe essentiellement par le corps, dans ce qu'il appelle le dialogue tonico-émotionnel.(11) Il est nécessaire de reconnaître la circulation des émotions entre tous les êtres humains, le retentissement de cette circulation sur le tonus général du corps. Pour cet auteur, « l'émotion a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique ». J. de Ajuriaguerra, considéré comme le « père de la psychomotricité », prolonge : « Les relations entre tonus et émotions sont indissociables, le corps parle face à une situation ».(11) Selon E. Pireyre, « les émotions, de même que les modifications toniques qui en sont les conséquences, représentent un dialogue. Ce dialogue, mis en place dès le début de la vie, est coloré par de nombreux facteurs conscients et inconscients. Il s'ancre dans la

subjectivité. Il évolue avec la maturation psychoaffective. Il est une composante, avec toutes les capacités corporelles de communication, de l'image composite du corps ».(11) Cet auteur décrit six canaux de communications corporelles : les modifications toniques, les réactions de prestance, les attitudes corporelles, les mimiques, les activités motrices ou « gestes » et enfin le regard. Ces 6 canaux ne sont pas tous intégralement utilisés par tout le monde. Certains sont privilégiés pour exprimer ou lire certaines émotions. L'expérience clinique montre que tous les canaux d'expression et de lecture sont très fonctionnels dans la pathologie psychiatrique. Ce qui confirmerait la fixation du développement affectif à des étapes précoces chez nos patients. Etapes au cours desquelles le bébé était particulièrement disponible pour le dialogue tonico-émotionnel.(11) Ainsi, la vulnérabilité au harcèlement pourrait être liée à ces 6 canaux. La perception, au sens large, et la communication de son état psychique aux camarades favoriserait alors l'implication dans ce phénomène mettant en jeu l'intersubjectivité.

Selon F. Dolto, « l'enfant entendant se reconnaît lui-même par qui lui parle ». Sans l'autre, la fonction symbolique de l'enfant tournerait à vide puisque c'est bien l'autre qui donne sens à l'éprouvé et au perçu ; l'autre humanise.(8) D. Marcelli cite H. Tessier, avocate et psychanalyste, selon laquelle « l'intersubjectivité caractérise la rencontre de deux subjectivités dans ce qu'elles ont de conscient et d'inconscient, et l'interaction dynamique qui en résulte ».(12) Situation de communication entre deux sujets, l'intersubjectivité fait nécessairement intervenir le corps. Chaque corps se trouve émetteur ou récepteur pour quantité de signaux simultanés.

Tenant d'aller à l'encontre de la dualité corps-esprit, M. Merleau-Ponty a développé la phénoménologie du corps, notamment dans son ouvrage *Phénoménologie de la perception*. Pour lui, l'homme est, en opposition à la dualité cartésienne, une « totalité » vivante. Le corps n'est ni une chose, ni une somme d'organes, mais un réseau de liens, ouvert au monde et aux autres. Le monde est le lieu où se nouent la corporéité et l'altérité, deux termes centraux de notre sujet. Le corps traduit alors un pouvoir de signification et d'expression. Les analyses de cet auteur sur la question du corps renvoient toujours au corps de l'autre aussi bien dans les études du toucher, de la sexualité, que dans celles de la parole. Autrui y apparaît comme un corps et l'intersubjectivité devient intercorporéité.(13)

d. Le corps en mouvement

On ne peut pas parler de corps sans parler de mouvement. Car le corps sans mouvement, posture ou attitude, n'est pas. Aussi, de l'extérieur, les manifestations de notre corps nous façonnent autant qu'elles nous caractérisent. Selon S. Freud en 1923 dans *Le moi et le ça*, issu des *Essais de psychanalyse*, « c'est au moi que se rattache la conscience » parlant de « moi-corps », il explique ensuite que notre moi « commande les accès à la motilité, c'est-à-dire à la décharge des excitations dans le monde extérieur ».(3) Pour lui, le moi a la haute main sur l'accès à la motilité, mais par ordre du ça. Ainsi, certaines inquiétudes motrices ne seraient que des décharges de tension psychique en vue de surmonter l'anxiété.(2) Ceci argumente l'idée que, loin de n'être qu'un ensemble de contractions, mouvements, tonus et postures, nos actions et réactions motrices sont bien reflets de notre personnalité et des conflits habitant celle-ci. Dans le harcèlement, il s'agit d'action, le harcelé agit par peur ou du fait de la menace ; le harceleur peut-être sous l'effet de l'angoisse.

Plus récemment, dans leur livre dédié à la *Psychopathologie de l'enfance* (2012), D. Marcelli et D. Cohen décrivent une psychopathologie des conduites motrices. En effet, pour eux, « l'agir doit aussi se concevoir comme le mouvement d'un corps en relation avec un environnement susceptible d'influer sur lui ». Ils observent une « correspondance entre le tonus musculaire et la motilité elle-même qui préside à l'harmonie du geste. Freinée au départ par l'hypertonie physiologique, la motilité évolue au rythme de la maturation physiologique, mais aussi au rythme des interactions possibles avec l'entourage ». L'acquisition de nouvelles capacités motrices est indissociable à la fois de la manière dont l'enfant se présente et se sent agir, et de la manière dont l'environnement accueille cette motilité et accepte les modifications qui peuvent en résulter. C'est ainsi que la motricité pourra passer d'une gestualité d'imitation à une activité opératrice où la praxie devient le support d'une activité symbolique. Tout autant que l'intégrité des voies motrices, l'intégration du schéma corporel statique et dynamique est fondamentale notamment dans la relation à l'environnement, avec la dimension affective que cela suppose.(14) L'agir et l'action sont au centre de la relation tant que la symbolisation n'est pas efficace et que seule l'empathie émotionnelle est opérante au secours de l'enfant. Le harcèlement serait un agir répondant à un état de tension ressenti par le ou les enfants impliqués au sein du

groupe ; état de tension qu'il pourra favoriser dans la suite. Peut-être pourrait-il même être considéré comme un acte déchargeant la tension de l'agresseur à la victime ?

e. Le corps dans la société

La vision du corps est éminemment sociétale et culturelle. En Occident, le savoir bio-médical, à travers l'anatomo-physiologie, présente une vision particulière de la personne. Au cours de l'histoire des sciences, on a d'abord distingué l'homme de son corps à la suite de l'ébranlement des valeurs médiévales puis des premières dissections anatomiques. Puis, la philosophie, par la théorie mécaniste, a fait du corps une autre forme de mécanique selon différents modèles explicatifs comme celui de R. Descartes. Enfin, la sensibilité individualiste envisage le corps isolément du monde qui l'accueillait et lui donnait sens, et isolément de l'homme auquel il prêtait forme.

Plus récemment, D. Le Breton, socio-anthropologue spécialiste de la question du corps et de l'identité, montre que dans la société occidentale moderne, par les explications anatomo-physiologiques, l'homme a progressivement été coupé de la nature dans laquelle l'intégraient les sociétés dites traditionnelles ; coupé des autres par le passage de la communauté à la société individualiste ; et finalement coupé de lui-même. Mais le corps est d'abord une structure symbolique, une surface de projection susceptible de rallier les formes culturelles les plus larges. Le corps semble « aller de soi » mais rien n'est finalement plus insaisissable.(15) Dans ce contexte, le corps s'est transformé en une sorte de compagnon de route intime du sujet. En ces temps de crise du couple, de la famille, le corps devient, selon cet auteur, « miroir fraternel, un autre soi-même avec qui cohabiter ». Il devient l'autre le plus proche. On recrée une sociabilité absente en ouvrant en soi une sorte d'espace de dialogue qui assimile le corps à un objet familier. Le corps n'est plus une machine inerte, mais un alter ego d'où émanent sensation et séduction. On trouve en lui le partenaire complice qui manque à ses côtés. Le dualisme de la modernité a cessé d'opposer l'âme au corps, plus subtilement, il oppose l'homme à son propre corps.(15)

Dans son roman, *Journal d'un corps*, D. Pennac, écrivain, commence par le portrait d'un homme qui a peur. L'homme se regarde dans la glace, et doit se construire un corps, une image. Le narrateur débute son journal alors qu'il est pré-adolescent. Il se propose de distinguer le corps de l'esprit, de « protéger son corps des assauts de son imagination

et son imagination contre les manifestations intempestives de son corps ».(16) On retrouve dans ce livre, l'illustration du compagnon de route intime du sujet, cité plus haut. Autant le corps est exposé, analysé dans notre monde (photo, radio, prise de sang, *selfie*, télé-réalité...), autant le personnage de D. Pennac va parler de l'intimité si profondément universelle, celle qui reste tabou et dont on ne parle pas, celle qui révèle les faiblesses. On voit un homme en empathie avec son corps ; en même temps, il observe ce corps qui lui est intimement étranger.

On l'a vu, le corps est à la croisée du biologique et du psychique ; lesquels résistent à un amalgame de synthèse en ce sens que leurs principes respectifs sont distincts et dissemblables. La philosophie a tenté de résoudre ce paradoxe, puis la psychanalyse, avec la notion de corps érotique ou d'image inconsciente du corps, a proposé une solution compatible avec le statut du sujet humain. La révolution psychanalytique a permis de reconnaître à l'humain le pouvoir de prendre possession d'un corps qui sera, du fait de son histoire singulière, le porte-parole de son désir.(17) Dès 1935, P. Schilder met en valeur l'implication du facteur social dans l'image du corps. On construit l'image du corps uniquement grâce au contact avec les autres. Même si elle est fondamentalement résultante de l'histoire personnelle, elle reste modelée en permanence par l'appartenance au groupe.

Pour E. Pireyre « l'implication de la société dans l'image du corps est modeste : elle se cantonne principalement aux capacités communicationnelles du corps » vu plus haut. L'auteur cite alors C. Ballouard (2003) dont l'hypothèse est « que l'attribution d'une expression spécifique à une attitude corporelle globale procède d'un consensus de base social, d'une identification à un produit culturel, mais aussi de la reconnaissance d'un vécu. L'origine de ce dernier est l'image du corps et l'accès à un code partageable, à une culture, mais son emploi est hautement individualisé ».(11) Auparavant, J. de Ajuriaguerra considérait que « d'un point de vue psychosocial se comporter comme autrui c'est se mettre dans la peau de l'autre, dans sa façon d'être, avec des attitudes tonico-émotionnelles et des manières corporelles : le sujet imite et vit les manières et les gestes de l'autre et tire des conséquences, des propositions qui lui sont offertes par le corps de l'autre. »(2)

Certains psychanalystes estiment que deux puissances pèsent sur le corps, le sculptant progressivement. D'une part, les pulsions, notamment sexuelles ; d'autre part, la société qui les surveille et les tolère au prix de leur soumission. L'éducation naît à la

confluence de ces deux moments, celui du désir et celui de l'ordre. La société pousse à une mort voilée de ce corps : on se doit de réprimer ses désirs, mais à travers le sensori-moteur lui-même, lieu d'expression, de la communication et de l'animation. De plus, il n'y a rien de surprenant à ce que ces tensions laissent des marques sur le corps, suffisamment visibles pour faire le jeu de distinctions sociales : au-delà de l'analyse psychologique, ce corps est porté sur la scène sociale toute entière.(18)

f. Le corps et le groupe d'élèves

Vers l'âge de 8 ans, s'initie l'éloignement progressif des parents. Ce qui donne au groupe de pairs une place primordiale. « Ensemble, les enfants forment un groupe dont l'importance va s'accroître au fil des années [...] Pour que cette « illusion groupale » fonctionne, elle ne peut tolérer de trop grands écarts avec l'implicite des valeurs partagées par le groupe ».(1)

Dans un groupe, le corps tient toujours une place centrale car, on l'a vu, c'est par lui que passent les échanges : par le regard, les attitudes corporelles. Le langage corporel y est d'une importance particulière, « renforcée, comme le dit D. Marcelli, par la dynamique du groupe où la régression joue un rôle essentiel ».(19) Or, dans le milieu scolaire, regroupant de jeunes « humains en construction » physique et psychique, cette « régression », ne peut se faire sans débordement, sans « dérapage » ; ceux-ci feraient même partie de l'histoire naturelle de toute institution scolaire. Parce que, comme le dit N. Catheline, pédopsychiatre spécialiste de la scolarité et des apprentissages, « pour se construire, les enfants ont besoin de représentations simples et robustes, c'est-à-dire excluant l'exception. C'est ainsi qu'ils se construisent un modèle de fonctionnement social. Il leur faudra un certain temps et de nombreuses expériences avant d'intégrer, à côté de la règle générale, les particularités de chacun ».(1) Et c'est probablement là que réside le rôle primordial des adultes, éducateurs et soignants, d'encadrer pour les accompagner et ainsi limiter le harcèlement et ses conséquences sur les victimes comme sur les agresseurs.

De plus, on sait que « les représentations cérébrales du corps de soi et de l'autre sont intriquées (Decety et Sommerville, 2003). La représentation inconsciente du corps serait ainsi indissociable de celle des autres corps et de leur mouvement ».(7) La découverte des neurones miroirs donne à cette affirmation plus de poids. Le corps est

scruté, le sien comme celui de l'autre. Comparés, les corps sont le premier élément source de préoccupation à chaque rentrée scolaire, qui conditionne probablement une partie des échanges à venir. Nos mouvements comme ceux de l'autre sont à l'origine d'une multitude de signaux qui oriente la relation, le contact à venir. Il est, dans cette approche, important d'envisager la possibilité qu'une victime puisse être agresseur et vice versa, suivant la période mais aussi les conditions du « groupe élève » ; ce que la clinique nous révèle.

III. Psychomotricité et troubles psychomoteurs

En matière de soin, la psychomotricité nous semble être un rouage essentiel de la compréhension voire de l'accompagnement des jeunes impliqués dans une situation de harcèlement en milieu scolaire. Nous allons donc décrire en quoi cette discipline permet d'explorer la relation à l'autre avant d'évoquer le trouble psychomoteur pouvant, selon notre hypothèse, être impliqué dans le phénomène de harcèlement entre pairs.

a. Psychomotricité et relation à autrui

En psychologie du développement, J. Piaget établit des paliers d'acquisition allant d'un stade « corporel » dit sensori-moteur au stade des opérations formelles avec un raisonnement hypothético-déductif où l'on devine l'influence psychique. Au-delà de cette dichotomie corps-esprit, la psychomotricité met en avant la liaison du corps et de la psyché. Ainsi, dans l'ouvrage de F. Joly, psychanalyste, psychologue clinicien et psychomotricien et G. Labes, psychomotricienne, consacré à l'œuvre de J. De Ajuriaguerra, il est écrit : « à la naissance, la motricité apparaît comme la seule forme de contact psychosocial, soit par ses composantes somato-végétatives, oro-anales, soit par ses composantes somato-motrices, par ses formes d'agitation longitudinale ». « Réaction globale de contact avec le monde, réactions entre les manifestations nociceptives au début, dialogue avec le monde plus tard, la motricité se dégage de l'automatisme primitif pour acquérir une valeur symbolique et représenter un mode d'expression des conflits ». Ils ajoutent : « La notion de corps ne peut pas être comprise si on ne tient pas compte de l'autre comme co-fondateur. »(2) Pour cet auteur, la psychomotricité signifie « mouvement et allure, geste et expression ». Mais encore « la psychomotricité peut être quiétude et réaction. Le comportement moteur et les réactions caractérielles doivent être étudiés conjointement. L'agressivité peut être affectivité réfrénée ou déviée, mais aussi, besoin d'expansion d'une activité motrice longtemps inhibée ». J. De Ajuriaguerra souhaite distinguer l'anatomie, la fonction et la réalisation car « l'activité n'est pas anatomie mais relation ».

De même, pour H. Wallon, « contraction phasique et tonique du muscle ne signifie plus seulement mouvement et tonus, mais geste et attitude. La fonction motrice retrouve

son véritable sens humain et social que l'analyse neurologique et physiopathologique lui avait fait perdre : être la première des fonctions de relation ».(2) L'homme en relation l'est par et avec ses outils psychomoteurs. On ne peut envisager la relation sans observer conjointement le corps et l'esprit. A notre avis, les soins pour les enfants impliqués dans une situation de harcèlement ne peuvent faire l'économie de cette approche.

H. Wallon a également montré l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers de phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur et qu'il a appelé *dialogue tonique*. Ce *dialogue tonique*, qui jette le sujet tout entier dans la communion affective, ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps. Pour cet auteur, « face à autrui, notre personnalité s'exprime par des attitudes particulières. L'attitude présente déjà un genre de contact avec le monde, une certaine façon de s'offrir ou de se refuser. C'est une forme d'adhésion ou de crainte. Le refus et l'acceptation ne sont jamais des processus purement verbaux ou idéiques. Ce sont aussi des réactions toniques d'un *corps donnant* et d'un *corps refusant* ».(2)

L'enfant vit dans un monde de communication. Pour J. De Ajuriaguerra, la compréhension, ce n'est pas seulement d'entendre des mots, mais de comprendre des relations : « Relation avec ce qui est dit par autrui, la façon dont cela est dit, le geste qui l'accompagne et le résultat que l'enfant en tire pour sa satisfaction. [...] C'est dans son corps qu'il vit la satisfaction de l'accomplissement du dialogue. Le corps de l'enfant est toujours situé quelque part, par rapport à un interlocuteur situé quelque part également. Les paroles d'autrui sont siennes dès qu'autrui les prononce et son corps les sent parfois avant qu'il ne les prononce. L'expression mimo-gestuelle d'autrui est déjà langage, l'attitude du corps de l'enfant est déjà réception. [...] L'action n'est pas une simple activité motrice, mais sur le plan des structures, elle est cercle sensitivo-sensori-moteur et dans sa réalisation une activité vers un but défini dans un espace orienté par rapport au corps. »(2) H. Wallon abonde : « L'attitude, le mode expressif, le mode réactif dépendent du type d'intégration psycho-affective, des facteurs thymiques et de la structure morpho-typologique propre à chaque individu. Il y a entre ces facteurs des liens très étroits. L'hostilité ou la bienveillance d'autrui ne sont pas ressenties de la même façon. »(2) Dans sa théorie des stades centrifuges et des stades centripètes, H. Wallon exprime bien l'intérêt et l'attention que l'enfant porte alternativement soit sur

lui, soit sur l'environnement. Cette alternance teintée d'ambivalence pourrait avoir un impact dans le sujet qui nous intéresse.

Plus récemment, dans l'enseignement à la Pitié-Salpêtrière, l'organisation psychomotrice est divisée en quatre paramètres fonctionnant en synergie et semblant reprendre les différents éléments théoriques vus précédemment. Préalable neuro-anatomique, *l'activité neuro-motrice*, dépendant du développement et de la maturation neurologique, permet le tonus, le système de coordinationn-dissociation, l'équipement sensoriel et moteur, la latéralisation. Les soins psychiques doivent prendre en compte la *dimension sensori-perceptivo-motrice et affective* ; celle-ci influence la qualité des appuis, de la posture, du tonus, du mouvement intentionnel mais aussi permet la construction du schéma corporel en lien avec l'image du corps.(20) La *dimension cognitive* conduit le sujet à intégrer la relation qu'entretient son corps avec l'espace et le temps, et doit être explorée pour un meilleur accompagnement. Enfin, la *dimension de l'identité* construit dans l'interaction du sujet avec son environnement familial et social est donc une préoccupation de tout « éducateur » de l'enfant.

b. Dyspraxie(s) du développement et/ou trouble de l'acquisition de la coordination

Les troubles psychomoteurs sont des troubles neuro-développementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. Leur présence dans un grand nombre d'affections psychiatriques est mentionnée depuis la fin du XIXème siècle et constitue toujours un sujet d'actualité. La nécessité de les détecter s'impose, même si les relations de causalité avec les troubles psychopathologiques sont loin d'être évidentes et systématiques selon J.-M. Albaret.(10) Plurifactoriels et transactionnels, ils sont souvent situationnels et discrets, entravant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le porteur et son entourage.

La notion de trouble psychomoteur n'a cessé d'évoluer depuis son apparition au début du XXème siècle. Initialement nommée « lésion cérébrale a minima », terme abandonné faute de preuve de lésion cérébrale, elle a progressivement été remplacée par « dysfonctionnement cérébral a minima ». Longtemps considéré comme synonyme

de « syndrome hyperkinétique », ce terme recouvre en fait un champ plus vaste. Les troubles psychomoteurs se retrouvent d'ailleurs plus fréquemment dans les difficultés d'apprentissage scolaire, les désordres psychiatriques et les troubles cognitifs.(10)

Point cardinal de la psychomotricité, le mouvement intentionnel peut être affecté de multiples manières au cours du développement de l'enfant. Simple retard ou trouble, les difficultés de coordination motrice chez l'enfant sont décrites depuis longtemps, elles aussi, sous des terminologies diverses regroupant des réalités cliniques variables. De « maladresse anormale » (Orton, 1937) à « dyspraxie-dysgnosie de développement » (Lesny, 1980), les différents usages ont laissé persister une certaine ambiguïté.(10) Ils soulignent l'hétérogénéité d'un des principaux troubles psychomoteurs actuellement nommé dans les classifications internationales « Trouble d'acquisition des coordinations » ou « Troubles développementaux de la coordination » selon la traduction du DSM-V (2013) mais aussi « Trouble spécifique du développement moteur » (CIM-10, 1992).

Dans ces dyspraxies de développement, L. Vaivre-Douret, neuro-psychologue et psychologue du développement, insiste sur l'importance de distinguer ce qui est de l'ordre du développement ou du lésionnel. En effet, le terme dyspraxie est à bien différencier de l'apraxie de la neuropsychologie adulte, trouble acquis entraînant un manque d'habileté pour accomplir des gestes préalablement appris. Car, selon cet auteur, la dyspraxie développementale est un trouble constitutionnel impliquant des difficultés d'apprentissage de tâches motrices ou de gestes non habituels, elle est définie comme la difficulté de n'avoir jamais acquis l'habileté à l'âge approprié.(21)

Malgré la recommandation d'une conférence de consensus international, tenue à Londres en faveur de l'utilisation du terme « Trouble de l'Acquisition de la Coordination » (TAC), par convention, nous utiliserons préférentiellement au cours de notre propos la notion de « dyspraxie développementale ». Ceci, tout en ayant à l'esprit l'absence de consensus général et l'idée que selon les auteurs, l'un des termes est plus vaste que l'autre qu'il englobe. A noter que, les dyspraxies développementales associeraient au TAC, les troubles visuo-spatiaux surtout mis en valeur au niveau diagnostique dans les études françaises de J. de Ajuriaguerra à L. Vaivre-Douret.(21)

En effet, selon le site web de l'assurance maladie, traduisant une vision plutôt « française » du trouble, la dyspraxie de développement peut se manifester par deux

types de symptômes. Premièrement, les troubles visuo-spatiaux sont les manifestations les plus fréquentes, il s'agit de difficultés à organiser son regard, par exemple pour dénombrer des objets, situer les éléments les uns par rapport aux autres dans l'espace et s'orienter par rapport à son propre corps, ou encore distinguer sa droite de sa gauche, suivre une trajectoire en oblique.(22) Secondairement, sont souvent associés les symptômes moteurs ou « trouble d'acquisition de la coordination » (TAC), plus ou moins accentués. L'enfant a du mal à réaliser de manière automatique des mouvements volontaires complexes, alors que les muscles sollicités fonctionnent normalement et que la consigne à appliquer est bien comprise. Par ailleurs, on observe une difficulté à coordonner les gestes. Ainsi, l'enfant atteint est plus ou moins malhabile, et ne parvient pas à agir comme il le souhaite. Il doit aussi contrôler sans cesse tous ses mouvements, pour éviter des erreurs.

Les dyspraxies de développement se manifestent par des difficultés dans les activités de la vie quotidienne associées à un retard dans le développement psychomoteur précoce. La dyspraxie est « un trouble non latéralisé de la gestualité et de la représentation de l'espace. Les enfants dyspraxiques sont « gauches », maladroits, ont des difficultés à imiter les gestes d'autrui, et à nommer ou situer les parties de leur corps (Lussier et Flessas, 2009).

Selon la 5^{ème} version du *Manuel Diagnostic et Statistique* (DSM-V, 2013), dans ce trouble « l'acquisition et l'exécution d'habiletés motrices coordonnées sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet et en dépit d'occasion d'apprentissage et d'utilisation de ces habiletés. Les difficultés se traduisent par de la maladresse (exemple : laisser tomber ou heurter des objets), ainsi que de la lenteur et de l'imprécision (exemple : attraper un objet, utiliser des ciseaux ou des couteaux, écrire, faire du vélo, pratiquer une activité sportive, etc.). Ce déficit en habiletés motrices interfère de façon significative et persistante avec les activités de la vie courante appropriées à l'âge chronologique (exemple : soin et entretien de soi) et a des conséquences sur la réussite scolaire, les activités pré-professionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux. Le début des symptômes doit se situer dans la petite enfance. Le déficit en habiletés motrices ne peut s'expliquer par une déficience intellectuelle (trouble du développement intellectuel) ou un déficit visuel, et n'est pas dû à une affection neurologique qui atteint les mouvements (exemple : paralysie cérébrale,

dystrophie musculaire progressive, trouble dégénératif).(23) On observe une grande hétérogénéité de la symptomatologie inter- et intra-individuelle.

La *Classification Internationale des Maladies* (CIM-10, 1992), sous le terme de « Trouble spécifique du développement moteur », regroupe dyspraxie et « débilité motrice », dont « la caractéristique essentielle [...] est une altération du développement de la coordination motrice, non imputable entièrement à un retard intellectuel global ou à une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise » (p.222) L'altération est variable en intensité, les manifestations diffèrent selon l'âge.(24) Sous ce terme, sont incluses les appellations de débilité motrice, dyspraxie du développement et trouble d'acquisition de la coordination.(10)

Selon la *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent* (CFTMEA), il existe deux possibilités de classification pour les troubles de la coordination motrice. Lorsqu'ils sont envisagés dans une perspective descriptive, sans référence pathogénique, ils appartiennent aux « Autres troubles psychomoteurs » appartenant à la partie « Troubles du développement et des fonctions instrumentales ». Ils seront alors caractérisés par la maladresse liée notamment à des troubles de la latéralisation ou au syndrome de « débilité motrice » de Dupré, ou à des troubles dyspraxiques, par une inhibition psychomotrice (lenteur, raideur dans la posture, les attitudes, les mouvements), des perturbations toniques, des troubles limités de l'organisation perceptivo-motrice et de l'organisation spatio-temporelle. Si les troubles font partie d'un ensemble pathologique plus large, psychose, névrose, pathologies limites ou déficience mentale, ils doivent être classés prioritairement dans les troubles des fonctions instrumentales.(25)

On observe, dans la description de ces classifications, une trame clinique commune mais aussi une étonnante hétérogénéité dans les particularités des troubles, ce qui rend difficile le diagnostic selon la classification à laquelle on se réfère.

La prévalence de la dyspraxie développementale est estimée à 5 à 10 % de la population en âge scolaire (5-11 ans) et comprennent 1 à 2 % de formes sévères. Il existe une nette prédominance masculine.(26)

Dans ces troubles sont également retrouvés des signes cliniques neurologiques et intellectuels que nous ne ferons que citer. Les signes neurologiques sont fréquents. Il s'agit de mouvements choréiques, athétosiques, de tremblements unilatéraux, de troubles du tonus et de l'équilibre. Sur le plan intellectuel, une différence à la *Wesler*

Intelligence Scale for Children (WISC-IV) est retrouvée entre le quotient intellectuel de performance qui est inférieur de 20 points au quotient intellectuel verbal.

D'un point de vue étiologique, il semblerait que les enfants dyspraxiques souffrent d'un défaut de rétroactions au cours de l'apprentissage psychomoteur. Ils accorderaient une importance excessive aux rétroactions visuelles. Il est délicat, concernant ces troubles développementaux, de distinguer causes et conséquences notamment psycho-affectives. Car, au-delà de leur fréquente association avec le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles spécifiques du langage et de la lecture ou encore avec les troubles du spectre autistique, les dyspraxies développementales sont associées à de nombreux troubles ou difficultés psycho-affectives. Dans la revue de la littérature de J. Magnat et collaborateurs (2015), les troubles émotionnels affecteraient 60 % de cette population, notamment sous forme d'anxiété (état ou trait) mais aussi de symptômes dépressifs. Ces derniers seraient en partie reliés à des situations de victimisation (qu'elles soient verbales, physiques ou sociales) qu'ils rencontrent plus fréquemment. Selon les auteurs, ces symptômes affectifs sont reliés aux compétences sociales développées par ces enfants. Les auteurs ont décrit deux aspects des conséquences possibles des dyspraxies de développement. Le premier aspect est l'inhibition où prime un évitement des situations de déficimoteur (nous retrouvons faible estime de soi, désarroi, perte de motivation) et le repli (avec anxiété, tristesse, isolement social, et apparition possible d'un état dépressif). Le deuxième serait son pendant « bruyant », plus démonstratif, où l'enfant attire surtout l'attention par des troubles du comportement évoluant parfois vers la provocation ou l'agressivité. Dans ces deux aspects, se dessinent respectivement les positions potentielles de harcelé et de harceleur. Une hypothèse avancée pour ces troubles interactifs rejoint la notion de double tâche : l'enfant serait happé par la demande physique et se consacrerait moins à la perception sociale du monde environnant, ceci aggravant un sentiment d'incompétence par rapport à cet environnement donné.(26)

L'intérêt croissant pour les dyspraxies développementales est lié à leur retentissement majeur se caractérisant par des difficultés dans les apprentissages scolaires, un manque d'autonomie dans la vie quotidienne et une restriction dans les activités ludiques et sportives. Il existe, selon L. Vaivre-Douret, une perturbation psycho-affective. L'enfant a tendance à s'isoler des autres à la récréation, lors des jeux collectifs, car il ne veut pas apparaître malhabile.(21) Il ne faut donc pas négliger l'impact précoce

de ces troubles sur le développement psycho-affectif et tout particulièrement sur la qualité de l'inscription sociale de l'enfant.(26) De plus, concernant le devenir de l'enfant, même si l'incidence semble diminuer avec la maturation naturelle des capacités motrices, près de 50 % des enfants continuent de présenter des difficultés motrices invalidantes au quotidien.(26)

L'évaluation des capacités psychomotrices ne se faisant pas par un examen psychomoteur classique, nous ne nous permettrons pas de parler de troubles mais plutôt de difficultés psychomotrices. Nous sommes conscients que chacun de ces termes ne doit pas faire oublier la part psychologique indéniable des troubles psychomoteurs, qu'ils ne doivent pas eclipser. En effet, les mots difficultés ou troubles psychomoteurs ne doivent pas être considérés comme une dénéigation de notre part de la globalité des difficultés de l'enfant. La démarche de la recherche nécessite cependant que nous nous limitions à un champ aussi réducteur que puisse être celui des difficultés psychomotrices.

Notre but étant de relier ces difficultés au harcèlement scolaire, nous allons explorer à présent le domaine de l'agressivité et de la violence à l'école puis du harcèlement en milieu scolaire. Il est nécessaire d'en percevoir les aspects théoriques pour bien les différencier et mieux les reconnaître dans le contexte clinique.

IV. Agressivité et violence à l'école

Aux prémisses de la vie, l'agressivité physique est une réponse naturelle à une situation déplaisante du 9^{ème} au 48^{ème} mois, et ce, surtout à partir du 24^{ème}. Puis l'agressivité décroît continuellement, même lors de l'adolescence. En effet, le développement du vocabulaire, de la compréhension de ses émotions propres et de celles des autres permettent à l'enfant de moins recourir à l'agir dans la résolution des conflits.(27) Ainsi, comme l'indique A. Tallaferro, « lorsque la verbalisation n'arrive pas à se réaliser, l'expression se produit sur un plan régressif, sur le plan moteur. »(2)

Selon les recherches, seuls un peu plus de 3 % des enfants, majoritairement des garçons, restent agressifs physiquement au-delà de 6 ans, sans parvenir à réfréner leur impulsivité (Tremblay et coll., 2004). Ceux-là même qui ont parfois des difficultés langagières mais surtout qui semblent avoir beaucoup de mal à comprendre, décrypter les intentions et les émotions d'autrui.(27) Il est à noter que les troubles psychiatriques sévères sont alors rarement au premier plan.

La notion d'agressivité est toujours marquée d'une intention ou d'une connotation psychologique. K. Lorenz (1969), éthologue, décrit l'agressivité humaine comme instinctive et naturelle. L'étymologie du terme « poussée plus avant » nous parle de relation humaine avec toute l'angoisse qu'impliquent la rencontre et la reconnaissance mutuelle. L'agressivité serait alors une disposition bioaffective constitutive de la relation, étroitement liée aux conditions d'exercice de l'humanité. Du reste, dans sa théorie, S. Freud est passé d'une agressivité fonctionnelle et sexuelle située au cœur de l'identité individuelle et de la vie, à la destructivité d'une pulsion de mort tendant structurellement à l'autodestruction. S. Freud passe alors insensiblement de l'agressivité de maintenance, de vitalité, de survie, à la violence ; et c'est là sans doute une autre dimension de la culture humaine.(18)

Selon le *Vocabulaire de la psychanalyse* de J. Laplanche et J. Pontalis, « l'agressivité est une tendance ou ensemble de tendances qui s'actualisent dans des conduites réelles ou fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, le détruire, le contraindre, l'humilier... ». L'agression connaît d'autres vecteurs que l'action motrice violente et destructrice. Toute conduite peut fonctionner comme agression ; qu'elle soit négative comme le refus d'assistance, symbolique telle l'ironie ou effectivement agie. Les auteurs

de ce glossaire considèrent que « la psychanalyse a donné une importance croissante à l'agressivité, en la montrant très tôt dans le développement du sujet et en soulignant le jeu complexe de son union et désunion avec la sexualité. Cette idée culmine avec la tentative de chercher à l'agressivité un substrat pulsionnel unique et fondamental dans la notion de pulsion de mort ».(28)

Au contraire de S. Freud ou de K. Lorenz, H. Laborit (1970), chirurgien, neurobiologiste, éthologue et philosophe, ne pense pas que l'agressivité soit de l'ordre de l'instinct. Elle serait plutôt de situation, un fait d'angoisse en situation. H. Laborit date son renforcement social aux premiers sédentarismes suscitant le vol et motivant l'attaque. La civilisation moderne de surcroît n'a de cesse depuis lors de valoriser l'agressivité, « le plus facile des apprentissages » selon cet auteur.(18)

Dans la pensée de M. Merleau-Ponty, le désir joue un rôle important dans l'agression, cette notion l'aide à désigner les liens avec autrui. Le désir lie mon corps au corps de l'autre. De même, pour l'anthropologue R. Girard, la violence est banale, elle serait le moteur même du désir humain, elle l'accompagne. L'être humain est avant tout marqué par son désir, et par le désir de l'autre. C'est à partir du moment où pèse sur un objet, au sens psychanalytique, le désir d'un autre, que mon désir se structure et s'installe. Le désir est un drame culturel à trois termes, où l'un et l'autre veulent la même chose dans la concurrence et la rivalité, « mimétiques ». Selon cet auteur, le désir est le scénario de la violence entre les hommes.(18) Par conséquent, il ne s'agit pas de supprimer la violence, mais de la ritualiser, de la religion au droit, par le sacrifice, puis la règle et la loi, et lui redonner un sens. Car la violence, ainsi cadrée, est fondatrice de l'ordre commun. L'Œdipe freudien n'est alors plus qu'un cas de figure de la mimesis violente. De même, on comprend mieux le rôle que les institutions jouent, dans l'organisation et la médiation des relations humaines, dans la mise en limites du désir, et dans la métabolisation des processus de victimisation qui sous-tendent les rapports sociaux.(18)

Or, le souci du corps occupe, dans nos sociétés, une part importante de l'éducation. La santé, la beauté, l'habileté motrice, le bien-être (se sentir bien dans sa peau), voilà autant de préoccupations éducatives.(18) Mais, pour les éducateurs et sociologues E. Debarbieux et C. Blaya, la « violence à l'école », qui ne touche pas seulement le corps, a envahi la scène éducative depuis plus d'une décennie. Ce thème

s'est imposé après quelques faits divers qui ont défrayé l'opinion, très réactive face à ce problème. Il est nécessaire de comprendre la part de réalité et d'exagération dans cette représentation. Nous envisageons le problème de la violence à l'école comme devant se penser sans en banaliser les tragédies, et sans nier non plus l'impact des « micro-violences » sur le plan psychologique et social.(29) Au cœur d'intenses débats, la question de la définition de la violence à l'école semble avoir trouvé consensus vers la fin des années 1990. Ainsi, pour K. Hurrelmann (1998), professeur de Santé publique, « la violence à l'école recouvre la totalité du spectre des activités et des actions qui entraînent la souffrance ou des dommages physiques ou psychiques chez des personnes qui sont actives dans ou autour de l'école, ou qui visent à endommager des objets de l'école ».(29)

Nous illustrerons avec l'étude menée en 2006 par C. Carra, sociologue, qui montre que la violence à l'école élémentaire renvoie aux relations entre écoliers, mais aussi entre élèves et enseignants, et enfin entre enseignants et parents d'élèves. Elle insiste sur le fait que toutes les situations violentes ne peuvent être imputées à des personnalités violentes ou à des milieux familiaux déficients, et qu'il est toujours nécessaire de s'interroger sur les facteurs inhérents au cadre scolaire. Dans son étude, elle relève le ressenti des enfants : 4 sur 10 disent avoir subi des violences dans leur école (enfant ou adulte) ; 3 sur 10 disent avoir été violents eux-mêmes ; 4 sur 10 estiment qu'il y a beaucoup de violences dans leur école (bagarres, coups). De plus, à la question, « cette année est-ce qu'il t'est arrivé d'être toi-même violent à l'école ? » : 28,2 % répondent par l'affirmative ; et à la question : « Y a-t-il de la violence dans ton école ? », 37,2 % répondent « énormément » ou « beaucoup ».(27)

Ainsi, la violence qui touche un enfant en particulier, s'inscrit dans un contexte particulier du cadre scolaire qu'il est indispensable de prendre en compte. Le stress face aux attentes scolaires et sociales, les règles plus ou moins bien comprises et acceptées, les injonctions de réussite, pour les enseignants et pour les enfants, ainsi que d'autres paramètres colorent le climat scolaire. On peut alors voir se développer des relations difficiles entre élèves ou entre élèves et adultes mais aussi entre adultes. Les situations de violence mal repérées, ou ne trouvant pas de réponses adaptées, peuvent laisser enfants, parents, et adultes de l'institution démunis.

Mais alors où situer le harcèlement en milieu scolaire dans cette thématique de la violence à l'école ? Tout élève mis dans une certaine situation, qui est ou qu'il vit comme

violente, serait-il potentiellement harceleur ou harcelé ? Cela en fait-il un élève violent ? E. Debarbieux considérait initialement le harcèlement comme appartenant aux « micro-violences ». Le terme harcèlement a été englobé puis noyé dans les autres violences, peut-être plus « médiatiques ». Pour N. Catheline, le mot violence est « bien trop vague, recouvrant une multitude de situations, où l'on ne saurait déceler aucune dimension de répétition ni aucune relation d'emprise. »(1) Il est donc important de bien distinguer le harcèlement entre pairs de la violence « en général » pour mieux l'appréhender.

V. Harcèlement en milieu scolaire

Le concept de *school-bullying*, que l'on pourrait traduire par harcèlement entre pairs à l'école concerne des faits aussi ténus en apparence que les moqueries, les mises à l'écart ou les brutalités du quotidien, dont nous connaissons l'impact psychologique.

a. Epidémiologie

Dans une étude de D. Olweus de 2002, dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), le harcèlement en milieu scolaire concernait environ 15 à 20 % des enfants en âge d'être scolarisés, soit 10 à 15 % de victimes, 4 à 6 % d'agresseurs et 3 à 4 % de victimes-agresseurs.(1)

En 2003, E. Debarbieux et collaborateurs estimaient à 10 % environ la proportion d'élèves de collège agressés à répétition (4 types d'agressions subies et plus). Les recherches à l'étranger ont permis de montrer que la prévalence du bullying oscillait dans une fourchette comprise généralement entre 4 % et 6 % d'élèves « harceleurs » (les *bullies*) et entre 6 % et 15 % d'élèves « harcelés » (les *bullied*). Certaines études accordent une prévalence plus forte, dépassant les 15 %, voire les 20 % de victimes et d'agresseurs (Espagne, Portugal et Corée). Ces différences peuvent s'expliquer par des différences d'échantillons, mais surtout par des différences dans la définition du *bullying* lui-même.(30) Pour E. Debarbieux, pionnier en France, « le harcèlement entre pairs est certainement la forme la plus répandue de violence, c'est un des acquis majeurs de la recherche. Il ne s'agit là que d'un aspect de la violence mais d'un aspect central ».(31)

Car, selon E. Debarbieux, on ne peut rien comprendre à la violence si on ne tient pas compte de ce caractère répétitif. Ce qu'il nomme « oppression quotidienne » peut se nouer autour d'agressions, pas nécessairement d'une grande brutalité, mais qui sont plutôt ce qu'il appelle des « microviolences ». Ces microviolences peuvent être homogènes (un seul type de victimation mais répété plusieurs fois) ou hétérogènes (associations de plusieurs types de victimation).(30) En guise d'illustration, l'enquête de l'UNICEF en 2011 relève que le nombre de victimes de *harcèlement verbal ou symbolique* peut être estimé à 14,4 % des élèves (8 % d'élèves victimes d'un harcèlement sévère à assez sévère ; 6,4 % d'élèves soumis à un harcèlement modéré). Le taux de victimes de

harcèlement physique à l'école peut être estimé à 10,1 % des élèves (5,1 % d'élèves victimes d'un harcèlement sévère à assez sévère ; 5 % d'élèves soumis à un harcèlement modéré). Le taux de victimes d'un *harcèlement qui cumule violences répétées physiques et verbales* à l'école peut être estimé à 11,7 % des élèves (4,9 % d'élèves victimes d'un harcèlement sévère à assez sévère ; 6,7 % d'élèves soumis à un harcèlement modéré). En conclusion de cette étude, les auteurs estiment à environ 11-12 % le taux d'élèves harcelés.(30)

En terme d'épidémiologie, ce phénomène est préoccupant dans ce lieu si crucial pour la jeunesse qu'est l'école. Comment être disponible pour les apprentissages quand on est harcelé et quand on est harceleur ? Comment s'épanouir à l'école ?

b. Définitions

Le harcèlement en milieu scolaire est défini depuis de nombreuses années par D. Olweus (1993) pointant cet « abus de pouvoir agressif et systématique à long terme » puis par P. Smith (1994). Pour ce dernier, « un enfant est victime de *bullying* lorsqu'un autre enfant ou un groupe de jeunes se moque de lui ou l'insulte. Il s'agit aussi de *bullying* lorsqu'un enfant est menacé, battu, bousculé, enfermé dans une pièce, lorsqu'il reçoit des messages injurieux ou méchants. Ces situations peuvent durer et il est difficile pour l'enfant en question de se défendre. Un enfant dont on se moque méchamment et continuellement est victime de *bullying*. Par contre, il ne s'agit pas de *bullying* lorsque deux enfants de force égale se battent ou se disputent ».(31)

Initialement, le concept a difficilement été appréhendé, notamment dans les pays latins. Issu des pays anglo-saxons, l'adaptation et la traduction du terme ont nécessité un délai particulièrement important expliquant en partie la prise de conscience retardée en France. Ceci vient probablement exprimer toute la difficulté « morale » à aborder le phénomène car « comment analyser un phénomène si nous ne pouvons le nommer correctement ? ».(1) E. Debarbieux introduit le *bullying* dans le champ de la violence : « violence répétée, verbale, physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs élèves à l'encontre d'une victime qui ne peut se défendre, en position de faiblesse, l'agresseur agissant dans l'intention de nuire à sa victime ».

N. Catheline le définit plutôt comme « une conduite intentionnellement agressive adoptée par un ou plusieurs élèves, qui se répète et qui dure ». Elle insiste sur trois

critères indispensables, réunis dans la triade : intentionnalité, répétition et relation d'emprise. Dans la répétition et la relation d'emprise réside toute la gravité des conséquences du harcèlement en milieu scolaire.(1) Il est important de souligner l'absence du terme violence dans sa définition. Pour elle, l'assimiler à un acte violent en ferait « une réelle attaque dirigée contre les valeurs de l'école, un refus de l'autorité et des contraintes ». Le considérer plutôt, et avant tout, comme un « échec de la dynamique de groupe » et « un écueil de la socialisation », nous permettrait probablement une meilleure efficacité dans les moyens de lutte et d'accompagnement des jeunes impliqués.

De même, les usages de « pèridélits » (Cusson, 2000) ou « microviolences » (Debarbieux, 2001 et 2006) semblent mettre au centre le rapport à l'autorité, à la règle de l'école mais aussi à la loi de l'Etat. Le harcèlement scolaire nous apparaît d'une autre essence, celle de trouble de la relation. Le considérer ainsi, nous semble réinvestir enseignants, éducateurs et soignants dans une démarche d'accompagnement de l'enfant avant même d'envisager la sanction. Mieux le comprendre, nous permettrait de mieux démêler cette situation où chacun des acteurs, agresseur, victime et spectateur, s'est perdu. En ce sens, le terme « intimidation » utilisé par les québécois, francophones dans une culture anglo-saxonne, nous paraît plus satisfaisant.

c. Formes

Les principales formes de harcèlement sont physiques, verbales, relationnelles (ostracisme) et sur internet (*cyberbullying*). Le *bullying* direct se fait en face-à-face alors que le *bullying* indirect s'inflige via un tiers (répandre des rumeurs méchantes, par exemple). Il existe une autre forme de *bullying*, basée sur l'identité d'un groupe plutôt que sur des caractéristiques individuelles telles que l'homophobie, le sexisme, le racisme, la violence à l'encontre de groupes vulnérables comme les handicapés. Le lien entre harcèlement et discrimination doit donc être clairement affirmé.(31)

d. Enquêtes de victimations et relévés administratifs

Les enquêtes de victimation, dans les années 1990, arrivées en France dans les années 2000, semblent avoir fait avancer la question en s'intéressant avant tout au

ressenti des enfants, considérés comme informateurs privilégiés. A ce propos, D. Gottfredsson affirme que la victimation en milieu scolaire n'a guère évolué dans ses formes entre ses premières études en 1985 et les études plus récentes (Gottfredsson, 2001) : l'expérience personnelle de victimation est, autant pour les élèves que pour les enseignants, liée à des incidents mineurs, les victimations sérieuses sont très rares. Dès 1985, ses enquêtes permettaient de montrer que le véritable problème tient à une haute fréquence de victimations mineures et d'incivilités (*indignities*) plus qu'à une délinquance dure. C'est ce que montrent avec régularité les enquêtes de E. Debarbieux en France (2006).(29) Au sein de l'Observatoire International de la Violence à l'Ecole, E. Debarbieux prévient : « Ni exagération, ni négation. [...] Il faut connaître les principaux types de violence et leur fréquence, les expériences des victimes et les conséquences de leur victimation pour éviter de se faire happer par le fait-divers, l'exceptionnel qui recouvre de son bruit la parole des victimes ordinaires ».(30)

En France, on a tenté de relever ces faits de violence en utilisant un signalement par les chefs d'établissements de faits graves de violence qui se sont produits dans leur école, leur collège ou leur lycée. Mais, ces relevés administratifs étaient critiqués car minoraient probablement le nombre d'incidents **et a fortiori** le nombre de victimes. Elles ne peuvent pas rendre compte de l'expérience victimaire et ne montrent que l'aspect le plus visible du phénomène, négligeant les agressions mineures, même répétées. La victimation observée et rapportée par les adultes ne prend pas en compte les victimations de faible niveau, soit parce qu'elles ne sont pas connues ni prises au sérieux, soit parce qu'elles ne sont pas perçues dans leur répétitivité. Elles ne prennent probablement pas en compte des victimations plus importantes mais totalement ignorées des équipes enseignantes et administratives. Soit les victimes ne témoignent pas, par peur, la loi du silence accompagnant la loi du plus fort qu'est la violence ; soit elles ne bénéficient pas d'une écoute suffisante.(30) Les injonctions de réussite et de sécurité, et l'image que doit renvoyer l'établissement, ajoutent une pression grandissante sur les chefs d'établissements. Ce qui pourrait favoriser des relevés moins « systématiques ».

De plus, nous pensons que l'intégration au champ de la violence en général dessert le repérage du harcèlement en milieu scolaire. Le harcèlement plus insidieux, plus quotidien, et touchant la plupart des élèves contribue à sa banalisation par les adultes mais aussi par les élèves. Nous devons probablement en faire une entité à part

permettant de reconnaître la victime et l'agresseur dans une même dynamique de groupe qui les a tous les deux dépassés.

e. Conséquences

L'intérêt porté par la recherche pour les « microviolences quotidiennes » puis pour le harcèlement en milieu scolaire a pour but de montrer que la continuité dans les mauvais traitements, mêmes peu visibles, a des conséquences importantes sur les agresseurs, leurs victimes et la communauté. Il y a dans ce mécanisme d'emprise à répétition une « oppression quotidienne » qu'il faut combattre, tout d'abord par justice sociale.(31)

Il convient de rappeler les conséquences psychologiques, les conséquences en terme de santé mentale et les conséquences scolaires de ce ou ces harcèlements telles qu'elles ont été mises en évidence par la recherche internationale (Smith et al., 1999 ; Blaya, 2006)

Les faits de harcèlement en milieu scolaire peuvent isolément paraître banals ou sans grande conséquence. Lorsqu'ils se répètent sur les mêmes victimes, leurs effets psychosociaux peuvent être importants ; par exemple, le repli sur soi par angoisse, par déception vis-à-vis des pouvoirs publics, nuit à une prise en charge collective et communautaire de l'ordre commun. Solitude, perte d'image de soi, difficultés d'adaptation, tendances dépressives voire suicidaires, se combinent pour les élèves, avec le décrochage scolaire, de faibles performances, des comportements violents et un fort taux d'absentéisme. La répétition du phénomène a des effets en termes de santé mentale et peut causer à l'âge adulte un véritable décrochage professionnel (Royer, 2005).(30)

Mais ces effets à long terme ne touchent pas seulement les victimes, ils touchent également les agresseurs. Dans l'étude d'Olweus en 1993, 60 % de ceux qui étaient caractérisés comme maltraitants à l'école ont été appréhendés au moins une fois pour un fait délinquant à l'âge de 24 ans. Les maltraitants chroniques semblent avoir plus de difficultés à développer des relations humaines positives une fois adultes (Oliver, Hoover et Hazler, 1994)(30).

Pour E. Debarbieux, notre « premier rôle dans la quantification de la violence est donc un rôle critique ; il est déconstruction de l'émotionnel et du fait divers ». Notre

deuxième rôle est de donner la parole aux victimes qui connaissent le mieux le phénomène, le troisième est à la fois diagnostique et évaluatif.(30) Le rôle critique pourrait être d'extraire le harcèlement des violences pour lui rendre son caractère adaptatif que l'on doit explorer puis cultiver dans l'aide à fournir à tous ces jeunes, harcelés comme harceleurs. Ainsi, il serait plus aisé de sortir de l'émotion initiale pour entendre la souffrance de chaque enfant impliqué et mieux leur permettre d'exister dans de nouveaux modes de relation.

f. Etiologies

Pour E. Debarbieux, « toutes les explications monocausales du harcèlement en particulier, comme de la violence en général, sont insuffisantes, réductrices et parfois dangereuses [...] Le caractère généraliste des explications idéologiques est bien peu opérant ». Car, comme souvent en matière de psychologie et de psychiatrie, tout est question de combinaison de facteurs de risque. Chez l'enfant, la vulnérabilité peut se révéler face à des facteurs de risque que sont des événements stressants, ou des situations personnelles ou environnementales qui augmentent la probabilité du sujet à développer des troubles psychologiques ou du comportement qu'on ne confondra pas avec la délinquance ou une quelconque « pré-délinquance ».

Tout en gardant en mémoire que ce qui compte c'est le lien cumulatif existant entre les facteurs de risque (et de protection), il est classique de présenter, avec E. Debarbieux, ces modèles à partir de trois grandes catégories de facteurs : personnels, familiaux et socio-environnementaux.

Les facteurs personnels sont variés. Les garçons sont beaucoup plus exposés au risque de harcèlement, tant comme victimes que comme agresseurs. Il existe aussi une forte relation entre intelligence faible et harcèlement probablement liée aux déficits dans les habiletés cognitives, langagières, d'empathie par exemple. L'influence de facteurs physiques est également liée au phénomène de harcèlement mais en association avec d'autres facteurs culturels et psychologiques : les enfants plus petits, plus faibles physiquement, timides, dépressifs et peu sûrs d'eux sont plus souvent victimes ; à l'inverse les agresseurs sont souvent plus grands, plus forts (Olweus, 1993). Sur le plan de la discrimination, seules les recherches sur les adolescents et adolescentes homosexuels ou considérés comme tels par leurs pairs ont montré un lien avec la

victimation. Par contre, il y a peu, voire pas, de corrélations avec les facteurs liés aux événements périnataux et biologiques, ni avec les pathologies liées à la naissance.(31)

Au niveau familial, sont également impliquées les pratiques inadéquates des parents. Un faible engagement dans les activités de leur enfant, une mauvaise qualité de la supervision, une méconnaissance des activités de leur enfant, une instabilité de la discipline, des pratiques disciplinaires punitives et coercitives favoriseraient l'implication dans des situations de harcèlement.

Des facteurs socio-environnementaux peuvent influencer ce phénomène notamment dans un milieu socio-économique défavorisé, mais le harcèlement se rencontre aussi dans les milieux favorisés où conformité, refus de la différence sont des terreaux sur lesquels peut se développer le harcèlement. On doit aussi relever l'influence des pairs, facteur de développement social très puissant. Les jeunes organisent leurs relations en différents réseaux relativement homogènes, avec des codes, des rites qui pèsent de tout leur poids sur le groupe et l'élève. Comme nous l'avons vu plus haut avec la sociologue C. Carra, les facteurs associés à l'école sont primordiaux comme le climat de l'école (conflits au sein du personnel de l'école, règles peu claires et centrées sur la coercition et la punition ; effectif trop important dans l'école et dans la salle de classe). A ce stade, le regroupement d'élèves dans des classes dites de niveau est un des facteurs puissant. Le refus de la différence peut être un élément favorisant le harcèlement de ceux qui ne sont pas conformes. Même si les causes sont extérieures à l'institution scolaire, l'école peut être une caisse de résonance.

Cependant, E. Debarbieux note que peuvent se développer des facteurs de protection notamment liés au travail de collaboration entre adultes (système disciplinaire clair et cohérent, stabilité des équipes d'enseignants et leur ancienneté, activités communautaires pratiquées avec l'école et collaboration des parents). Ainsi, la présence émotionnelle des adultes est cruciale. La présence dans les couloirs, par exemple, est la meilleure manière de faire baisser les actes de violences ; cela témoigne de l'implication des adultes dans la vie des élèves et ne sera pas perçue comme une présence répressive.(31)

Selon E. Debarbieux, « s'attaquer à la violence, c'est s'attaquer à une série d'agressions de bas niveau, mais de grande répétition, où s'associent, malgré des profils

différents, un nombre important de victimations hétérogènes ».(30) Son étude descriptive conduit à une préconisation : « centrer la lutte contre la violence à l'école par une action en profondeur sur le harcèlement entre pairs. Son coût en termes de santé publique mais aussi en termes de sécurité publique est important ».

De notre point de vue, l'abord par les liens et similitudes, notamment psychomoteurs, entre les différents protagonistes de chaque situation de harcèlement, pourrait être une voie de compréhension et de première prise en charge. D'un point de vue sanitaire, la caractérisation du phénomène de harcèlement a un but de prévention mais aussi d'accompagnement des conséquences psychosociales à plus ou moins long terme. Observer ce qui favorise l'agression répétée par un ou plusieurs individus, repérer les modes relationnels des uns et des autres, décrypter les mécanismes chez les agresseurs, chez les témoins et chez les victimes, permettrait de mieux prendre soin des différents acteurs du phénomène de harcèlement en milieu scolaire.

VI. Difficultés psychomotrices dans la prise en charge du harcèlement

En matière de harcèlement, l'attention des adultes est plutôt portée sur la victime, parce que l'urgence pour l'entourage est de la protéger. Selon N. Catheline, cela empêche de réfléchir à la dynamique de groupe (1) et pourrait finalement entraver une bonne compréhension et donc un soutien satisfaisant des victimes comme des agresseurs. Notre ambition est donc de tester l'intuition clinique de l'existence de difficultés psychomotrices chez les enfants impliqués, qu'ils soient harcelés et/ou harceleurs, dans une situation de harcèlement en milieu scolaire.

On observe une évolution des caractéristiques du harcèlement en milieu scolaire au cours du développement de l'enfant. Dans cette évolution, le corps semble prendre une place centrale. Au début de l'école primaire (de 6 à 8 ans), il se fait sous forme de coups, de tirage de cheveux, de règlements de compte physiques immédiats. A partir du cours moyen (vers 9-10 ans), les règlements s'affinent et s'organisent : vols de trousse, de vêtements, ou encore brimades verbales et rumeurs, concernant bien souvent le physique. Puis, avec la maîtrise progressive de l'informatique, le *cyber-bullying* apparaît, attaquant souvent le corps de l'autre que l'on vient exposer en photo sur les réseaux sociaux.(1)

D'autre part, dans la période allant de la fin de l'enfance au début de l'adolescence, la maturité cognitive et émotionnelle est en cours d'acquisition, notamment en matière d'empathie. Or, « pour pouvoir décoder les intentions d'autrui, il faut pouvoir distinguer les émotions, celle des autres et les siennes propres, le sens des expressions du visage, être capables d'analyser les codes de la gestualité ».(1) Car « être capable de contrôler ses émotions est l'une des conditions essentielles à la socialisation ».(1) Socialisation qui est quasiment de l'ordre de la « survie » à ces âges.

Ainsi, le corps nous semble un lieu de convergence de nombreuses hypothèses et théories concernant l'enfant, son identité, sa sociabilité. En cela, le corps immobile ou en mouvement comme dans son image est très probablement impliqué dans les situations de harcèlement par son exposition, son rôle et ses désordres. Dans ce travail, nous faisons donc l'hypothèse que harceleurs et harcelés présentent fréquemment des difficultés psychomotrices en comparaison des spectateurs que nous appellerons « neutres » dans cette étude.

Nous partons de l'hypothèse de N. Catheline qui considère que « chez la victime, le harceleur reconnaît la faille qu'il ne veut pas voir chez lui. Tous deux ont de nombreux points communs. Ils s'accommodent pourtant de leurs faiblesses de façon différente. Le harceleur pratique volontiers la dénégation (« je ne suis pas comme ça »), tandis que la victime pratique l'évitement (« je ne comprend pas pourquoi je subis ça »). Victime comme harceleur ont le plus souvent un point commun : ils se ressentent différents. Cette réalité, l'un la nie, l'autre l'évite. La différence qui les unit peut d'ailleurs être transitoire ».(1) Elle poursuit : « Le harceleur peut s'effrayer de percevoir une différence chez sa victime pouvant alors soulever chez lui des questions délicates et souvent troublantes, concernant son identité sexuelle par exemple ». Ce serait bien parce qu'il connaîtrait intimement cette faille qu'il pourrait la repérer chez l'autre et s'en moquer pour mieux la nier en lui. Alors le harceleur « combattrait » sa propre faille qui l'effraie en l'attaquant chez sa victime.(1) Pourrait-on dire, à la suite de N. Catheline, que la blessure narcissique du harceleur serait tellement douloureuse qu'au lieu de l'internaliser, comme pourrait le faire la potentielle victime de harcèlement, il doit la projeter vers l'extérieur ?

La faille chez le harceleur, a-t-elle été repérée par d'autres auparavant ? L'enfant harceleur a-t-il d'abord été victime ? Ainsi, H. Romano, docteur en psychologie et expert près les tribunaux, interrogée lors de la campagne de l'Education Nationale pour lutter contre le harcèlement, parle d'élèves harceleurs/harcelés. Ces enfants vont tenter de supporter cette blessure psychologique, le symptôme de la violence subie, par l'agir, en la projetant sur autrui. Ces élèves-là représentent selon elle, 10 % des profils de harceleurs.(32) Selon nous, ils viennent à eux seuls justifier l'idée d'une prise en charge commune de tous les impliqués dans les phénomènes de harcèlement en milieu scolaire. Un groupe de pairs serait l'occasion d'expériences positives en modifiant les représentations que les enfants ont d'eux-mêmes et des pairs et en s'essayant à des attitudes de coopération gratifiantes.

Le harcèlement est souvent lié à une dynamique de groupe bien particulière. Il engage des histoires individuelles et surtout des interactions entre les enfants. Le harcèlement est initié parfois par un élève appelé « meneur », meneur pour qui « la différence par rapport au groupe importe moins que la faiblesse perçue chez sa victime » selon N. Catheline.(1) Il s'agit souvent d'aménagement de la personnalité dit « pervers » qui chez un enfant et même un adolescent ne doit, selon nous, pas être

considéré comme définitif. Ces « meneurs » n'ont pas intégré la loi, ne présentent pas de culpabilité, n'intègrent pas encore la sanction. Ils ont beaucoup de plaisir à agir en intégrant le groupe et en agissant avec lui ; ils ont plus de mal à agir à titre individuel. Pour cette minorité de « meneurs », il est aussi nécessaire de les extraire de cette situation, éviter qu'il le *manage*, limiter leur action mais pas seulement. Cette qualité de meneur au sein du groupe pourrait être par exemple utilisée en groupe de parole ou autre avec médiateur. Il pourrait prendre plaisir à être autrement qu'un meneur de l'agression mais un meneur d'une autre dynamique. Nous pensons en effet, que ces enfants ont des capacités tout à fait classiques, et seraient très capables de s'inscrire dans le groupe différemment.

Depuis la prise de conscience du phénomène, les victimes sont au centre de l'attention comme le montrent les enquêtes de victimation. « A l'origine, se trouve la différence chez la future victime que le ou les agresseur(s) jugent dérangeante ». Leur objectif est alors qu'elle disparaisse de leur champ de vision. La différence avec le groupe peut être relative ou absolue, relative quand elle dépend plus du contexte ou de l'environnement ; absolue quand elle est une caractéristique de l'élève.(1) Le poids, la taille, les particularités physiques et vestimentaires sont fréquemment utilisés comme prétextes au harcèlement, plus que les troubles moteurs selon N. Catheline. De plus, les troubles psychologiques, affectifs, ou l'autisme semblent moins bien supportés par les pairs. Ces enfants maltraités par les pairs n'ont appris que ce mode relationnel, posture basse, et ne savent pas en sortir seuls. Ils perdent confiance en eux, ce qui génère une faible estime de soi, et les met en danger face aux autres élèves qui repèrent leur fragilité. Les adultes, soucieux de leur sort, posent des questions, protègent, et par leur inquiétude maintiennent chez l'enfant cette habitude de rester dans une position victimaire. Ces enfants peuvent même trouver un bénéfice secondaire à leur position, car ils ont la protection des adultes, protection à double tranchant. A nouveau, nous pensons à ce groupe de travail où les enfants victimes pourraient venir expérimenter d'autres modes de relation aux pairs. Se dessine pour eux aussi, le projet d'une prise en charge commune de tous les impliqués dans les phénomènes de harcèlement en milieu scolaire.

La situation de harcèlement implique non seulement harceleur et harcelé, mais aussi spectateur(s) ; c'est ce que P. Heinemann, psychiatre suédois s'appuyant sur les travaux de K. Lorenz cité plus haut, a appelé le *mobbing* dans les années 1960,

autrement dit « la meute ».(1) Dans cette dynamique de groupe, les enfants spectateurs, témoins, dits également « neutres » jouent un rôle clé dans la mesure où ils valident et cultivent le phénomène. Leur opposition permettrait de désamorcer la dynamique ; ce qui en fait des cibles à privilégier dans la prévention. Ainsi, une campagne de communication dans l'Education Nationale (2013) cible aussi les témoins : « La recherche et les expériences du terrain ont prouvé que c'est en les rendant acteurs de la prévention, en les faisant changer de regard et de position dans le groupe que le harcèlement diminuait » a déclaré la Ministre de l'Education Nationale Madame Najat Vallaud-Belkacem, lors de la présentation de la campagne de prévention.(32) Les enfants appelés « suiveurs » dans l'Education Nationale, ont peut-être l'inquiétude d'être seuls, ou d'être rejetés du groupe et, par conséquent se mettent du côté de celui qui leur semble le plus fort. Mais sans difficulté particulière, les suiveurs peuvent comprendre les enjeux, qu'un autre a été blessé et envisager alors une autre position.

Impliqués tels que harceleurs ; harcelés ; harceleurs/harcelés puis non-impliqués dits neutres, nous conviendrons d'utiliser ces termes dans la suite de notre travail.

Pour ces élèves englués dans ces phénomènes de harcèlement, il y a bien nécessité de pouvoir décoder les intentions d'autrui, distinguer les émotions, celles des autres et les leurs, lire les expressions faciales, être capable d'analyser les codes de la gestualité. Par là même, ils pourraient faire l'expérience d'un autre rapport à l'autre et changer de posture. Puissent-ils découvrir, à la faveur de groupes de parole, d'expression corporelle ou de jeux symboliques, ces conditions essentielles à la socialisation.

Le rôle du psychomotricien est, selon E. Pireyre, « d'accompagner son patient sur le chemin de la prise de conscience de ses sensations corporelles, de sa capacité à lâcher prise et d'être présent à soi-même, de ses émotions en relaxation ou dans le cadre d'exercices nécessitant la mise en situation corporelle ».(11) Ceci nous semble justifier l'intérêt de notre approche « corporelle » du trouble de la relation qu'est le phénomène de harcèlement en milieu scolaire.

Nous nous rappelons alors les mots de D. Anzieu : « toute pensée est une pensée du corps » et « l'être humain pense d'abord avec les pensées d'autrui ».(5)

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle prospective monocentrique qui s'est déroulée du 29 mars 2016 au 26 juillet 2016 au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, au sein de l'Unité de Recherche Clinique (URC) du Centre Hospitalier Henri Laborit.

I. Population

L'étude était proposée à tous les enfants scolarisés de 8 à 13 ans reçus en consultation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour la première fois, avec ou sans notion de harcèlement dans leur milieu scolaire. Ils étaient recrutés par les internes et les chefs de clinique assistants travaillant dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la Vienne. Une information sur les critères d'inclusion et de non-inclusion était exposée aux différents « recruteurs » après une sensibilisation concernant le harcèlement en milieu scolaire et ses conséquences.

Suite à l'accord de principe de l'enfant et de son (ou ses) parent(s), le consultant transmettait le nom de l'enfant et les coordonnées des parents par mail à l'un des évaluateurs pour que nous les rappelions et fixions une date d'inclusion. Chaque veille de rendez-vous un message était envoyé aux deux parents afin de rappeler la date et l'heure du rendez-vous.

Les critères d'inclusion permettaient la sélection d'enfants âgés de 8 à 13 ans, primo-consultants en Centre Médico-Psychologique (CMP) de la Vienne. Le représentant légal était informé par le consultant en CMP et avait consenti de façon libre et éclairée.

Les critères de non-inclusion s'appliquaient aux enfants de moins de 8 ans et ceux de 13 ans révolus, les enfants malades en situation d'urgence, en situation de carence ou de maltraitance graves, les enfants ne parlant pas couramment le français. N'étaient pas inclus dans l'étude les cas de refus de participation à l'étude par l'enfant et/ou son représentant légal.

II. Procédure

Trois internes inscrits au Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire (DESC) en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'étaient formés aux différents tests à réaliser. Les enfants étaient reçus avec le (ou les) parent(s) par deux des trois évaluateurs à l'URC. Lors d'un entretien individuel d'environ 1h30, l'enfant passait plusieurs tests, dont le questionnaire *Bully-Victim revised* et le test du dessin du bonhomme. Les autres éléments étaient un questionnaire sur l'empathie et des tests informatiques qui évaluaient le langage que nous n'exploitons pas dans ce travail. Pendant la passation des tests, l'examineur relevait quelques éléments cliniques (cf annexe 6). Une pause goûter était proposée à l'enfant toujours entre le deuxième test de langage et le dessin du bonhomme.

Le (ou les) parent(s) étaient reçus dans un autre bureau de l'URC pour le recueil du consentement, d'informations administratives, d'éléments d'anamnèse concernant notamment le développement psychomoteur de l'enfant (cf annexe 5). Puis, il répondait aux questionnaires de la *M-ABC* et du *Profil sensoriel - forme abrégée*.

Lors des entretiens, les évaluateurs rassuraient, explicitaient les différents éléments des tests voire reformulaient les questions.

A la fin, l'enfant était raccompagné auprès de son parent qui l'attendait dans la salle d'attente. Après une dernière question sur leurs ressentis, ils étaient remerciés.

Les deux évaluateurs présents cotaient alors le dessin du bonhomme et faisaient le recueil des données ensemble.

III. Méthodes d'évaluation

a. Questionnaire Agresseur/Victime révisé (rQBV)

Le premier élément de l'entretien était le Questionnaire Bully/Victime révisé (rQBV), questionnaire conçu par D. Olweus qu'il a révisé en 1996. Son adaptation française a été validée chez les adolescents de collège par V. Kubiszewski et al. en 2014 (33) et chez les enfants de 9 à 12 ans par Guilheri et al. en 2015.(26)

L'adaptation française de ce questionnaire peut être intitulée « Questionnaire Agresseur/Victime révisé ». Elle débute par une définition détaillée du phénomène de

harcèlement scolaire qui est lue avec l'enfant au début de l'entretien. Le sujet peut donner sa définition du harcèlement en milieu scolaire avant l'exposé, faire ses remarques et poser ses questions pendant ou à l'issue de cette description. Le questionnaire est composé de 18 items, répartis en deux parties de 9 items concernant les événements survenus lors des « 2-3 derniers mois ». La première partie « Victime » porte sur les agissements potentiellement subis par l'enfant en milieu scolaire. La deuxième partie « Agresseur » contient les items relatifs aux agissements potentiellement perpétrés. Pour chaque partie, le premier item est une question globale concernant ces agissements. Elle est suivie de sept items spécifiques portant chacun sur des agissements particuliers auquel l'enfant répond selon la fréquence de survenue. Le dernier item de chaque partie quantifie la durée de ces agissements allant jusqu'à plusieurs années, évaluant ainsi la gravité du phénomène de harcèlement.

Pour les 8 premiers items de chaque partie, la fréquence « 2 à 3 fois par mois » a été fixée par M.-E. Solberg et D. Olweus comme étant le seuil à retenir pour identifier qu'un enfant est impliqué dans une situation de harcèlement. Ainsi, cet instrument permet d'identifier quatre statuts : agresseur, victime, agresseur/victime et neutre. Le statut est déterminé par la fréquence maximale à laquelle un élève a été impliqué en tant que victime et/ou agresseur. Les enfants qui rapportent avoir uniquement subi ces agissements nuisibles « deux ou trois fois par mois » ou plus sont classés dans les victimes ; ceux qui rapportent avoir uniquement été auteurs de ces agissements nuisibles « deux ou trois fois par mois » ou plus sont classés dans les agresseurs ; les enfants qui déclarent avoir, à la fois, subi et été auteurs de ce type d'agressions « deux ou trois fois par mois » ou plus sont identifiés en tant qu'agresseurs/victimes et enfin, ceux qui rapportent une fréquence inférieure à « deux ou trois fois par mois » tant pour les items de la partie victime que pour ceux de la partie agresseur sont considérés comme neutres.

b. Questionnaire de la M-ABC

La *Batterie d'Evaluation du Mouvement chez l'Enfant (Movement Assessment Battery for Children M-ABC)* est destinée à évaluer les capacités psychomotrices des enfants de 4 à 12 ans et à préciser le contexte dans lequel elles apparaissent. Selon certains auteurs, même s'il ne semble pas exister de test spécifique, cette batterie serait

devenue le gold standard de l'évaluation des troubles d'acquisition de la coordination.(26) Elle est une des dérivées de l'échelle d'Oseretsky qui était initialement construite pour mesurer le degré de maladresse ou d'«idiotie motrice » de l'enfant. Il y eut dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, plusieurs révisions ou adaptations dont le *Test Of Motor Impairment* (TOMI, Stott et al., 1972). La *batterie M-ABC* est le résultat d'une restructuration du TOMI en trois grandes catégories : dextérité manuelle, maîtrise de balles, équilibre statique et dynamique, selon le manuel la décrivant.

La *batterie de test M-ABC* apprécie la dégradation de la performance motrice : les scores les plus élevés sont les plus pathologiques. Selon J.-M. Albaret, elle permet de répondre au critère A de la définition en pratique clinique du DSM V. Pour cet auteur, le questionnaire a cette fonction d'apprécier le critère B, c'est-à-dire l'interférence du déficit avec les activités de la vie courante. (J.-M. Albaret et Y. Chaix, 2015) Le questionnaire utilisé dans notre étude est issu de la *batterie M-ABC*. Construit pour les enseignants, les parents et tout spécialiste de l'enfance, il a trouvé son origine dans les travaux de J. Keogh où participèrent enseignants et auteurs spécialistes du développement moteur. Les items de cette version reflétaient les activités le plus souvent observées dans le milieu scolaire. Ce questionnaire avait permis d'obtenir un grand nombre d'informations sur la nature et la fréquence des difficultés de mouvement chez l'enfant ainsi que sur la façon dont les enseignants perçoivent ces problèmes (Keogh et al., 1979). Il comporte trois parties : activités scolaires, activités de cour de récréation, comportements liés au mouvement. Bien que ce questionnaire se soit révélé être un outil de grande valeur au cours des années, son utilité pour mettre en place une prise en charge était limitée. C'est pour cette raison que D.-A. Sudgen s'est orienté vers une analyse théorique de l'individu en tant qu'acteur dans un contexte de mouvement. Ceci impliquait une classification du mouvement selon les relations individu/environnement. Les items ont été créés pour être au plus près de cette classification.

L'hétéro-questionnaire de la *M-ABC* est donc destiné à un proche de l'enfant (parent ou enseignant) dans le but d'explorer les activités motrices de la vie quotidienne. Il est édité et commercialisé par *Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée* (ECPA) ne permettant pas la publication du questionnaire dans les annexes de notre travail. Le questionnaire permet de dépister les troubles de la motricité dans un certain degré par rapport à la norme. Il comprend 48 questions réparties en quatre

sections suivant le type d'interaction entre l'enfant et l'environnement et 12 questions relatives aux problèmes comportementaux en lien avec les difficultés motrices. Les deux premières sections qui explorent l'enfant immobile puis en mouvement dans un environnement stable, évaluent en quelque sorte le contrôle de soi. Les sections 3 et 4 concernent le contrôle de l'environnement, celui-ci changeant alors que l'enfant est immobile puis en mouvement.

L'étalonnage de la version française n'a pas pu être rempli par les enseignants et a donc été rempli par les parents de 160 enfants, âgés de 4 à 10 ans. A noter que la version issue de l'étude du Royaume-Uni utilise une rubrique « 9 ans et plus » pour moyennes et écart types. Par analogie, nous mentionnerons « 10 ans et plus », extrapolant également que les acquis à 10 ans concernant le questionnaire resteront les mêmes à jusqu'à 13 ans.

c. Profil sensoriel - forme abrégée

Le *Profil sensoriel* est un hétéro-questionnaire qui s'appuie sur la théorie de l'intégration sensorielle expliquant les comportements de l'enfant par l'interprétation de sa capacité d'intégration des stimuli sensoriels. Il s'agit d'un questionnaire de 125 questions décrivant ses comportements face à diverses situations de la vie quotidienne. Il est rempli par le parent ou la personne s'occupant habituellement de l'enfant qui indique la fréquence de ces divers comportements.

La version abrégée de ce questionnaire, que nous avons utilisée, est conçue pour cibler la modulation sensorielle. Elle est particulièrement adaptée aux situations de dépistage. Elle comprend 38 questions issues de la forme longue et a nécessité un remodelage des sections qui sont passées de 14 à 7. Ces 7 sections explorent la sensibilité tactile, la sensibilité au goût et à l'odorat, la sensibilité au mouvement, l'hyporéactivité et la recherche de sensations, le filtrage auditif, le manque d'énergie et enfin la sensibilité visuelle et auditive.(35)

Les items sont rédigés de manière qualifiée de « négative », de sorte qu'un comportement plus fréquent soit indésirable. Pour la cotation, des notes basses sont attribuées à des comportements fréquents : ainsi, les enfants reçoivent des notes basses pour une performance indésirable et les notes plus élevées pour une performance désirable.(35) On obtient alors pour la note totale et pour chaque section des notes

brutes caractérisant la performance de l'enfant en « performance typique », ou dénotant une « différence probable » ou une « différence avérée ». Les résultats permettent d'évaluer l'impact du traitement sensoriel sur la performance de l'enfant.

d. Test du dessin du bonhomme

Le test du dessin du bonhomme fait partie de l'évaluation psychologique depuis de nombreuses années. Simple, il nécessite une feuille blanche et un crayon à papier. Il est demandé à l'enfant de dessiner un bonhomme. « Fais le meilleur que tu peux. Prends ton temps et travaille du mieux possible ». On peut encourager l'enfant, mais, en aucun cas, on ne peut l'influencer. Il est également important d'éviter toute suggestion (livre ou illustration dans la salle d'entretien). A toute question, on répond invariablement : « Fais comme tu veux ». C'est une évaluation quantitative qui utilise une grille de cotation sur 51 points. Le score obtenu est, grâce à des normes établies par F. Goodenough, converti en âge mental (AM). L'âge réel est obtenu en soustrayant la date de naissance à la date de la consultation. Tout en calculant le QI en rapportant l'âge réel à l'âge mental, comme le suggère F. Goodenough, nous avons comparé leur écart et observer si la différence était significative.

Pour l'évaluation du travail de l'enfant nous avons au préalable effectué un entraînement commun, à l'aveugle, des trois expérimentateurs sur la cotation du test du dessin du bonhomme à partir de 10 dessins. Les dessins ont été trouvés sur internet ou lors de notre pratique. L'écart entre les cotations des trois expérimentateurs n'excédait pas 10 % (soit 5 points sur 51 possibles) et était même inférieur ou égal à 2 points donc même en-deçà de 5 %.

Fréquemment utilisé et depuis longtemps, le test du dessin du bonhomme comporte des anomalies chez les enfants dyspraxiques ; le dessin est pauvre, de dimension plus réduite. J.-M. Albaret rapporte une étude de Benett et Henderson (1992) comparant les performances de deux groupes de 42 enfants (« normaux » et « maladroits ») de 5 à 13 ans au dessin du bonhomme à l'aide de l'échelle de F. Goodenough-Harris et des 4 composantes de O'Connor et Hermelin (contrôle moteur et coordination, représentation des proportions, description puis détails des parties du corps). Les enfants diffèrent de façon significative dans les 4 composantes avec la différence la plus grande dans les items correspondant au contrôle moteur. Il existe un

rapport étroit entre la gravité des incoordinations et le score faible au dessin du bonhomme. Le dessin est irrégulier avec parfois l'observation d'un tremblement, les formes sont incomplètes, les lignes ne s'arrêtent pas clairement aux points de jonction et la pression est irrégulière.(36)

e. Observations qualitatives

Le faible nombre de patients envisagé nous a conduit à prévoir une observation clinique, pour appuyer cette étude préalable à un travail ultérieur. Elle permet une approche plus globale des difficultés psychomotrices regroupant schématiquement difficultés praxiques, troubles du comportement, de l'intégration sensorielle et de l'image corporelle.

Les observations cliniques avaient pour but d'identifier des éléments saillants. Nous avons effectué pour cela un recueil d'informations cliniques par l'évaluateur pendant la réalisation du dessin puis lors de la cotation. On relevait notamment l'investissement de certaines parties du corps (par exemple les membres), des organes de relations sensorielles (oreilles, yeux) mais aussi le nécessité de gommer, de revenir sur certaines parties.

Cette analyse se déroulait dans un second temps : chaque dossier était soumis en aveugle à une psychomotricienne diplômée d'état du Centre Henri Laborit de Poitiers. Les questionnaires de la *M-ABC* et du *Profil sensoriel – forme abrégée* lui étaient présentés avec le dessin du bonhomme et les renseignements cliniques ainsi que l'anamnèse recueillie auprès des parents. Cette « expertise » avait pour but de mettre en évidence une évaluation psychomotrice et psycho-affective de l'enfant par une professionnelle habituée à la manipulation de ces différents tests. Les éléments d'anamnèse, notamment le rythme des acquisitions motrices, ainsi que les éléments cliniques avec la mobilité pendant l'entretien, étaient utilisés. Nous relevions pour chaque test des éléments psychopathologiques et psychomoteurs généraux.

A la fin de son analyse, la psychomotricienne formulait une ou plusieurs hypothèse(s) sur le statut possible de l'enfant en matière de harcèlement. Nous les notions ainsi que les éléments ayant favorisé son choix.

IV. Considérations éthiques

Le projet de recherche a été présenté au Comité d'éthique du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers qui a émis un avis favorable lors de la session du 23 mars 2016.

L'identité de chaque patient était protégée par la génération d'un identifiant associant les initiales et le numéro d'inclusion. Le traitement des données se faisait avec ces identifiants permettant de respecter la confidentialité.

V. Méthodes statistiques

La taille de l'échantillon recherchée était de 30 patients.

Les données recueillies lors des entretiens ont été résumées pour l'ensemble des patients. Les variables quantitatives ont été résumées par les paramètres classiques de la statistique descriptive : médiane, valeurs extrêmes, moyenne et écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif de chaque modalité. Une analyse descriptive a été réalisée selon le même principe pour les données recueillies lors de chaque test.

L'analyse de la relation entre le Questionnaire agresseur/victime et les différentes variables qualitatives s'est faite à l'aide d'un test du Chi2 ou d'un test exact de Fisher si les effectifs étaient inférieurs à 5. Du fait du faible nombre de patients enregistrés la comparaison des variables quantitatives entre le groupe de participants « neutres » et le groupe de patients « impliqués » a été réalisée à l'aide d'un test non paramétrique de Mann-Whitney. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 pour l'ensemble des tests.

RÉSULTATS

I. Echantillon

Vingt-quatre enfants, ainsi que leurs représentants légaux, ont accepté de participer à l'étude. L'échantillon se compose d'enfants âgés de 8 ans et 6 mois à 12 ans et 8 mois scolarisés de la 2^{ème} année de cours élémentaire (CE2) à la classe de 5^{ème} au collège. Tous habitaient dans le département de la Vienne.

L'origine sociogéographique des participants est hétérogène : 62,5 % des enfants sont issus de zones rurales ; 37,5 % proviennent de zones urbaines.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population :

Démographie	Neutres N = 5	Impliqués N = 19	Statistiques
Sexe (H/F)	2 / 3	12 / 7	Ø
Âges (m +/- σ)	9,3 +/- 1	9,8 +/- 1	p = 0,367
Latéralité (D/G)	3 / 2	18 / 1	Ø
Statut parental (couple / séparés)	4 / 1	11 / 8	Ø

H= homme ; F= femme ; M= moyenne ; σ = écart-type ; D= droitier ; G= gaucher

Nous n'avons pas observé de différence significative dans la répartition des âges entre les enfants neutres et ceux impliqués dans des phénomènes de harcèlement.

II. Analyse statistique

Le taux de patient impliqués dans une situation de harcèlement était de 79 % (19/24) avec 8 % (2/24) de harceleurs, 38 % (9/24) de harcelés et 33 % (8/24) de harceleurs/harcelés. Les neutres représentaient donc 21 % (5/24) des enfants de notre population.

Les tests non-paramétriques étaient utilisés pour comparer les résultats des tests et questionnaires en fonction du statut attribué par le *rQBV*. Il ne montraient aucune différence significative.

Nous avons repris chacune des épreuves dans les tableaux 2, 3 et 4, en décrivant chaque sous-analyse ou sous-partie.

a. Questionnaire de la M-ABC

Tableau 2 : Résultats et statistiques au *Questionnaire de la M-ABC*

M-ABC	Neutres N = 5	Impliqués N = 19	Statistiques
Score total (m +/- σ)	31,2 +/- 13	25,1 +/- 19,1	p = 0,367 (NS)
Section 1 (m +/- σ)	7 +/- 3,3	5,4 +/- 4,1	p = 0,331 (NS)
Section 2 (m +/- σ)	5,2 +/- 4,6	6,4 +/- 6,1	p = 0,783 (NS)
S1 + S2 (m +/- σ)	12,2 +/- 7,5	11,7 +/- 8,8	p = 0,836 (NS)
Section 3 (m +/- σ)	10,6 +/- 5,1	7,3 +/- 6,1	p = 0,183 (NS)
Section 4 (m +/- σ)	8,8 +/- 3,5	6 +/- 5,4	p = 0,103 (NS)
S3 + S4 (m +/- σ)	19,4 +/- 7,8	13,3 +/- 11,1	p = 0,103 (NS)
Section 5	11,6 +/- 7	10 +/- 3,6	p = 0,489 (NS)

m = moyenne ; σ = écart-type ; S = section

Dans notre étude, le questionnaire de la M-ABC ne permet pas d'observer statistiquement de différence significative. La différence visuelle entre les deux groupes d'enfants, leurs moyennes et écarts-types, n'est pas manifeste. Nous nous contentons donc de constater deux tendances statistiques concernant les résultats à la section 4 et à la somme des sections 3 et 4. Selon la première tendance, les enfants impliqués auraient plus d'aptitudes motrices que les neutres lorsqu'ils sont en mouvement dans un environnement changeant. Selon la deuxième tendance, les harceleurs et/ou harcelés auraient de meilleures capacités lorsque l'environnement est changeant, quelque soit la motilité de l'enfant.

b. Profil sensoriel – forme abrégée

Tableau 3 : Résultats et statistiques au *Profil sensoriel – forme abrégée* (ProSens)

PROSENS	Neutres N = 5	Impliqués N = 19	Statistiques
Total (m +/- σ)	162,2 +/- 15,3	156,1 +/- 17,6	p = 0,534 (NS)
Sensibilité tactile (m +/- σ)	32,2 +/- 2,7	31,3 +/- 3	p = 0,534 (NS)
Sensibilité goût/odorat (m +/- σ)	19,8 +/- 0,9	17,42 +/- 4,1	p = 0,183 (NS)
Sensibilité au mouvement (m +/- σ)	14,6 +/- 0,9	12,7 +/- 2,5	p = 0,103 (NS)
Réactivité/ Recherche de sensation (m +/- σ)	25,6 +/- 7,2	25,8 +/- 4,8	p = 0,891 (NS)
Filtrage auditif (m +/- σ)	19,8 +/- 5,7	21,3 +/- 4,7	p = 0,581 (NS)
Manque d'énergie/faible (m +/- σ)	28,8 +/- 1,3	26,6 +/- 3,5	p = 0,208 (NS)
Sensibilité visuelle/auditive (m +/- σ)	22,4 +/- 3,7	21 +/- 3,6	p = 0,446 (NS)

m = moyenne ; σ = écart-type ; NS = non significatif

Dans les domaines explorés par le *Profil sensoriel – forme abrégée*, que ce soit la note totale ou les notes brutes des sous-sections, il n'y a pas de différence significative dans la comparaison entre enfants neutres et enfants impliqués. Nos constatations se limitent, là encore, à une tendance concernant la *Sensibilité au mouvement* qui serait plus « dégradée » chez les enfants appartenant à la catégorie harceleurs/harcelés.

c. Test du dessin du bonhomme

Tableau 4 : Résultats et statistiques au test du dessin du bonhomme (BHM)

BHM	Neutres N = 5	Impliqués N = 19	Statistiques
Score (m +/- σ)	27 +/- 6,9	25,3 +/- 6,4	p = 0,629 (NS)
Différence : âge mental – âge réel (m +/- σ)	-2 +/- 5,3	-5,5 +/- 7,7	p = 0,367 (NS)
QI (m +/- σ)	96 +/- 13	87 +/- 18	p = 0,367 (NS)

m = moyenne ; σ = écart-type ; QI = quotient intellectuel ; NS = non significatif

Aucun des paramètres explorés dans le test du dessin du bonhomme, utilisant les normes de F. Goodenough, ne révèle de différence dans notre étude. Aucune significativité statistique n'est apparue, ni même de tendance observable visuellement ou par l'intermédiaire des valeurs des *p*. On note simplement que les moyennes des scores bruts, de la différence par rapport à une norme ou encore du QI sont inférieures chez les patients impliqués. Pour chacune de ces valeurs, l'écart-type est trop conséquent pour y voir une quelconque indication.

Il s'agit ici de comparer les enfants neutres et les enfants impliqués dans des phénomènes de harcèlement lors des 2-3 derniers mois. Nous avons également, par les mêmes tests statistiques, comparé les 4 types de sujets que différenciaient notre questionnaire sur le harcèlement (*rQBV*). Il s'avère qu'entre chaque catégorie, neutres, harcelés, harceleurs, et harceleurs/harcelés, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative, ni même de tendance, concernant les caractéristiques démographiques ou concernant nos trois tests explorant la *dimension sensori-perceptivo-motrice et affective*.

III. Observations qualitatives

L'analyse qualitative réalisée avec la psychomotricienne n'a pas permis de révéler de spécificités concernant les trois épreuves entreprises. En effet, selon le « statut » de l'enfant, il n'y avait pas de « profil » type, ni même d'éléments par lesquels notre collègue pouvait classer l'enfant dans une catégorie avec certitude.

Tout d'abord, si l'on compare la population selon 2 catégories (neutres et impliqués), l'analyse des différents dossiers a permis à la psychomotricienne de répartir 16 enfants dans la bonne catégorie, contre 8 erreurs. Si on répartit en 4 catégories (neutres, harcelés, harceleurs et harceleurs/harcelés), elle a trouvé la catégorie exacte de l'enfant dans 7 cas. Pour 7 autres cas, elle émettait 2 hypothèses, et l'une se trouvait vérifiée. Elle n'a formulé qu'une hypothèse partielle, pour 5 cas, tous harceleurs/harcelés. Enfin, 5 suppositions étaient erronées. (tableau 5)

Le dénominateur commun des observations semble être l'hétérogénéité des constatations entre les différentes épreuves. Cette hétérogénéité est exemplaire entre le questionnaire de la M-ABC révélant parfois de bonnes capacités instrumentales contrastant avec un dessin du bonhomme très peu incarné ou présentant une certaine rigidité. Aucune caractéristique et aucune épreuve ne paraissait « décisive » dans l'attribution du statut par la psychomotricienne.

a. M-ABC et Profil sensoriel

Nous avons cherché à observer plusieurs paramètres concernant la motricité et l'intégration sensorielle. La stabilité ou le contrôle corporel général ne semblait pas visuellement différents entre neutres et impliqués.

A propos du questionnaire de la M-ABC, nous remarquons que les difficultés instrumentales ne conditionnent pas les troubles du comportement. Dans les items comportementaux de la M-ABC (section 5), l'*hyperactivité* caractérisait plusieurs enfants mais de toutes les catégories. Par contre, l'*impulsivité*, « commence avant la fin des consignes ; ne supporte pas les détails », était « réservée » aux enfants impliqués dans des phénomènes de harcèlement : en effet, 8 d'entre eux présentaient cette facette (8/19) contre aucun neutre. De même l'*état de tension* : « se montre nerveux, tremble ; tripote

de petits objets, devient agité dans une situation stressante » caractérisent, selon leurs parents, 8 patients harceleurs et/ou harcelés (8/19) pour 1 neutre (1/5). Par ailleurs, l'*hypervigilance*, explorée par le *Profil sensoriel*, était retrouvée chez 2 enfants harcelés, dont un était également harceleur, mais pour aucun neutre. La *sensibilité au mouvement* ne semblait pas spécifiquement représentée dans un des groupes.

Au sein des patients présentant des résultats ordinaires au questionnaire de la *M-ABC* ainsi qu'au *Profil sensoriel – forme abrégée*, la représentation des harcelés semblait plus importante (N = 4) pour 1 harceleur et 1 « neutre ».

On observait également au questionnaire de la *M-ABC* des situations où des troubles praxiques ne correspondaient pas à des difficultés comportementales et vice versa. En effet, pour 1 enfant (harcelé) les difficultés praxiques n'étaient pas associées à un trouble du comportement tandis que pour 9 enfants, aux statuts hétérogènes, l'absence de difficultés psychomotrices notables n'empêchait pas les troubles du comportement.

b. Dessin du bonhomme

Nous avons constaté que pour tous les dessins du bonhomme réalisés par les enfants neutres, les mentions « incarné » ou « personnalisé » étaient utilisées par la psychomotricienne. Les caractéristiques « rigidité », « corps global » ou « enveloppe globale », comme d'ailleurs la mention « corps désaxé », n'ont été relevées pour aucun dessin d'enfant neutre.

Des caractéristiques du dessin traduisant une certaine agressivité : présence d'une arme, partie corporelle en forme d'arme (exemple : pieds en forme de « missiles » chez patient numéro 15), dents apparentes, présentes et/ou serrées, ne se retrouvaient dans aucun dessin d'enfant neutre alors qu'on les rencontrait dans les dessins de 7 enfants impliqués (7/19). La présence d'une arme, de dents très visibles montrent une certaine agressivité, plus ou moins contenue, plus ou moins défensive selon la psychomotricienne.

De plus, certains organes essentiels à la relation (oreilles, yeux, bras) pouvaient manquer dans les dessins d'enfants impliqués (8 d'entre eux) mais dans aucun dessin des enfants « neutres ».

Tableaux 5 : Observations pratiques et cliniques des enfants (numérotés de 1 à 24).

N°	M-ABC	Profil sensoriel	Dessin du bonhomme	Synthèse Hypothèse => rQBV
01	Toute-puissance C : Bouleversé par l'échec => Fragilité narcissique	Difficultés sensibilité goût/odorat Trouble de l'oralité : tout- sensoriel de la mère	Tracé pas assuré Rigidité corporelle / géant Oralité => dents et bouche : agressivité, domination	Difficultés à accepter la contrainte / agressivité H ? => H + h
02	Stabilité difficile lorsque il est immobile C : Hyperactivité	Hypervigilance Instabilité Excitabilité	Enveloppe globale Personnage incarné Mais sur patins à roulette	Le mouvement permet la stabilité H + h ? => H + h
03	Contrôle difficile si environnement changeant C : passivité, bouleversé par l'échec, tendu et impulsivité	Maladresse Hypotone Emission de bruits : pour se sentir exister ?	« Super héros » Masque Arme Appliqué	Contrôle corps / attention mal assuré ; Compensation ? H ? => H + h
04	Conforme C : occasionnels => sans être envahissants	Pas d'anxiété perçue Hypervigilant Bruits : pour se sentir exister	Peu incarné, manque de vie Pas ancré sur la page Cloisonnement des parties Rigidité	Conformité globale N ou h ? => h
05	Besoin d'être en mouvement C : - hyperactivité - sous-estime capacités - distractibilité	Anxiété dans les soins corporels Sensibilité au mouvement => porosité émotionnelle	« Feu dans la tête » Peu incarné (androgyné) Pieds mal ancrés Dents, masque = agressivité Réalisation succincte	Enveloppe pas sécurisante H + h ? => H
06	Conforme C : occasionnellement distract	Sans particularité	Incarné Figuration fluide, « mignoné » « Lévitacion »	Sphère cognitive mieux investie N ? => N
07	Conforme C : tendu, impulsif, distract = non liés à des difficultés praxiques	Distractible/Filtrage auditif/Hypervigilance : sensitivité face aux infos Pas d'anxiété	Incarné Graphisme pauvre Pas d'oreille Certaine popularité ?	Instabilité psycho- affective N ou H ? => H + h
08	Organisation dans l'espace difficile C : Passive, Distracte, Sous-estime ses capacités	Cherche réassurance Parasitage auditif Difficultés instrumentales et dans le contrôle corporel	Incarné Bon ancrage Désaxé = appréhension de la représentation du corps dans l'enveloppe	Hétérogène H ou N ? => N

N°	M-ABC	Profil Sensoriel	Dessin du bonhomme	Synthèse ; hypothèse => rQBV
09	Conforme C : occasionnellement tendue, distraite	Bonne intégration	Incarné, adultomorphe Stabilité Pas d'oreille	« Miss parfaite » N ? ou h ? => h
10	Conforme C : Tendu, Impulsif, Distrait	Sans agitation particulière au niveau intégratif	Incarné Arme + dent : agressivité Ni oreille, ni nez	Le contrôle praxique ne suffit pas à contenir H + h ? => h
11	Motricité et coordination difficiles C : Tendu, Impulsif, Distrait, Sous-estime Désorganisé/Confus	Hyperactivité Pas de filtrage auditif Instabilité, trouble attention	Peu incarné Peu ancré / peu d'appuis Corps global Arme + dents : agressivité Ni oreille, ni nez	Pas très sécure car passe par le mouvement H ? => H + h
12	Difficultés en sport C : mixte : hyperactif et passif ; distraite	Hyporéactivité + recherche de sensation ; besoin d'info tactiles, problème hygiène	Incarné / Expression sereine Bon ancrage Taille impressionnante Maladroit	« on / off » N ? => N
13	Contrôle corporel et instrumental compliqué C : distraite, tendue, sous- estime mais hyperactive	Défaut filtrage auditif Recherche mouvement Régulation du tonus délicate	Incarné / Contextualisation Enveloppe globale Oreilles volumineuses Détails	Hypersensibilité h ? => h
14	Instabilité quand rien ne bouge C : hyperactif ; Distraite	Sensibilité de l'enveloppe Filtrage auditif ; Sensibilité goût et odorat	Incarné Enveloppe globale Pas d'oreille	Comment gérer son corps dans l'espace ? h ? ou N ? => h
15	Conforme ; légère difficulté motricité fine C : pas de profil actif ; manque persévérance	Fatigabilité / Recherche de sensation / Filtrage auditif => Hypersensibilité	Incarné Rigidité / très global Arme + pieds (forme d'obus) Pas d'oreille	Compensation intellectuelle ? H ? => h
16	Difficulté coordination visuo-motrice C : Distrait	Distractibilité Question du tonus = manque d'énergie	Incarné / Scénarisation Gommages peu précis Investissement de l'écriture	Parcours de vie plus complexe que l'aspect développemental N ? => h
17	Conforme C : Faible estime capacités ; Manque de persévérance	Bonne intégration sensorielle	Neutralité Représentation globale Ouvert sur le monde : visage joyeux, grandes oreilles mais corps « tonneau »	Défendu contre affect dépressif ? N ? => H + h

N°	M-ABC	Profil sensoriel	Dessin du bonhomme	Synthèse ; Hypothèse => rQBV
18	Instabilité posturale Maladresse globale C : Timide, Passif, Impulsif, Distrait, Bouleversé par l'échec	Vulnérabilité par rapport à l'environnement : Sensibilité au mouvement + visuelle et auditive Filtrage auditif faible	Incarné « Super héroïne » + nombril : idéalisation Recherche de détails Pas d'oreille	Agitation sur un mode un peu passif ; Idéalisation face aux difficultés du quotidien h ? => H + h
19	Motricité fine et contrôle postural compliqués quand il est statique C : tendu, désorganisé/confus	Sans particularité	Incarné / Bien ancré Extrémités grossières Oreilles volumineuses Détails du visage mais absence du regard	S'organise dans le mouvement H ? => h
20	Contrôle corporel (global et fin) instable Sans incapacité C : Impulsive Faible estime	Retentissement instabilité = Sensibilité visuelle et auditive / recherche sensations / Fatigabilité = porosité	Traits mal assurés surtout autour de l'enveloppe « Petit caïd » / Incarné Corps désaxé, tête importante	Dépendant de l'environnement H + h ? => H + h
21	Absence de difficultés instrumentales C : Hyperactivité, Impulsivité, Distrait, Désorganisé/Confus, Bouleversé par l'échec	Profil sensitif Excitabilité : sensibilité bruits et mouvements Absence de filtrage auditif Contenance difficile	Tête incarnée mais corps global Grand sourire : défensif ? Pauvre en dehors des lunettes	Régulation émotionnelle difficile ; Dépend de l'environnement H + h ? => N
22	Conforme C : Tendu, Sous estime = dépressivité ?	Petites fragilités : mouvement, filtrage auditif, manque d'énergie	Bien ancré voire « planté » Ambiguïté émotionnelle Pas de bras	Maîtrise mais sensibilité h ? => h
23	Conforme Mais C : Hyperactif, Tendu, Distrait, Sous-estime Désorganisé/Confus,	Sensibilité au mouvement, visuelle et auditive Pas de filtrage auditif => difficulté à fixer l'attention	Incarné Traits pas affirmés : anxiété ou effet de style Corps désaxé « Androgyne »	Image du corps renvoie un côté sensitif N ou h ? => N
24	Conforme C : Impulsivité, Distractibilité	Recherche de sensations	Pas incarné / Pas d'ancrage Pauvreté, corps global Dents serrées : agressivité Membres « allumettes »	Dimension sensitive sans difficultés instrumentales H ? => H

C = troubles du comportements ; H = harceleur ; h = harcelé ; N = neutre.

DISCUSSION

I. Résultats principaux et leurs implications

a. Analyse quantitative

La première constatation lors de l'analyse des résultats a été la proportion largement majoritaire de patients impliqués dans des situations de harcèlement. Il est probable que ce soit favorisé par le caractère clinique de notre population. Ceci, sans que nous considérions le harcèlement du domaine de la pathologie, loin de là, mais plutôt, parce que la vulnérabilité à subir les mouvements du groupe de pairs et/ou son retentissement peuvent favoriser, selon nous, une consultation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

L'apport quantitatif de notre étude est limité, faute d'un effectif suffisant ; il en résulte une puissance statistique faible. On peut aussi interroger la difficulté liée à nos moyens d'évaluation du développement psychomoteur. N'étant pas à vocation diagnostique, ils ne permettent pas une réponse claire mais dépendent plus de l'interprétation, notamment pour le test du dessin du bonhomme. Il s'agit là d'un des problèmes de la recherche clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. En effet, la validité des catégories nosographiques est trop floue à cause de la variété des sources et du peu de consensus. Les validités discriminante et prédictive trop faibles rendent les recherches plus incertaines. L'objectif de dépistage des troubles psychomoteurs n'en était que plus indécis et nécessiterait une population plus importante, nettement supérieure à la centaine.

Cependant, l'analyse statistique a permis d'observer quelques tendances ne permettant pas de conclure mais sur lesquelles pourraient s'appuyer des projets de recherche ultérieurs. Tout d'abord, l'addition des sections 3 et 4 du questionnaire de la *M-ABC* montrerait que les harceleurs et/ou harcelés auraient de meilleures capacités lorsque l'environnement est changeant. En se rappelant qu'une note faible à ce questionnaire est conforme, on constate que la moyenne des notes obtenues par les impliqués est inférieure de plus de 5 points à celle des neutres (pour un score total possible de 72). La vérification de cette tendance mettrait en valeur l'habileté des

enfants impliqués dans le mouvement voire dans l'agitation ambiante. L'autre tendance montrerait chez les enfants impliqués plus d'aptitudes motrices, notamment proprioceptives, que chez les enfants neutres lorsqu'ils sont en action dans un environnement dynamique voire agité. Ce postulat s'appuie sur une moyenne de presque 3 points inférieure à celle des neutres (score total possible de 36). La question du mouvement voire de l'agitation confirmerait l'idée d'un malaise face à l'ordre social, cadre contraignant. Ceci doit interpeller éducateurs et psychothérapeutes, car ce malaise peut traduire une angoisse de l'élève mais aussi du groupe. Si on admet que le phénomène de harcèlement a pu naître de la rencontre d'enfants mis dans une situation particulière, alors on émet l'hypothèse que l'accompagnement de ces élèves peut se faire en activité de groupe afin de mettre en mots et/ou en scène les mouvements du corps nés de cette angoisse collective. On offrirait alors l'occasion de déconstruire ensemble ce phénomène de débordement. Eloigner le harceleur et le harcelé du groupe ne permet peut-être pas à ces enfants de sortir de leur mode relationnel. Protéger ainsi le harcelé maintiendrait chez l'enfant cette habitude d'une position victimaire. Isoler le harceleur l'empêcherait certainement de *manager* un groupe, mais ne lui offrirait pas l'occasion de découvrir un autre rôle positif à tenir parmi ses pairs. Cette remarque n'exclut pas une prise en charge individuelle, car ces blessures psychologiques nécessitent des soins différenciés pour chacun.

La tendance statistique observée lors de l'analyse des résultats au *Profil sensoriel – forme abrégée* montrerait une différence dans la *sensibilité au mouvement*. Les patients neutres présenteraient alors une meilleure perception de leurs mouvements que les enfants impliqués. On relève une différence de quasiment 2 points sur un maximum possible de 15 points, sachant qu'un score élevé était le signe d'une sensorialité efficiente. Cette différence supposée semble aller dans le sens d'une intégration sensorielle plus approximative des enfants impliqués dans les phénomènes de harcèlement. En extrapolant, cette observation pourrait être illustrée par les bousculades, sans réelle maîtrise perceptive et émotionnelle. Dans ces situations, la perception différente de leur corps en mouvement pourrait distordre la capacité communicationnelle du corps. Or, on l'a vu, la lecture de ses propres mouvements est en étroite relation avec l'interprétation des mouvements d'autrui, comme l'a introduit J. de Ajuriaguerra. Il se pourrait donc que cette *sensibilité au mouvement* soit un élément

important de la relation à l'autre ; ses désordres alimenteraient donc les conflits inhérents à la vie en groupe. On l'observerait particulièrement dans un groupe d'enfants où la verbalisation peut encore être immature.

Malgré l'absence de significativité des analyses statistiques, notre travail a le mérite d'aborder deux domaines - harcèlement et troubles psychomoteurs - rarement associés en matière de recherche. Et ceci, notamment en France, où la psychomotricité profite pourtant d'une place et d'un développement particuliers.

b. Données qualitatives

Les observations qualitatives par une professionnelle expérimentée, devaient permettre une approche plus globale du phénomène de harcèlement. Paradoxalement, elle a également permis une approche dimensionnelle dans ses facettes sensori-motrices et affectives. Sans faire autant de liens que nous aurions voulu, nous avons pu constater plus de variations entre impliqués et neutres qu'entre harceleurs et harcelés. Les facettes d'*impulsivité* et d'*hypervigilance* de la partie comportementale (section 5) de la *M-ABC*, représentées uniquement chez les enfants impliqués, vont dans le sens d'habiletés exacerbées voire même d'une nécessité de mouvement, de désordre pour obtenir une certaine stabilité. Par ailleurs, l'*état de tension*, sur-représenté chez les impliqués, exprimerait un état de base « en alerte » pouvant favoriser le phénomène de harcèlement entre pairs. On pourrait aussi envisager cet état comme une conséquence du harcèlement.

On a observé que l'instrumental ne conditionnait pas forcément le comportemental, ce que nous montre le *questionnaire de la M-ABC* avec fréquemment une « dissociation » entre les 4 premières sections explorant les capacités instrumentales, et la cinquième décrivant les aspects tonico-émotionnels et comportementaux.

Les caractéristiques perceptives comme la *sensibilité au mouvement* et le *filtrage auditif* du *Profil sensoriel*, ou encore les éléments figuratifs tels que la personification ou l'agressivité représentée dans le dessin du bonhomme se révèlent lors de cette observation détaillée. Selon la psychomotricienne associée à l'étude, le *Profil sensoriel* confirme souvent l'hyperactivité et/ou les troubles attentionnels d'un enfant. Ce sont autant de domaines qui permettraient, s'ils se confirmaient, une distinction entre les

enfants impliqués et les neutres. Ces facettes pourraient être explorées auprès de populations plus importantes pour mieux percevoir le phénomène de harcèlement. Alors, pourrait-on signaler des différences mais aussi, comme nous le pensons, des ressemblances entre harceleurs et harcelés.

L'*aspect relationnel* de l'image corporelle, décrit plus haut par J.-D. Nasio, explique que l'élaboration de l'image du corps ne se fait que dans un rapport d'échanges et de langage à autrui. Elle prend appui sur l'autre, se façonne « en intuitive référence au désir de l'autre ».(8) L'observation de cette *image de base* a pu être approchée lors de l'analyse clinique avec la psychomotricienne : l'incarnation du personnage par ses caractéristiques ou son environnement n'a interpellé la psychomotricienne dans aucun des dessins de patients neutres. Le défaut d'incarnation ou de personnification se retrouvaient seulement dans 4 dessins de patients harceleurs et/ou harcelés. Cette personnification reflète l'investissement corporel de l'enfant qui est peut-être supérieur chez ces enfants « parvenant » à ne pas être impliqués dans des situations de harcèlement ; sans que cette caractéristique ne soit protectrice puisque certains harceleurs et/ou harcelés pouvaient dessiner des personnages incarnés. Cela peut questionner sur la regard des autres sur son corps, voire sur l'intérêt porté à sa propre image corporelle. De la même manière, la rigidité ou un « corps global » apparaissait dans 7 dessins d'impliqués mais sur aucun dessin d'enfant neutre. Ici, nous pouvons nous demander si la perception de son corps ne pourrait pas être responsables d'une vision peu élaborée de celui-ci : masse informe, rigide et encombrante. Ce corps pour être éprouvé et stable devrait se trouver en mouvement et si possible dans un environnement également en mouvement. Enfin, l'absence de certains organes de la relation (oreilles, yeux, bras, etc.) uniquement dans les dessins de 5 enfants impliqués, se remarquait mais ne permettait pas de conclure, les neutres étant trop peu nombreux dans notre échantillon.

L'agressivité exprimée par certains éléments du dessin (armes, dents serrées, certaines parties du corps en forme d'arme), était présente dans les dessins de 7 impliqués, mais dans aucun dessin d'enfant neutre. Cette agressivité pourrait être une façon de dominer mais aussi un mode défensif chez des patients dont les assises corporelles et narcissiques ne seraient pas complètement assurées. Selon J.-D. Nasio, si l'image de base est en danger ou atteinte, des mécanismes phobiques ou persécutifs

peuvent se développer.(8) Ces mécanismes interpellent le thérapeute se préoccupant du phénomène de harcèlement entre pairs.

De plus, la position dans l'espace de la feuille pouvait être riche d'enseignement exprimant comment l'enfant s'insère, « s'ancrer » dans son environnement. Cette caractéristique n'apparaît pas différemment selon les quatre statuts attribués par le *rQBV*, bien que les deux harceleurs de notre échantillon aient représenté des bonhommes peu ancrés sur la feuille, comme en lévitation. De même, la dissociation tête-corps exprime souvent l'investissement préférentiel de l'un par rapport à l'autre, de l'un ou l'autre. Cette caractéristique, présente chez un quart des patients, ne relevait pas de différence entre harceleurs, harcelés et neutres.

II. Forces et faiblesses de l'évaluation

a. Population

La taille de l'échantillon recherchée était de 30 patients. Ce projet de recherche était un préalable qui, suivant ses résultats, pouvait donner lieu à d'autres études plus conséquentes. Le recueil s'est effectué sur un temps relativement court (4 mois) ne permettant pas d'envisager un effectif plus important.

L'absence d'élève de 6^{ème} dans notre échantillon est notable. Il s'agit, en effet, d'une classe charnière dans le cursus scolaire initiant l'acquisition de la pensée hypothético-déductive mais aussi concernant l'adaptation aux rythmes scolaires. Elle est située au centre de la période où le harcèlement en milieu scolaire est particulièrement fréquent. Ceci peut s'expliquer par le regard de l'autre qui prend à nouveau beaucoup plus d'importance mais aussi par la charge adaptative liée à tous ces changements. Il est probable que l'absence d'enfant représentant cette classe soit préjudiciable pour notre étude et la représentativité de notre échantillon.

b. Questionnaire Agresseur/Victime révisé (*rQBV*)

La répartition, très en faveur des enfants impliqués, nous a interrogés. Elle interpelle d'une part sur l'ampleur du phénomène et d'autre part, le faible nombre de patients non-impliqués dits « neutres » ($N = 5$) rend toute analyse statistique plus incertaine. Le recrutement en population clinique entraîne un biais de sélection évident. Une étude ultérieure devrait se faire en population scolaire pour une meilleure représentativité. Un autre biais de sélection a probablement été introduit par les « recruteurs » qui avaient connaissance du thème de notre projet de recherche. Ainsi, même s'il leur était précisé que l'étude devait être proposée à tout enfant primo-consultant de 8 à 13 ans, il est possible qu'inconsciemment ils aient informé particulièrement les enfants susceptibles d'être impliqués. Ceci pourrait alors expliquer le taux de patients harceleurs et/ou harcelés (79 %) selon le questionnaire *rQBV* dans notre échantillon.

Nous faisons également l'hypothèse que l'importance pour nous d'obtenir des patients impliqués, pour pouvoir comparer au niveau statistique, ait influencé la passation de l'autoquestionnaire *rQBV* déterminant le statut de chaque enfant. A ce propos, les 2 cas constituant l'intégralité de notre catégorie « harceleurs » sont à notre avis des cas « litigieux ». Le premier a donné spontanément une réponse au questionnaire *rQBV* faisant de lui un agresseur lors des 2-3 derniers mois ; or, après un délai et, probablement, observation de la réaction de l'examineur, il s'est rétracté et a changé sa réponse. Après discussion, nous avons choisi de maintenir sa réponse intuitive qui nous semblait mieux refléter son sentiment. Le second, plus âgé, a spontanément donné une « fréquence » de harcèlement faisant de lui un potentiel harceleur. Il a, semble-t-il, feint la mauvaise compréhension, et alors ajouté « c'est avec un ami ». Nous avons donc choisi de conserver sa première déclaration, peut-être à tort. Pour chaque cas, si l'évaluateur avait un doute, il en discutait avec le second, pour prendre la décision paraissant la plus proche de l'état d'esprit de l'enfant.

Le caractère subjectif et imparfait de la quantification par un questionnaire est assumé par les auteurs du *rQBV*, et ce même si elle peut introduire un biais de classement. En matière de harcèlement, l'intérêt est au dépistage de la victimisation mais également de ce qu'on appelle la victimation : la violence étant en général une expérience subjective, et le harcèlement particulièrement. Selon Debarbieux (1989),

« elle est ce qui m'arrive et que je décrypte comme tel ».(30) Pour J. Guilheri et collaborateurs, une administration du questionnaire en groupe était même décrite comme possible auprès des élèves de CM1 et CM2.(34) L'administration individuelle pose la question de l'évaluateur avec lequel l'enfant lit les propositions. Lors de l'auto-questionnaire, la relation duelle ajoute peut-être un biais, favorisant la reconnaissance de sa victimisation par l'enfant voire la majorant. Quant au potentiel harceleur, il peut minorer son rôle d'agresseur dans cette relation duelle de passation. Ainsi, le faible nombre de harceleurs simples dans notre échantillon pourrait s'expliquer par la difficulté à déclarer des actes perpétrés face à l'adulte ; il serait plus facile d'évoquer ces comportements si l'agression a par ailleurs été subie. La faible proportion de harceleurs ainsi que la forte proportion de harceleurs/harcelés en attestent. La sensibilité ou émotivité, plus ou moins liée à l'âge, pourrait être une cause de sur-estimation par l'enfant d'implication dans une situation de harcèlement. Dans notre échantillon, il semble que les statuts de harcelé mais aussi de harceleur pouvaient parfois être sur-évalués : par un enfant plutôt jeune vivant l'agression subie comme massive ou un enfant plus âgé redoutant que l'acte perpétré ne soit de l'ordre du harcèlement.

A l'usage, le questionnaire pose la question du concept de « même force ou de même pouvoir » qui est peut-être difficile à comprendre pour un enfant ou jeune adolescent. Cette notion, pourtant clairement expliquée dans le texte introductif, et fréquemment précisée par l'évaluateur, semble amener quelques confusions dans l'esprit du jeune... et de l'évaluateur.

c. Questionnaires de la *M-ABC* et *Profil sensoriel* – forme abrégée

Selon le livret des ECPA, le *Questionnaire de la M-ABC* désignera toujours plus d'enfants comme ayant des difficultés que la *batterie M-ABC*, et les deux instruments donneront des résultats similaires pour les enfants compétents. Il en résulterait une sur-estimation des enfants présentant des difficultés praxiques, soit des faux positifs. Mais l'objectif de notre étude n'étant pas nécessairement un diagnostic mais plus une comparaison, le retentissement est moindre.

Les ECPA préconisent une utilisation de la *batterie M-ABC* jusqu'à 12 ans et 11 mois. Nous avons donc jugé correct d'utiliser le questionnaire auprès de notre population ayant la même limite supérieure. Nous admettons cependant un probable

biais d'information, étant donné l'écart avec les populations étalons en France s'arrêtant à 10 ans. D'ailleurs, les ECPA considèrent que les adolescents ne sont pas concernés par l'utilisation du questionnaire, comme les enfants tout juste scolarisés.

Il existe dans notre recherche un biais de mémorisation lié à la passation des 2 hétéro-questionnaires (*M-ABC* et *Profil sensoriel*) par les parents mais également dans le recueil des éléments d'anamnèse notamment du développement psychomoteur. On peut y inclure un biais d'information, le questionnaire de la *M-ABC* oblige parfois les parents à « imaginer » leur enfant dans certaines situations observées préférentiellement à l'école (exemple issu du questionnaire de la *M-ABC* : « L'enfant peut entrer dans un jeu de corde en mouvement »). C'est pourquoi le questionnaire est aussi souvent adressé aux professeurs.

Concernant la tranche d'âge choisie : 10 ans, elle correspond à l'âge où le *Profil sensoriel* et la *M-ABC* se « normalisent » généralement. D'expérience, il existerait en effet, un âge pré-adolescent où les enfants acquièrent une certaine stabilité. Il s'agit d'un élément à prendre en compte pour des recherches futures.

d. Renseignements anamnestiques et cliniques

L'apport du relevé anamnestique recueilli auprès des parents fut assez limité. Ceci probablement à cause des difficultés pour les parents de se rappeler de toutes les étapes du développement de leur enfant. Leur réponse se sont faites au mieux, sans pouvoir être exhaustives introduisant alors un biais de mémorisation. L'apport du carnet de santé, que nous n'avions pas réclamé aux parents, aurait probablement permis un relevé plus précis des mêmes étapes du développement psychomoteur de chaque enfant.

La fiche de renseignement clinique n'a permis aucune interprétation notable concernant ni la motricité en général (tonus, mouvement, geste et posture), ni le comportement (instabilité, hyperactivité par exemple).

e. Test du dessin du bonhomme

Le test du dessin du bonhomme est une technique fréquemment utilisée dans les recherches sur l'évolution du schéma corporel et plus encore de l'image du corps. Selon J. de Ajuriaguerra, « il est indéniable que la façon dont l'enfant dessine un personnage humain reflète dans une certaine mesure l'image qu'il a de son propre corps. »(2) F. Joly et G. Labès cite A. Abraham selon lequel il s'agit d'une épreuve complexe « qui intéresse divers niveaux d'activité. Ces niveaux sont liés aussi bien à l'intelligence de l'enfant qu'à sa maturité motrice ou affective, à son adaptation émotionnelle et sociale et à sa façon de vivre ». Selon ces auteurs, dans l'échelle de F. Goodenough, le critère essentiel d'évaluation est la présence dans le dessin de différents détails (tête, cou, jambes, etc.). « Si cette échelle traduit sans doute une certaine forme de connaissance du corps, sa généralisation pour la mesure du niveau intellectuel global paraît dangereuse étant donnés les nombreux facteurs extra-intellectuels qui sont impliqués dans la tâche. »(2) Il a été mis en évidence plus tard que l'évaluation intellectuelle à partir du test du dessin du bonhomme avantagait certains types d'enfants plus « méticuleux ». Nous avons d'ailleurs observé, au cours de l'analyse statistique, que le QI n'apportait pas d'information supplémentaire par rapport à l'écart entre âge mental et âge réel.

Nous pensons, à la suite de J. de Ajuriaguerra, que le dessin du bonhomme est un test d'investigation de l'image du corps permettant « une représentation presque aussi complexe que l'image corporelle elle-même, qui ne peut se réduire artificiellement à un concept statique qui n'a plus de lien avec la réalité ». Cet auteur avait prévenu, « cela ne veut pas encore dire qu'il soit un bon instrument de recherche, car, par sa complexité, il tend à être aussi flou et impénétrable que l'entité qu'il essaie de clarifier ».(2)

« C'est à travers le dessin que l'enfant peut nous offrir ce qu'il sait, ce qu'il veut que l'on sache ou ce qu'il vit. Même si le dessin est souvent la conséquence du développement conceptuel ou le fruit de la connaissance acquise, il ne peut pas être étudié uniquement du point de vue de son aspect purement formel car il dévoile un contenu inconscient extrêmement riche. L'étude du schéma corporel peut se faire déjà à la période des gribouillis, des jeux avec la pâte à modeler ; mais l'étude du schéma corporel est surtout possible à partir du dessin du bonhomme car il dépasse l'aspect purement formel de son expression et donne des renseignements en fonction des caractéristiques du trait, de la couleur utilisée, de la place que l'enfant s'attribue dans la

famille, de l'activité qu'il se représente en train d'exercer, la valeur qu'il accorde aux différentes parties du corps, ce qu'il oublie de dessiner ou qui est disproportionné, les distorsions et les dislocations ».(2) Selon nous, on est alors plus proche du concept d'image du corps ; d'où l'intérêt de décrypter les aspects émotionnels du dessin et en premier lieu les commentaires spontanés ou orientés par des questions. On doit entendre et interroger ce qu'en dit l'enfant pendant qu'il dessine ; il peut arriver qu'il commente, qu'il soit satisfait ou mécontent du résultat de son tracé ou encore qu'il dise quelque chose de l'histoire de ce bonhomme. Il est donc impossible d'interpréter le dessin du bonhomme sans prendre le temps d'écouter ce que l'enfant nous en dit, puis de décrypter ce qu'il y met, ce qu'il nous adresse et ce qu'il s'attribue. Lors de l'entretien d'inclusion, nous avons d'ailleurs questionné l'enfant sur l'identité, l'âge ou l'état d'esprit du personnage. Le recueil regroupant plusieurs épreuves et durant parfois jusqu'à 2 heures, il était, pour cette étude préalable, trop audacieux de s'engager dans une évaluation plus profonde de la clinique telle que l'a théorisée J. Royer. Lors d'une étude centrée sur l'image du corps d'enfants impliqués dans des phénomènes de harcèlement, il pourrait être intéressant de s'appuyer sur la qualité du trait et des couleurs et sur une discussion avec l'enfant autour de son dessin. Ces éléments sont plus à même de caractériser l'image de son corps en même temps que son état émotionnel, tous deux impliqués dans le phénomène qui nous intéresse ici.

Par ailleurs, A. Hoyoux a expérimenté le test du bonhomme dans la région liégeoise. Il fait remarquer que, d'après F. Goodenough elle-même, les normes sont un peu basses aux âges inférieurs et, au contraire, un peu élevées aux âges supérieurs qui sont explorés dans notre travail. Nous avons pu le constater, l'écart entre âge mental (évalué par le test) et l'âge réel était en moyenne en défaveur de nos patients : la moyenne était négative pour les deux groupes : neutres et impliqués. Même si le score moyen et l'écart à la norme étaient inférieurs pour les impliqués, ils ne l'étaient pas de manière significative (tableau 4).

Lors d'un dessin devant évaluateur, il existe toujours des biais dans le désir de bien faire, d'être en relation, de faire plaisir, ce qui influe sur la qualité du dessin ; ceci peut se percevoir quand l'enfant s'exprime en dessinant. Il était, dans le cadre de notre étude, possible qu'un enfant soit évalué par son thérapeute ; il n'a pas été observé de différence entre les enfants connus et ceux qui rencontraient l'évaluateur pour la première fois.

f. Analyse qualitative

Notre recherche était une étude préliminaire cherchant à lier harcèlement entre pairs et troubles psychomoteurs. Au-delà de l'analyse statistique, il nous a semblé important d'utiliser un abord anamnestique et clinique pour une vision plus globale du phénomène. L'intérêt était de relever dans plusieurs dimensions de la vie d'un enfant scolarisé, les éléments qui pouvaient être liés au harcèlement. Étaient explorées la vie familiale, les habitudes, la manière d'être, etc. Par ailleurs, les aspects développementaux (langage, motricité), le motif de consultation, les antécédents et les co-morbidités étaient potentiellement riches d'enseignements. Face au trop faible nombre d'enfants, l'analyse qualitative comme l'analyse quantitative a été plutôt décevante. Dans l'observation qualitative, l'utilisation d'un test projectif de personnalité aurait pu être intéressant. Nos observations cliniques, comme toute analyse qualitative, ne peuvent permettre d'établir de lien de causalité. Elles pourraient permettre de créer une base menant à des pistes de départ pour un programme de recherche de type quantitatif. Il nous semblait important de prendre en considération la nature de l'objet de recherche, sa place dans la société ainsi que la posture de l'observateur vis-à-vis de cet objet. Car la recherche s'inscrit toujours dans une subjectivité, notamment en matière d'analyse qualitative.

Il nous semble également préjudiciable pour notre étude de ne pas avoir bénéficié de l'apport d'un psychomotricien diplômé d'état sur un temps suffisamment long pour une évaluation standardisée de chaque patient au cours d'un examen psychomoteur complet. Une analyse qualitative à proprement parler aurait pu être initiée, probablement plus contributive.

III. Résultats de quelques auteurs

Les études unissant les troubles psychomoteurs et le harcèlement en milieu scolaire viennent majoritairement des pays anglo-saxons. Nous nous sommes volontairement intéressés à celles qui n'étudiaient que les troubles psychomoteurs de type Dyspraxie développementale ou Troubles d'Acquisition de la Coordination (TAC), sans prêter attention aux nombreuses publications concernant le Trouble de Déficit de l'Attention avec ou sans hyperactivité.

Etudiant la relation négative entre estime de soi et victimisation, J.-P. Piek et associés (2005) introduisent l'idée que les enfants ayant des troubles d'acquisition de la coordination seraient à risque de présenter à la fois victimisation et faible estime de soi. Ils n'ont pas constaté de différence significative en matière de victimisation par les pairs dans les groupes présentant ou non des troubles psychomoteurs tels que le TAC. Par contre, ils observent un retentissement plus important des phénomènes de victimisation chez les enfants souffrant de TAC, notamment chez les filles.(37)

J.-L. Campbell et collaborateurs (2012) montrent que les enfants ayant des difficultés de développement, y compris des Troubles Développementaux de la Coordination (TDC), équivalant du Trouble d'Acquisition de la Coordination, ont un risque accru de victimisation par les pairs. Ils relèvent une association entre les antécédents d'agressions (comme le rejet par les pairs), et les TDC ou faibles habiletés motrices.(38)

Avant eux, S. Bejerot et collaborateurs (2011) décrivaient que les enfants d'âge scolaire déficients ou handicapés étaient plus à risque de victimisation. Ils seraient considérés comme différents, soit dans leur apparence, leur langage ou leurs habiletés.(39) Selon cette auteur, les habiletés motrices ont longtemps été négligées dans la recherche. L'étude rétrospective qu'elle a menée en 2013 au sein de son département neuropsychiatrique de recherche clinique porte sur 2730 adultes suédois. Elle a montré que 29,4 % déclaraient avoir été victimes d'intimidation à l'école. Parmi les 18,4 % qui déclaraient avoir des compétences motrices inférieures à la normale, 48,6 % ont été victimes de harcèlement à l'école. Une habileté moyenne dans l'enfance a été associée à un risque accru (Odd Ratio (OR) à 3,01 [IC à 95% : 1,97 à 4,6]) d'être victime d'intimidation, et ce, même après ajustement de l'influence du statut socio-économique,

du rendement scolaire, de l'excès de poids ou du statut de l'agresseur. Il était également mis en évidence que le statut socio-économique inférieur, le surpoids mais aussi le fait d'être agresseur étaient à risque de victimisation.(40)

L'étude dirigée par A. Kennedy-Behr en 2013 est une des premières études à signaler la victimisation chez les jeunes enfants avec TDC en âge préscolaire. En effet, en préscolaire, les enfants avec TDC seraient significativement plus souvent impliqués dans des interactions agressives au cours du jeu libre, à la fois comme victime et comme agresseur. Non seulement ces enfants avec TDC sont plus susceptibles de subir une agression, mais ils sont aussi plus susceptibles d'être des spectateurs et moins susceptibles de se livrer à des jeux sociaux. (41)

On observe que ces études se centrent essentiellement sur les victimes que ce soit pour leurs caractéristiques ou pour les conséquences du harcèlement par les pairs. On a trouvé peu de recherches sur les agresseurs et encore moins sur les difficultés qui pourraient être communes. Or, c'est un point qui nous semble essentiel d'une part à la compréhension du phénomène mais également, au risque de nous répéter, à toute prise en charge efficiente. Dans ce sens, D. Jansen et associés (2011) ont montré que l'agressivité physique pouvait permettre de prédire le rejet par les pairs et donc la victimisation. Quant à l'exclusion ou le rejet, ils prédisaient l'agression.(42) Ceci montre l'importance de la classe harceleur/harcelé que nous avons repéré dans notre étude. Aussi, A. Cummins et associés (2005) ont montré que les enfants souffrant de TDC présentaient de faibles compétences sociales, notamment dans la reconnaissance de l'émotion et dans la réponse adaptée à l'autre. Ils ont émis l'hypothèse que les difficultés dans la capacité empathique pouvaient être liées à une faible capacité de traitement visuo-spatial que l'on retrouve chez les enfants dyspraxiques. Les enfants dyspraxiques reconnaissent moins les expressions faciales et l'évolution de l'émotion, même lorsque le traitement visuo-spatial est contrôlé. Ainsi, lors de la reconnaissance de l'émotion et de l'organisation visuo-spatiale, la capacité psychomotrice d'un enfant est un facteur prédictif du comportement social (43) et pourquoi pas de l'implication dans des situations de harcèlement.

IV. Hypothèses

L'école et le groupe sont les environnements où se nouent chez l'enfant la corporéité et l'altérité, deux termes centraux de notre sujet. Le corps traduit alors un pouvoir de signification et d'expression. Les analyses de M. Merleau-Ponty sur la question du corps renvoient toujours au corps de l'autre aussi bien dans les études du toucher, de la sexualité, que dans celles de la parole. Autrui y apparaît comme un corps et l'intersubjectivité devient intercorporéité comme vu précédemment.(13) Le harcèlement, moment de relation asymétrique entre deux êtres, passe souvent par un déséquilibre entre deux corps, l'un subissant l'ascendant momentané de l'autre.

Dans notre échantillon, l'apparition de *l'impulsivité* comme facette notable du phénomène mettrait en évidence l'importance d'une forme d'attaque soudaine. Celle-ci serait à l'origine d'une sidération émotionnelle chez la victime.(1) Par cette position, l'agresseur recherche probablement la maîtrise de l'autre, ou au moins de la situation, maîtrise qui lui échappe concernant son corps propre et ses émotions. Ce qui, dans l'après-coup, renforcerait l'embarras vis-à-vis de ce corps qu'il perçoit comme un tout global, rigide voire désaxé. De son côté, la victime ne peut pas réagir et se trouve momentanément sidérée et impuissante. Ce ressenti nous apparaît néfaste pour la santé de l'enfant victime. Dans ce moment, le vécu d'impuissance viendrait heurter les enfants chez qui persistent un sentiment de toute-puissance. On l'observe chez le patient n°1 dont le statut est d'ailleurs celui d'harceteur/harcelé. L'impact à long terme n'en serait que plus conséquent pour ces jeunes encore immatures émotionnellement. Ce vécu traumatisant pourrait, comme dans les cas de violences plus générale, faire craindre que ces actes ne se renouvellent au sein de l'école.

On ne peut parler de harcèlement entre pairs sans évoquer *l'identification projective*, terme introduit par M. Klein. Selon J. Laplanche et J. Pontalis, il s'agit d'un « mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler ». (28) Le psychiatre H. Rosenfeld expliquait en 1969 que *l'identification projective* désignait : « avant tout un processus de clivage du premier Moi dans lequel les parties bonnes ou mauvaises du soi sont clivées et détachées du soi puis projetées

amoureusement ou haineusement dans les objets extérieurs, ce qui conduit à une fusion et à une identification des parties projetées du Moi avec les objets externes. Ces processus mettent en jeu d'importantes angoisses paranoïdes car les objets remplis des parties agressives du soi deviennent persécuteurs et le patient les ressent comme menaçants ». Ce qui corrobore l'idée d'une fixation à des étapes précoces du développement affectif au cours desquelles le bébé était particulièrement disponible pour le dialogue tonico-émotionnel.(11) Dans son quotidien, l'enfant se lie et se dispute fréquemment. Les mécanismes de projection de la haine à l'amour et vice versa font partie du développement de l'enfant. Mais, censé les maîtriser avec le temps, ces sentiments le dépassent devenant des émotions qui portées par une ambiance de groupe peuvent le conduire à commettre des actes qui ne lui correspondent pas. Ainsi, la vulnérabilité au harcèlement résiderait dans le mécanisme d'*identification projective* via les compétences communicatologiques du corps. Les modalités de perception, au sens large, et d'expression de son état psychique favoriseraient alors l'implication dans ce phénomène mettant en jeu l'intersubjectivité dans la rencontre. Ceci favorise, ou serait favorisé, par l'*hypervigilance* et l'*état de tension* retrouvés chez les impliqués de notre échantillon.

La question du mouvement est un des éléments notable de notre recherche, qui mériterait une nouvelle investigation du fait de la faible puissance de notre étude. Dans les sociétés occidentales, l'image de l'enfant mais surtout celle de l'adolescent sont utilisées dans de nombreux secteurs notamment médiatiques. Les jeunes semblent imprimer le rythme du monde autour d'eux, rythme qui les dépasse voire les angoisse. Nous devons donc leur offrir des médiateurs pour contenir cette hyperactivité quasi sociétale. Cette facette très représentée dans notre échantillon, sans distinction du statut, pose la question de l'angoisse dans le cadre qu'on leur propose. Ils auraient d'autant plus besoin d'adultes et de règles pour se rassurer et apprendre à se rassurer dans la relation. Les tendances statistiques font naître l'idée que les impliqués dans des phénomènes de harcèlement seraient plus à l'aise dans le mouvement, ils en auraient besoin probablement pour apaiser des aspects psycho-affectifs perturbants. Car leurs mouvements censés les rassurer, les « agitent » sans permettre la stabilité psychomotrice et, par extrapolation, la stabilité psycho-affective. Ils pourraient également moins bien percevoir les mouvements, par défaut de leur intégration

sensorielle. La nécessité de mouvement, peut-être associée au défaut de lecture de la situation, favoriserait l'implication dans des conflits au sein de la collectivité.

A cet âge, la question du corporel, de l'altérité et des troubles de la relation avec agressivité semble également convoquer la sexualité. Concernant ces enfants, on remarque une grande variabilité inter-individuelle. C'est l'âge précédant la transition physiologique et psychologique, de la survenue de la puberté et de ce que Ph. Gutton nomme le *Pubertaire*. Les enfants sont alors vivement intéressés par les transformations corporelles, mais peuvent faire comme si la sexualité ne les concernait pas. Variations d'humeur (nervosité, envie de pleurer, honte) et de comportement (fous rires, plaisanteries bêtes, plaisanteries lourdes avec le thème régressif de l'analité) sont les exutoires nécessaires pour délivrer une certaine quantité de gêne et d'excitation non maîtrisables. Ces manifestations pourraient être des détournements anti-sexuel de l'excitation. « L'âge bête » joue un rôle de défense, comme une accession différée à la sexualité (une manière d'en parler sans vouloir y toucher).

Ces enfants sont dans une recherche d'affirmation de soi individuellement et dans le groupe. Il peut se produire une permissivité des uns par les autres. Ils ont une attitude de dédouanement vis-à-vis d'eux-mêmes : « c'est pas moi, c'est l'autre » en se mettant à l'abri du groupe. A la puberté, la sexualité se pose à la fois comme éventuel modèle de comportement et comme sentiment personnel. L'incertitude de son statut fait osciller le jeune entre affirmation de soi exagérée et doute.

Les filles ont une plus grande souplesse adaptative, alors qu'on observe en général chez les garçons une instabilité motrice et une impulsivité souvent plus grandes. Il pourrait être intéressant d'étudier le sex-ratio dans les manifestations de harcèlement. On constate cliniquement que les filles agressent le plus souvent des filles, et les garçons agressent garçons et filles. La ségrégation des sexes existe, avec une curiosité mise à distance. Nous pourrions tenter de repérer alors l'importance du contexte psychosocial. Pour certains enfants, particulièrement les garçons, les codes ne sont pas une évidence. A la veille de l'adolescence, il s'agit de la période où l'autre du même sexe commence à être un rival. Quant au sexe opposé, il provoque intérêt et inquiétudes. L'entrée en relation par le corps, est alors délicate et maladroite. Il se pourrait que, renforçant son sentiment d'immaturité, la réponse de l'enfant soit alors l'agressivité et/ou le repli : réactions toniques d'un *corps donnant* ou d'un *corps refusant* comme le dit H. Wallon.(2)

L'enfant a besoin de l'autre pour apprendre à verbaliser, pour s'exprimer et donc exprimer son agressivité. Pour D. Anzieu, « l'être humain pense d'abord avec les pensées d'autrui ».(5) C'est donc au sein du groupe que l'humain mûrit ses capacités d'interaction, et l'expression de cette agressivité y est indispensable. Elle doit s'exprimer de manière instinctive et naturelle selon certains éthologues, mais aussi être canalisée par l'enfant, aidé en cela, par le cadre social et les adultes. Or, le harcèlement est selon nous une sorte d'« agressivité sociale » qui peut circuler au sein du groupe et favoriser le glissement du statut de victime à celui d'agresseur. Le harcèlement semble pouvoir émerger d'un rien, un enfant « lambda » peut se trouver submergé par l'agressivité d'un ou d'autre(s). Le harcelé est submergé sous l'effet de l'agression subie ; le harceleur est lui, submergé par son agressivité perpétrée qui, selon nous, est également source ou cause de souffrance, faute de pouvoir exprimer la tension éprouvée.

Ainsi, H. Wallon écrit : « Lors de la phase de dialogue, l'action propre et celle d'autrui sont vécues, comme des attitudes interchangeables. Ces attitudes font vivre dans le corps propre la vie développée d'autrui et l'enrichissent. C'est dans de telles situations que l'enfant peut ressentir dans son corps propre l'agressivité d'autrui et vice versa. Mais il importe de noter que l'agressivité ne se manifeste pas nécessairement sous la forme hypertonique, car l'agressivité réfléchie sur autrui peut, de la part du corps propre, être reprise comme passivité face à un danger extérieur. »(2) Cette idée nous semble exemplaire de la situation de harcèlement. Il apparaît qu'en terme psychomoteur, le harcèlement entre pairs est une mécanisme « intercorporel » ; que ce soit l'élément déclenchant ou le déroulement de la situation, il concerne deux corps. Les enfants luttent pour comprendre leur propre corps et le corps de l'autre ; ils tentent chacun de maîtriser ce corps-à-corps que favorise la scène scolaire. Dans la situation de harcèlement, il nous semble que la résolution doit donc passer par le corps, et probablement par le corps dans un groupe.

L'intercorporéité, envisagée dans le harcèlement en milieu scolaire, pose la question de l'intervention du corps dans la construction de l'empathie. L'empathie, conçue comme une capacité à prendre le point de vue de l'autre et à ressentir ce qu'autrui ressent, est divisée en forme émotionnelle et forme cognitive. Il est possible

que, lors de la période dite de latence, en attendant l'ajustement de l'empathie cognitive vers le début de l'adolescence, l'empathie émotionnelle, s'appuyant sur le corps, soit au centre de la relation. Aussi dans sa thèse, A. Bouloy (2016) précise : « Les relations émotionnelles primaires seraient à la base du développement de la pensée intersubjective et marquent la nécessité de considérer autrui pour l'élaboration de relations de qualité entre pairs ». Le harcèlement pourrait être plus développé de 8 à 13 ans à cause d'un défaut de prise de compte de la conscience mais aussi du corps d'autrui. La « qualité » de l'empathie émotionnelle mais surtout cognitive ne permettrait pas une résolution des conflits. Nous pensons que la perception de l'émotion de l'autre au travers de ses attitudes, ses gestes et sa posture est alors trop incertaine, parce qu'il est lui-même envahi par ses propres émotions. Dans cette situation intersubjective, il est difficile pour l'enfant de percevoir le corps de l'autre et ainsi sa subjectivité. La relation pourrait en être altérée, rendant des situations émotionnellement chargées plus difficiles à appréhender et ainsi favoriser les dérapages.

Ils nous semble, sans vouloir être alarmiste, que le harcèlement peut être partout à l'école. Il paraît opportun de ne pas le considérer comme un cas isolé, car il se propage ; ni de l'envisager hors du groupe, car c'est probablement peu efficient. Il apparaît souvent dans le groupe, il contribue d'ailleurs à certains moments à fédérer le groupe. Le harceleur n'est pas le harcèlement. Le harcèlement en milieu scolaire est, de notre point de vue, une histoire de relation distordue entre (au moins) deux êtres humains en formation. Il est ainsi fréquent que l'agression vienne d'un proche. Selon N. Catheline, « on est plus sensible aux gestes et aux comportements des personnes avec qui on a entretenu des liens privilégiés qu'avec un inconnu. [...] Pour la victime, le harcèlement n'en sera que plus déconcertant et incompréhensible ».(1) Ceci va dans le sens de la distorsion du lien plus que de la pathologie de la relation. Bien que le harcèlement puisse avoir plusieurs modalités, on pense qu'il peut exister des phénomènes graves sans pathologie. Ils doivent bien-sûr être pris en charge, sans chercher à guérir un individu d'un éventuel trouble mais plutôt pour soigner ce qui dans la relation est atteint à ce ou ces moment(s)-là.

V. Perspectives

Nous l'avons décrit à plusieurs reprises, le harcèlement nous apparaît particulièrement lié à la problématique du corps, de sa motilité à son expression. L'accompagnement des enfants impliqués nous semble mériter des interventions centrées sur le corps, du fait de l'enracinement archaïque de leurs difficultés : apaiser, envelopper, contenir, organiser les relations au plus proche du corps de ces enfants et de leurs émotions. Ce point de vue est peut-être influencé par l'hypothèse initiale de notre travail. Mais les différentes analyses théoriques et les observations au cours de notre recherche confortent l'intérêt des approches corporelles et psychomotrices dans le phénomène de harcèlement en milieu scolaire. Car le corps est bien présent, support de l'identité, de la perception et de la communication mais aussi première image pour l'être humain au contact de l'autre et du monde.

Par les apprentissages du corps et son apport dans l'organisation psychique, l'enfant acquiert en psychomotricité une maîtrise du corps dans son environnement qui paraît rassurante. Cette démarche serait alors essentielle pour un enfant ayant subi des intimidations, lui permettant d'améliorer la perceptions de son corps et donc de ses émotions probablement modifiées par son expérience traumatique. Concernant l'agresseur, la psychomotricité interviendrait sur l'intention agressive parfois défensive liée à une interprétation particulière de ses sensations et de celle de l'autre.

D'autre part, la situation de harcèlement est, selon nous, particulièrement liée aux modalités du groupe. Il nous semble que les progrès à réaliser en matière de compréhension et de prise en charge résident également dans cette dimension.

Les harcelés ne sont pas simplement des victimes mais avant tout des élèves en souffrance au milieu d'un groupe dont plusieurs éléments sont également en difficultés ou le seront. Le harceleur, n'est pas simplement un agresseur sans remords. Il peut aussi être une ancienne, et même, une actuelle victime. L'agression qu'il commet ne doit pas faire oublier la souffrance du harceleur. Si les sanctions sont, bien entendu, nécessaires, elles doivent être pensées pour ne pas oublier qu'elles peuvent s'apparenter à une double peine pour l'agresseur. Elles risquent, en effet, d'aggraver les tensions intrapsychiques que ces enfants ont du mal à gérer et d'enfermer chacun dans son rôle

de harceleur ou de harcelé. En effet, l'enfant ne sait pas comment faire pour trouver une alternative à son comportement. Il semble que leur difficulté n'est pas comportementale, mais émotionnelle, allant au-delà de tout contrôle conscient possible. Pour intégrer les premières relations aux pairs, il faut que l'enfant ait bénéficié auparavant, non seulement du maternage « suffisamment bon » de Winnicott, mais aussi d'un maternage suffisamment structurant, c'est-à-dire des interactions structurantes précoces, pour construire les fondations du sujet psychique au sens de capacité à se percevoir comme l'auteur de ses mouvements pulsionnels. Donc le bébé a du être aidé à se construire comme sujet psychique, notamment grâce à l'accordage affectif que décrit D. Stern.

Pour parler lacanien, quelque chose du sujet doit préexister à la Loi, sans quoi la Loi elle-même ne peut faire sens. Pour que le petit enfant puisse tirer bénéfice des relations aux autres, il faut qu'il ait opéré auparavant une sorte de travail d'appropriation de soi, dont la manifestation la plus connue est ce que les lacaniens nomment le *stade du miroir*. Le corps est omniprésent surtout quand on repense à la notion évoquée par Anzieu : la fonction de *contenance* du Moi-peau.

Notre proposition serait d'établir une consultation spécialisée, dédiée au harcèlement. Elle serait un espace identifié de compréhension et d'écoute concernant les causes et les conséquences du harcèlement. L'idée serait alors d'accueillir et de recueillir la perception que l'enfant a de la situation. Ce dispositif s'adresserait aux victimes autant qu'aux agresseurs, car un enfant pourra passer du statut d'agressé à celui d'agresseur au cours de sa scolarité ; ce que nous montre notre échantillon, explorant seulement les 2-3 derniers mois par le questionnaire rQBV. Pour nous thérapeutes, les réunir permettrait de penser le harcèlement et ses rouages pour l'individu et dans le groupe (groupe thérapeutique, mais aussi temps de rencontres dans l'école). Ces groupes seraient directement adressés à la corporéité de l'enfant, pour mieux appréhender ce corps qui intérieurement peut être vécu comme agresseur et agressé, avant de l'être ou après l'avoir été au cours de situations de harcèlement.

En tant qu'adultes, on se doit de les aider à symboliser la relation, pour une subjectivation dans la relation et pas simplement dans le conflit. Nous pourrions alors leur permettre de s'exercer à l'intersubjectivité et à l'empathie progressant à l'adolescence et tellement nécessaires à leur vie socio-professionnelle et psychique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Catheline N. Le harcèlement scolaire. Paris: Presses universitaires de France; 2015. 128 p.
2. Joly F, Labes G. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Vol. 1 : Corps, tonus et psychomotricité. Montreuil: Ed. du Papyrus; 2008. 248 p.
3. Freud S, Bourguignon A, Altounian J. Essais de psychanalyse. Paris: Payot; 2001. 320 p.
4. Chabert C. Didier Anzieu: le Moi-peau et la psychanalyse des limites. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 2007. 216 p.
5. Anzieu D. Le moi-peau. Paris: Dunod; 1995. 291 p.
6. Lacan J. Écrits I - texte intégral 1. Paris: Éd. du Seuil; 1999. 290 p.
7. Morin C. Schéma corporel, image du corps, image spéculaire: neurologie et psychanalyse. Toulouse: Érès; 2013. 216 p.
8. Nasio J-D. Introduction aux oeuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan. Paris: Editions Payot & Rivages; 1994. 456 p.
9. Latour A-M. Du moi-ressenti au moi-psychomoteur : une hypothèse à propos des troubles archaïques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* juin 2009;57(4):255-9.
10. Albaret JM. Troubles psychomoteurs chez l'enfant. EMC [En ligne]. [cité 18 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/albaret2001.pdf>
11. Pireyre ÉW, Delion P. Clinique de l'image du corps: du vécu au concept. Paris: Dunod; 2015. 222 p.
12. Marcelli D. Adolescence et subjectivation. Une déconstruction de l'intersubjectivité? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2007;55(5-6):251-7.
13. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard; 2009. 537 p.
14. Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2012. 688 p.
15. Le Breton D. La sociologie du corps. Paris: Presses universitaires de France; 2012. 128 p.
16. Pennac D. Journal d'un corps. Paris: Gallimard; 2012. 389 p.
17. Birraux A, Lauru D. Le poids du corps à l'adolescence. Paris: Albin Michel; 2014. 304 p.

18. Champy P, Durand-Prinborgne C (dir). Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation. Paris: Nathan; 1997. 1097 p.
19. Blossier P. Groupes et psychomotricité: le corps en jeu. Marseille: Solal; 2002. 205 p.
20. UMPC Sorbonne universités. Diplôme d'Etat de psychomotricien. [En ligne]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur:
http://www.upmc.fr/fr/formations/diplomes/paramedical2/diplome_d_etat_de_psychomotricien.html
21. Vaivre-Douret L. Le point sur la dyspraxie développementale : symptomatologie et prise en charge. *Contraste*. 2008;28-29(1):321-41.
22. Dyspraxie de l'enfant : définition et mécanismes - ameli-santé [En ligne]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/dyspraxie-de-lenfant/dyspraxie-de-lenfant-definition-et-mecanismes.html>
23. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) [En ligne]. 2013 [cité 27 août 2016]. Disponible sur: <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
24. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10^e révision. Genève; 1999.
25. Misès R, Quemada N, Girard JF, Lebovici S. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée. Paris; Vanves; Evry: Presses universitaires de France; 2012.
26. Magnat J, Xavier J, Zammouri I, Cohen D. Troubles développementaux de la coordination (TDC) : perspective clinique et synthèse de l'état des connaissances. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. nov 2015;63(7):446-56.
27. Dugravier R, Faure-Fillastre O. Troubles dans l'école. Toulouse: Erès; 2012.
28. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 5. ed. Paris: Presses universitaires de France; 2009. 523 p.
29. Zanten A van (dir). Dictionnaire de l'éducation. Paris: Presses universitaires de France; 2008. 705 p.
30. Debarbieux E, Fotinos G. A l'école des enfants heureux... enfin presque [En ligne]. [cité 4 août 2016]. Disponible sur:
https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011.pdf
31. Debarbieux E. Refuser l'oppression quotidienne: la prévention du harcèlement à l'École. [En ligne]. [cité 4 août 2016]. Disponible sur:
http://cache.media.education.gouv.fr/file/2011/64/5/Refuser-l-oppression-quotidienne-la-prevention-du-harcelement-al-ecole_174645.pdf

32. Non au harcèlement. [En ligne]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.nonauharcèlement.education.gouv.fr/>
33. Kubiszewski V, Fontaine R, Chasseigne G, Rusch E. Évaluation du bullying scolaire (harcèlement scolaire) chez les adolescents français : validité de l'adaptation française du questionnaire Agresseur/Victime révisé d'Olweus (1996). *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. juin 2014;172(4):261-7.
34. Guilheri J, Cogo-Moreira H, Kubiszewski V, Yazigi L, Andronikof A. Validité de construit du questionnaire rBVQ d'Olweus pour l'évaluation du harcèlement scolaire (bullying) auprès d'élèves français de cycle 3. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. juin 2015;63(4):211-7.
35. Dunn W. Profil sensoriel. Paris: Les Editions de Psychologie appliquée; 2010.
36. Albaret JM. Evaluation psychomotrices des dyspraxies du développement [En ligne]. [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/albaret28.pdf>
37. Piek JP, Barrett NC, Allen LSR, Jones A, Louise M. The relationship between bullying and self-worth in children with movement coordination problems. *Br J Educ Psychol*. sept 2005;75(3):453-63.
38. Campbell WN, Missiuna C, Vaillancourt T. Peer victimization and depression in children with and without motor coordination difficulties. *Psychol Sch*. avr 2012;49(4):328-41.
39. Bejerot S, Edgar J, Humble MB. Poor performance in physical education - a risk factor for bully victimization. A case-control study: Bullying and performance in physical education. *Acta Paediatr*. mars 2011;100(3):413-9.
40. Bejerot S, Plenty S, Humble A, Humble MB. Poor Motor Skills: A Risk Marker for Bully Victimization. *Aggress Behav*. juin 2013;453-61.
41. Kennedy-Behr A, Rodger S, Mickan S. Aggressive interactions during free-play at preschool of children with and without developmental coordination disorder. *Res Dev Disabil*. sept 2013;34(9):2831-7.
42. Jansen DE, Veenstra R, Ormel J, Verhulst FC, Reijneveld SA. Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. The longitudinal TRAILS study. *BMC Public Health* [En ligne]. déc 2011 [cité 19 sept 2016];11(1). Disponible sur: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-440>
43. Cummins A, Piek JP, Dyck MJ. Motor coordination, empathy, and social behaviour in school-aged children. *Dev Med Child Neurol*. juill 2005;47(7):437-42.

ANNEXES

Annexe 1 : Neuf particularités des difficultés de coordination motrice de l'enfant dyspraxique

J.-M. Albaret (1994) nous rapporte, selon l'étude de Chu :

- Défaut de force et de tonus musculaire qui peut entraîner mauvaise posture et fatigue
- Manque de coordination entre les deux hémicorps et difficulté à croiser l'axe du corps
- Difficulté à opérer une rotation du torse et à maintenir l'équilibre
- Gêne dans les tâches motrices non-familiales et hésitation dans leur exécution : le sujet a besoin de penser à chaque mouvement (défaut d'anticipation)
- Déficit concernant la direction, la localisation et les notions de temps, compréhension difficile des notions telles que haut-bas, devant-derrière, droite-gauche, avant-après, ce qui amène de l'insécurité lors de l'effection du mouvement
- Difficulté dans l'apprentissage d'activités complexes comme monter à bicyclette ou s'habiller, surtout dans les activités de boutonnage et de laçage
- Tendance à confondre ses mains
- Défaut de coordination entre les yeux et le corps et notamment incoordination oculo-manuelle avec utilisation inefficace des informations visuelles et difficulté consécutive à lancer, attraper une balle, enfiler des perles
- Mauvais contrôle de la motricité fine avec difficultés graphomotrices (tenue du crayon, dessin, coloriage, tracé, copie). Or ces enfants ont également d'énormes difficultés à copier des figures géométriques et à s'orienter sur un plan.

Annexe 2 : Lettre d'information

Titre de l'étude : ECOLIEN

Nom du promoteur : CHHL de Poitiers

**Adresse du promoteur : 370 avenue Jacques Cœur
BP 587
86021 POITIERS**

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons que votre enfant participe à une recherche. Afin de vous aider dans votre décision, nous vous transmettons, par le biais de ce document, un certain nombre d'informations. Avant de prendre votre décision vous disposez d'un temps de réflexion. L'équipe de recherche sera à votre disposition pour répondre à vos questions et éliminer d'éventuelles incompréhensions.

Quel est l'objectif de cette recherche-action ?

Cette étude s'intègre dans le projet de lutte contre les violences en milieu scolaire qui est une priorité des politiques actuelles.

Ces violences, et notamment les phénomènes de harcèlement, peuvent avoir des conséquences notables pour les différents acteurs de ce phénomène mais également pour les spectateurs.

Nous souhaitons observer le lien entre les difficultés neuropsychologiques, orthophoniques, psychomotrices et la survenue de situations de harcèlement.

Pourquoi mon enfant a été choisi ?

Cette recherche est proposée à votre enfant parce qu'il (ou elle) consulte en Centre Médico-Psychologique ou en Hôpital de Jour pour la première fois. En effet, le but est d'observer ce phénomène chez des enfants primo-consultants.

Que va faire mon enfant ?

Les enfants seront convoqués au Centre Henri Laborit avec son (ou ses) parent(s).

Il va être proposé à votre enfant de répondre à deux questionnaires concernant les relations aux pairs puis un dessin et un test sur ordinateur. Au cours d'un entretien individuel, un interne en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Antonine BOULOY, Pauline LORILLIERE ou Etienne VALLART) accompagnera la passation et s'assurera de la bonne compréhension.

Pendant cet entretien, dans une salle voisine, son (ou ses) parent(s) répondront à 3 questionnaires également accompagné(s) par un des internes en psychiatrie.

Qui supervise et surveille cette étude ?

Le docteur CATHELINE ainsi que les internes en psychiatrie (A. BOULOY, P. LORILLIERE, E. VALLART) sont chargés de la surveillance de cette étude.

Quel bénéfice tirera mon enfant de participer à cette étude ? (mention obligatoire)

La satisfaction de contribuer à aider leurs camarades en difficulté.

Qui sera mis au courant de ce que mon enfant a fait pendant le projet ?

Vous, les parents et représentants légaux, serez informés du déroulement du projet.

L'anonymat de mon enfant est-il protégé ?

L'anonymat de votre enfant est bien protégé.

Les données relatives aux questionnaires réalisés par votre enfant seront analysées par les internes. Ces données seront identifiées par les initiales de votre enfant et un numéro de code.

Etude n°	Initiales : I_I I_I Nom / Prénom	N° du sujet : I_I_I_I_I
----------	-------------------------------------	-------------------------

L'interne chargé de la passation des questionnaires remplira les cases sur toutes les pages du questionnaire. Il détachera ensuite la première page de sorte que le nom de l'enfant n'apparaisse jamais ce qui assurera l'anonymat pour le recueil des données.

Que deviendront les résultats ? Comment puis-je les connaître ?

Cette étude est réalisée conformément aux dispositions de la *loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés* modifiée par la *loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*, de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les données nécessaires à l'étude seront recueillies par les trois internes A. BOULOY, P. LORRILLERE et E. VALLART. Eux seuls et le Dr CATHELINE auront accès aux données.

Un traitement des données personnelles va être mis en œuvre pour permettre l'analyse des résultats, dans des conditions assurant leur confidentialité.

Les données recueillies et anonymisées seront archivées au CHHL pendant une durée de 15 ans.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles. (ce paragraphe est une mention obligatoire)

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données personnelles utilisées dans le cadre cette étude. Ces droits s'exercent auprès de l'interne qui a recueilli les données dans le cadre de l'étude et qui connaît l'identité de votre enfant (antonine.bouloy@ch-poitiers.fr ou pauline.lorrillere@ch-poitiers.fr ou etienne.vallart@ch-poitiers.fr).

Puis-je décider que mon enfant participe ou non à la recherche ? (mention obligatoire)

La participation de votre enfant à cette recherche est entièrement volontaire et libre.

Votre éventuel refus n'aura aucune conséquence sur la suite de sa scolarité et de ses soins.

Si vous acceptez que votre enfant participe, il pourra à tout moment quitter cette étude sans justification et conséquence sur la suite de sa scolarité ou des soins.

Information sur l'étude

Vous avez la possibilité à tout moment de l'étude de contacter un interne et le Dr CATHELINE pour toute demande d'information complémentaire sur l'étude, sur la participation de votre enfant ou sur les données personnelles liées à votre enfant.

Vous pouvez être informé(e), si vous le souhaitez, des résultats globaux de la recherche à la fin de l'étude.

Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à l'enseignant de votre enfant pour avis.

Nous vous remercions de votre coopération.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous demandons de bien vouloir signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe 3 : Formulaire de consentement de participation à une étude clinique à destination des parents d'enfants mineurs

Je soussigné (e)(*nom et prénom du parent*)
 accepte que mon enfant(*nom et prénom de l'enfant*)
 né le participe à l'étude concernant « les relations aux pairs en milieu scolaire ».

L'investigateur m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

1) Je comprends que mon enfant n'est pas obligé de remplir ce(s) questionnaire(s) et qu'il peut refuser de le remplir à n'importe quel moment. Il peut refuser de répondre à certaines questions et cesser de remplir le questionnaire à n'importe quel moment.

2) Je pourrai à tout moment interrompre la participation de mon enfant si je le désire, sans avoir à me justifier.

3) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.

4) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Dans le plus strict respect du secret professionnel et médical, l'anonymat sera préservé. La publication éventuelle des résultats de l'étude ne comportera aucune donnée individuelle. Les informations me concernant feront l'objet d'un traitement informatisé conformément à la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :	OUI	NON
J'accepte librement et volontairement de faire participer mon enfant à cette étude <i>Cocher la case appropriée en fonction de votre volonté (OUI/NON)</i>		

Fait à
 Le

Signature du ou des parent(s):
 l'investigateur:

Signature de

Annexe 4 : Fiche de renseignements anamnestiques

CONTEXTE FAMILIAL

MODE DE GARDE

CONDITIONS SOCIALES

DOULEUR DANS LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE

AUTRES PLAINTES SOMATIQUES

ANGOISSE DE SÉPARATION

EMPATHIE

Emotivité face à certains types de livres, de films...

Face à la douleur ou aux pleurs de l'autre :

LANGAGE/COMMUNICATION :

Acquisition du langage :

- 1^{ier} mot ; papa-maman bien différencier (10 mois) :
- fait les marionnettes/dit au revoir
- 1^{ière} phrase explicite (2 ans) :
- 1^{ière} histoire :

PSYCHOMOTRICITÉ :

Acquisition station assise seul (9 mois) :

4 pattes (10 mois) :

Acquisition de la marche : 1^{ier} pas (11-12 mois)

puis marche seul et/ou monte escalier à 4 pattes (15 mois) :

Monte les escaliers sans alterner les pieds (2 ans), en alternant (3 ans) :

Fait du tricycle (3 ans) :

Pince pouce-index (9-10 mois) :

Envoie la balle (11-12 mois) :

Mange seul (18 mois) :

Bonhomme têtard (3 ans)

Latéralité main ET pied :

Activités physiques / loisirs

Annexe 5 : Fiche de renseignements cliniques

PRÉSENTATION :

- Vêtements :
- Posture :
- Expression du visage :

PREMIER ABORD

- Etat d'esprit à son arrivée dans le pavillon :
- Puis dans le bureau :

SÉPARATION D'AVEC LE(S) PARENT(S) :

CONTACT AVEC LE CONSULTANT

Début :

Pendant :

Fin :

ATTITUDE LORS DES TESTS :

LORS DU DESSIN DU BONHOMME :

Dynamique de l'enfant : - par où commence-t-il ?

- que gomme-t-il ?

- sur quelle partie revient-il ?

- travaille-t-il en série rationnellement OU impulsivement, selon son inspiration momentanée ?

Application et intérêt mis sur la tête, le tronc, les membres et les vêtements :

Commentaires spontanés de l'enfant :

CAPACITÉ À CHANGER DE TEST :

EXPRESSION SPONTANÉE :

LANGAGE

Manière de se présenter :

Bégalement :

Trouble de l'articulation / Dysarthrie :

Dire au revoir :

PSYCHOMOTRICITÉ

Démarche jusqu'au bureau :

- ballant des bras :
- installation sur la chaise :

Position statique :

- posture sur la chaise :
- position/mouvement des bras lors des tests physiquement passifs :
- position/mouvement des jambes :

Pendant les tests :

- se saisir des outils (crayon, feuille, souris d'ordinateur...) :
- tenue du crayon :

RÉSUMÉ

Introduction : Le harcèlement en milieu scolaire est un problème de santé publique dont les pouvoirs publics se sont emparés seulement depuis les années 2000. Il s'agit d'une conduite intentionnellement agressive adoptée par un ou plusieurs élèves, qui se répète et qui dure avec des conséquences psychosociales majeures. Le lien au corps y est cliniquement constaté.

L'objectif de notre étude était d'observer s'il existait une relation entre harcèlement scolaire et difficultés psychomotrices.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle prospective menée au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers. Elle concerne les enfants scolarisés, de 8 à 13 ans et primo-consultants en Centre Médico-Psychologique de la Vienne. Lors d'un entretien individuel de 1h30, l'enfant remplissait un questionnaire sur le harcèlement en milieu scolaire (*Questionnaire Bully/Victim revised*) et réalisait le test du dessin du bonhomme. Le questionnaire permettait de classer les enfants en harcelés, harceleurs, harcelés/harceleurs et neutres. Le(s) parent(s) répondaient à deux hétéroquestionnaires : celui de la *Movement-ABC* et le *Profil sensoriel-forme abrégée*. Les observations cliniques d'une psychomotricienne expérimentée étaient collectées à l'aveugle ainsi que ses hypothèses.

Résultats : 24 patients ont été inclus, dont 79 % (19/24) impliqués dans des situations de harcèlement en milieu scolaire. L'analyse statistique n'a pas permis de conclure à un lien de causalité, seules des tendances ont pu être observées selon lesquelles les impliqués auraient plus de facilités lorsqu'ils sont dans un environnement changeant ($p=.103$) notamment quand ils sont eux-mêmes en mouvement ($p=.103$) ; l'intégration du mouvement serait de meilleure qualité chez les patients « neutres » ($p=.103$). L'analyse qualitative observait une hétérogénéité et relevait la prépondérance de facettes tonico-émotionnelles telles que *l'impulsivité*, *l'état de tension* et *l'hypervigilance* chez les patients impliqués. On a constaté que les dessins des patients neutres étaient plus souvent *incarnés* alors que les signes d'*agressivité* dans le dessin du bonhomme étaient plus marqués chez les patients impliqués.

Conclusion : Cette étude préalable à effectif réduit n'a pas révélé plus de difficultés psychomotrices chez les enfants impliqués dans des situations de harcèlement. Elle met cependant en lumière, notamment par des observations qualitatives, certaines caractéristiques pouvant faire l'objet d'études ultérieures. L'implication du corps dans cette distorsion de la relation pourrait être au centre de la compréhension du harcèlement notamment au sein de groupes thérapeutiques.

Mots clés : harcèlement – bullying – troubles psychomoteurs – corps en relation

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 !

