

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE.

Dépistage et prise en charge des mineurs victimes de violences scolaires en cabinet de médecine générale

Étude qualitative réalisée dans les départements du
Maine et Loire et de la Mayenne.

LANDREAU Gwendoline

Né le 03/08/1990 à Cholet (49)

Sous la direction de Mme Dove-Musset Marine et Mme Cavelan Claire

Membres du jury

Mr le Pr DUVERGER Philippe | Président

Mme le Dr DOVE-MUSSET Marine | Directeur

Mme le Dr CAVELAN Claire | Codirecteur

Mme le Dr DARVIOT Estelle | Membre

Mme le Dr TESSIER-CAZENEUVE Christine | Membre

Soutenue publiquement le :
18 mai 2021



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Landreau Gwendoline
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **15/04/2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine

DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine

PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine

CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie

SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

A Mr Le Pr Duverger Philippe : Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous suis sincèrement reconnaissante pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Mme le Dr Darviot Estelle : Merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail et merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Mme le Dr Tessier-Cazeneuve : Merci de m'avoir formé à la pédiatrie et à la gynécologie avec autant de passion et de bienveillance et merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Mme le Dr Cavelan Claire : Merci d'avoir encadré ce travail qui a été intense mais précieux. Et merci de m'avoir poussé au-delà de mes limites.

A Mme le Dr Dove-Musset Marine: Merci d'avoir accepté d'encadrer ma thèse et de m'avoir soutenue avec bonne humeur tout au long de mon travail.

Aux équipes que j'ai rencontrées tout au long de mon internat et avec qui j'ai appris mon métier : Merci d'avoir participé à ma formation avec tant d'énergie et de gentillesse. Je remercie particulièrement le Dr Viguié Patrick qui m'a fait découvrir une médecine générale passionnante et humaine. Et merci aux Dr Chevrier Agnès, Dr Dove-Musset Marine et Dr Jacques-Natali Lise, merci d'avoir fait de ce dernier stage le meilleur stage de toute ma formation d'interne et merci de m'avoir donné confiance pour la suite de ma pratique.

A tous les médecins qui ont accepté de me recevoir, je les remercie pour leur accueil, le temps qu'ils m'ont consacré, et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail.

REMERCIEMENTS

A mes parents, Dominique et Catherine : Merci d'être des parents si attentionnés et si dévoués. Merci de m'avoir soutenue dans tous les choix de ma vie et pendant ma formation de médecin. Et merci de m'avoir toujours poussé à donner le meilleur de moi-même.

A mon frères et mes sœurs : Romain, Elaine et Anne : Merci d'être présents. Malgré nos routes et nos choix de vie différents, je suis ravie de toujours pouvoir compter sur vous.

A mon cher neveu Gabin : tu es ma petite étoile. J'ai tellement hâte de pouvoir te rencontrer.

A Djess, Thomas et Florent : Merci d'avoir rejoint notre famille. Merci Florent pour ton aide.

A mes beaux-parents Jean-Marie et Odile, à Elodie et Julien : Merci d'être là, dans notre vie et dans nos projets.

A mes cointernes Aude et Florence : mon internat n'aurait jamais été pareil sans vous. Entre nos stages et les colocations, je n'aurais pas pu rêver mieux. **A Marc, Olivier :** merci d'être là.

A mes amis médecins Camille, Jérôme, Quentin, David : vous avez été mes premiers piliers et désormais vous êtes de merveilleux Docteurs.

A Meghann, Agathe, Sarah, Cécilia, David, Rémi, Kévin, Guillaume : Merci d'être comme vous êtes, surtout ne changez rien.

A Solenn et Justine : Merci d'être toujours là.

A Cécile : Merci pour ta précieuse amitié.

A Chloé : Merci pour ton amitié, ton soutien et ta relecture.

A Margot, Pauline, Denis, Pierre, Marie, Louis, Romain, Elise et tout le Citron Crew : Même si nous avons peu l'occasion de nous voir, vous êtes des personnes merveilleuses. J'ai hâte que l'on puisse se revoir vite.

Mais surtout à Jérémy : On s'est connu alors que j'étais dans le tourbillon de l'ECN. Malgré toutes les turbulences et les exigences de l'internat tu as toujours été présent pour moi : merci pour ta patience, ton soutien et ton amour. Cette année, la vie nous offre de beaux projets. Plongeons nous dans ce nouveau bain et profitons du reste de notre vie.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Description de l'échantillon et des entretiens

- 1.1. Description de l'échantillon
- 1.2. Description des entretiens

2. Violences scolaires rencontrées au cabinet

- 2.1. Les violences scolaires : motif de consultation en cabinet de médecine générale
- 2.2. Victimes et agresseurs
- 2.3. Types de violences
- 2.4. Conséquences des violences

3. Dépistage et prise en charge en amont de la consultation médicale

- 3.1. Dépistage des violences scolaires hors cabinet
- 3.2. Prise en charge des violences scolaires hors cabinet

4. Dépistage au cabinet du médecin généraliste

- 4.1. Accueil des violences scolaires au cabinet
- 4.2. Méthodes médicales pour dépister les violences scolaires

5. Stratégie de prise en charge des violences scolaires

6. Limites et freins au dépistage et prise en charge des violences scolaires

- 6.1. Limites et freins généraux
- 6.2. Limites et freins du praticien
- 6.3. Limites et freins du patient

7. Propositions pour améliorer dépistage et prise en charge des violences scolaires

8. Place du médecin

- 8.1. Statut du médecin
- 8.2. Vécus des médecins

DISCUSSION ET CONCLUSION

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Auparavant, on parlait de « disputes entre copains », « d'enfantillages » et non de harcèlement. La prise en compte assez récente de la souffrance de l'enfant ou de l'adolescent a permis de reconsidérer l'ampleur du problème.

Dr Rémi Gatar, Pédiatrie ambulatoire. 2014

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (1).

La journée de sensibilisation au harcèlement scolaire créée en 2015 rappelle chaque année l'importance de la prise en charge des violences scolaires. Le harcèlement se définit par quatre notions : la répétition des violences dans le temps, leurs répercussions sur la victime, l'intentionnalité de nuire et le rapport dominant/dominé. Il se maintient dans la durée lorsque les autres élèves le soutiennent, ou l'ignorent (2) (3) et il concernerait entre 10 % et 25 % des mineurs scolarisés (4).

Les violences scolaires correspondent à tout acte intentionnel violent commis par un élève, un groupe d'élèves ou un enseignant sur un autre élève. Les violences peuvent être physiques, verbales, sexuelles ou orientées vers des biens personnels (5). Elles peuvent avoir lieu au contact de l'élève ou se faire via des écrans dans le cadre de la cyberviolence (6).

L'appellation « violence » évolue en fonction des sociétés et des représentations de la victime (7). Elle « ne se borne pas à ses manifestations spectaculaires, sanguinaires ou cruelles. Il y a des violences astucieuses, routinières, invisibles, légalisées » Baudry (sociologue, 2000) (8).

Des enquêtes menées dans les années 1990 - 2000 ont permis de décrire et de chiffrer les violences dont étaient victimes les enfants scolarisés en France. La première, réalisée par Cécilia Carra et François Sicot dans le Doubs en 1997, concerne les établissements du secondaire et révèle que plus de la moitié des collégiens se déclarent victimes de manque de respect (3). Puis, à partir de 2011, suite à un engagement pris par le Ministre de l'éducation nationale lors des « États Généraux de la Sécurité à l'École », des enquêtes s'appuyant sur de grands échantillons sont réalisées. Ces enquêtes descriptives montrent que les élèves se sentent majoritairement bien dans leur établissement (85-95%) (9)(10)(11)(12). Cependant, un nombre non négligeable d'élèves décrit une certaine insécurité dans sa structure scolaire.

Des études (9)(10)(11)(12), réalisées de manière répétée entre 2011 et 2018, ont permis de chiffrer les violences scolaires au sein des différents établissements : écoles élémentaires, collèges et lycées. L'enquête menée par l'Observatoire Internationale de la violence en 2011 (9), réalisée auprès de 13 000 élèves de CE2, CM1 et CM2, montre que 67,4% des élèves en primaire ont été insultés dans l'année et que 58 % ont été victimes de coups. Environ 63 % des violences physiques concerneraient les garçons (9) et le harcèlement toucherait 10 à 11 % des élèves. Chez les collégiens et lycéens, les violences sont moins nombreuses mais plus fréquemment psychologiques que physiques : 25 % contre 5 % (12). Les études menées au collège en 2011 (10), 2013 (11) et 2017 (12) auprès de 17 000 à 21 000 élèves révèlent une certaine stabilité des chiffres avec des violences concernant plus les classes de 6ème que de 3ème. Les violences physiques impliquent 20 à 30 % des garçons contre 10 à 15 % des filles, et les filles subissent plus d'actes de voyeurisme que les garçons : 7 % contre 3 à 5 % (10). Concernant les lycéens, on note une baisse du sentiment de sécurité en-dehors des établissements entre 2015 et 2018 de 83 % à 77 %.

De son côté, la cyberviolence est de plus en plus présente et concerne entre 16 à 42 % des mineurs (4) (11) (12) (13). Elle peut se définir par « des propos diffamatoires, du harcèlement, de la discrimination, de la divulgation d'informations personnelles ou des propos humiliants/agressifs » via les écrans (13). Si jusque dans les années 2010 le harcèlement traditionnel était plus fréquent que le cyberharcèlement, la tendance semble s'être inversée (13).

Les retentissements des violences scolaires sont nombreux. Ils peuvent être constatés chez les enfants et persister à l'âge l'adulte. Ils se manifestent entre autre par des troubles somatiques tels que des hématomes, des fractures, mais aussi des douleurs abdominales, des céphalées chroniques. Des atteintes psychologiques peuvent être également présentes comme de l'anxiété, des troubles du sommeil, une perte de confiance en soi et des idées suicidaires. Ces violences, et en particulier le harcèlement, ont également des répercussions sur la scolarité des mineurs : échec scolaire ou sentiment d'insécurité au sein des établissements (14). Ces troubles peuvent persister, évoluer ou prendre d'autres formes à l'âge adulte (15).

La difficulté des médecins généralistes dans leur pratique quotidienne est le dépistage de ces enfants. Dans son étude de 2016, Horcholle L. a interrogé les enfants sur les violences qu'ils subissaient. Certains expriment des freins à discuter avec leur médecin généraliste : l'incompréhension, la culpabilité, la honte, la peur d'être jugé, la crainte des représailles ou de la divulgation aux parents ou à l'établissement scolaire (16). De même, une étude de 2005 évoque le peu de sensibilisation des médecins généralistes sur ce sujet (17). Le médecin généraliste est souvent peu formé sur les signes pouvant alerter. L'enfant, de son côté, essaye souvent de cacher la situation ou bien n'a pas conscience de la gravité des violences (17).

A ce jour, il existe des recommandations pour la prévention et la prise en charge de la violence dans le cadre scolaire. Le logiciel SIVIS permet aux chefs d'établissements scolaires de recenser les violences. Le programme 2019 de l'Education nationale « Non au Harcèlement » a été publié à destination des établissements scolaires. Le guide « La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil » réalisé par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ANESM) est adressé aux établissements et professionnels de l'aide sociale à l'enfance. Il a pour but d'identifier les facteurs de risque, de prévenir les actes de violence et de connaître les dispositifs de protection des victimes de violence (18). En revanche, aucune recommandation n'est adressée aux médecins généralistes. La prise en charge des violences scolaires, n'est donc pas clairement codifiée.

Les conséquences des violences scolaires quelles que soient leur nature ou leur fréquence, ainsi que les attentes des mineurs scolarisés, montrent que les médecins généralistes peuvent jouer un rôle dans le dépistage des violences scolaires en tant que professionnels de premiers recours. Cette étude a donc pour but de connaître les pratiques des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge des enfants victimes de violences scolaires.

MÉTHODES

Type d'étude

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée auprès de dix médecins généralistes du Maine et Loire et de la Mayenne.

Sélection de la population

Les critères d'inclusion étaient d'être un médecin généraliste installé, réalisant des consultations d'enfants et résidant en Mayenne ou en Maine et Loire. L'échantillon était constitué afin de tendre vers une variation maximale selon les critères d'âge, sexe, lieu d'exercice (urbain, rural), mode d'exercice, nombre de consultations d'enfants, département d'exercice et formations réalisées en lien avec le sujet. Les médecins étaient inclus jusqu'à saturation des données.

Les médecins généralistes étaient recrutés au départ par connaissance (un médecin de la Mayenne, un de la région d'Angers et un autre de la région de Cholet) puis par effet boule de neige afin d'obtenir un groupe hétérogène et tendre vers une variation maximale. Les rencontres avec les médecins se faisaient au fur et à mesure du recrutement.

Matériel utilisé

Les entretiens étaient individuels, semi-dirigés et réalisés à l'aide d'un guide d'entretien élaboré à partir de la littérature et des hypothèses de la chercheuse. Initialement composé de cinq questions ouvertes, ce dernier a évolué au fil des entretiens. La dernière version est jointe en annexe (annexe 5).

Après avoir réalisé la présentation du sujet, les thèmes explorés étaient les suivants:

- Visions des médecins généralistes sur le dépistage des violences scolaires
- Leur prise en charge et leur ressenti en consultation
- Les symptômes faisant suggérer qu'un enfant est victime de violences scolaires
- Les freins et motivations au dépistage par le médecin généraliste

L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité COnsolidated criteria for REporting Qualitive research (COREQ) (annexe 1) établis en 2007.

Déroulement de l'étude

Les médecins étaient contactés par mail ou via leur secrétariat afin de leur présenter le sujet de l'étude ainsi que la méthode. S'ils souhaitaient participer à l'étude un nouveau mail leur était envoyé puis une relance par mail était faite 15 jours puis 1 mois après le premier contact.

Les entretiens étaient réalisés sur un temps et un lieu choisi par l'interviewé. Après la signature d'un consentement écrit, un enregistrement était réalisé par deux dictaphones numériques et était associé à une prise de note manuelle. Les enregistrements pouvaient être interrompus à tout moment. L'anonymat était garanti lors de la retranscription, et l'entretien était numéroté afin de rester identifiable ultérieurement. Les entretiens et les résultats de la recherche pouvaient être transmis aux participants à leur demande. Ils pouvaient rectifier ou s'opposer à la publication des résultats de leur entretien.

Les médecins ont été contactés entre février et juillet 2020. Les entretiens ont eu lieu pendant la même période. L'analyse des données a eu lieu jusqu'au mois de septembre.

Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot dans leur intégralité sur un fichier Microsoft Word 2013 en respectant le langage oral. Une analyse thématique des données a été effectuée sur l'intégralité du verbatim grâce à des annotations et commentaires.

Un fichier Excel a ensuite été réalisé afin d'effectuer une analyse en sous-thème puis en thème. Les unités de sens, établi à partir du verbatim, ont permis de compléter la grille d'analyse et ce jusqu'à saturation des données. Un double codage avec la directrice de thèse a été réalisé afin d'élaborer les réponses à la question de recherche.

RÉSULTATS

1. Description de l'échantillon et des entretiens

1.1. Description de l'échantillon

L'échantillon analysé était composé de dix médecins. Ils étaient tous installés et pratiquaient une activité en médecine générale. Un des praticiens exerçait également en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), et un autre réalisait des missions auprès de Médecins du Monde. Quatre médecins étaient recrutés par connaissance, et six par effet boule de neige.

L'échantillon comprenait cinq hommes et cinq femmes dont la moyenne d'âge était de 41,1 ans. Sept médecins avaient une patientèle semi-rurale, deux médecins une patientèle urbaine, et un médecin une patientèle rurale. Le nombre de mineurs consultés par semaine était de 10 à 20 pour trois médecins, 20 à 30 pour quatre médecins et plus de 30 pour trois médecins. Les caractéristiques des médecins interrogés sont regroupées dans le tableau 1.

Concernant les formations spécifiques, sept médecins sur dix avaient réalisé un stage en pédiatrie hospitalière ou ambulatoire, au cours de leur internat et un seul praticien avait réalisé des formations via des Diplômes universitaires (DU) et Développement professionnel continu (DPC) en santé de l'enfant. (Annexe 2)

Médecin	Sexe	Age	Exercice	Nombre d'année d'installation	Département d'exercice	Patientèle
MG1	F	39	MG + PMI	9	Mayenne	semi-rurale
MG2	F	29	MG	1	Maine et Loire	semi-rurale
MG3	H	43	MG	11	Maine et Loire	urbaine
MG4	H	40	MG	11	Maine et Loire	semi-rurale
MG5	H	62	MG	35	Maine et Loire	semi-rurale
MG6	F	43	MG + MDM	8	Maine et Loire	semi-rurale
MG7	F	32	MG	1	Maine et Loire	semi-rurale
MG8	F	34	MG	3	Mayenne	semi-rurale
MG9	H	37	MG	5	Mayenne	rurale
MG10	H	52	MG	22	Mayenne	urbaine

Tableau I: Caractéristiques des médecins généralistes (MG) interrogés

1.2. Description des entretiens

Les dix entretiens étaient réalisés entre mai et juillet 2020 avec une durée totale d'entretiens de 4h30 environ et une durée moyenne de 27 min par entretien. L'entretien le plus court était de 16 min et le plus long de 46 min. La saturation des données était obtenue au bout de huit entretiens et était confirmée par deux autres. (Annexe 2)

2. Violences scolaires rencontrées au cabinet

2.1. Les violences scolaires : motif de consultation en cabinet de médecine générale

Les violences scolaires étaient décrites comme un motif de consultation rare et complexe pour une majorité des médecins généralistes. En effet, sept des dix médecins rencontrés étaient très peu confrontés à cette problématique et signalaient ce motif comme difficile tant sur le dépistage que sur la prise en charge. Ce sujet, parfois considéré tabou, était également situé hors du champ médical habituel par un des médecins.

MG4 : « (...) J'EN AI PAS EU RECEMMENT, J'EN AI PAS SOUVENT, C'EST PEUT-ETRE LA SEULE D'AILLEURS »

MG8 : « (...) A REUSSIR A LE DEPISTER, C'EST UN TRUC QUI N'EST PAS FACILE A FAIRE »

2.2. Victimes et agresseurs

Les violences scolaires rencontrées au cabinet touchaient principalement les enfants scolarisés au collège et en primaire. Quelques médecins notaient que les enfants victimes de ces violences pouvaient présenter certains points communs comme une fragilité psychologique, un décalage de maturité, des troubles du comportement, un handicap, une dysmorphie, des différences socio-économiques ou culturelles. Un médecin évoquait que ces violences pouvaient également être le témoin d'une pathologie psychiatrique sous-jacente.

MG5 : « C'EST SOUVENT DES ENFANTS QUI ONT DES FRAGILITES QUELQUE PART, QUE L'AUTRE ENFANT, QUI LUI FAIT VIOLENCE [...] VA COMPRENDRE ET REPERER »

MG9 : « EST-CE QUE LES AUTRES SENTAIENT DES CHOSES BIZARRES EN LUI ET L'ONT REJETE ? [...] LA VIOLENCE N'ETAIT QUE LE TEMOIN DE QUELQUE CHOSE QUI SE PASSAIT PAS BIEN DANS LA RELATION A L'AUTRE »

Les agresseurs étaient le plus souvent d'autres élèves du même établissement agissant en groupe. Certains médecins évoquaient des violences générées par des adultes, comme les parents, les professionnels péri-scolaires, le corps enseignant voir même les institutions.

MG6 : « (...) SOUCIS AVEC DES CAMARADES, DES CHOSES... C'ETAIT ASSEZ COMPLEXE... »

MG7 : « (...) EN PLUS, J'AVAIS DES ADULTES QUI PARTICIPAIENT. QUI VALIDAIENT QUE L'ENFANT AVAIT UN PROBLEME. »

2.3. Types de violences

La définition des violences scolaires fut abordée par cinq médecins. De la simple chamaillerie au harcèlement, le ressenti de l'enfant était un élément central pour étiqueter certains actes. Les violences morales étaient notées comme les violences scolaires les plus fréquemment rencontrées en consultations de médecine générale. Nommées violences invisibles ou micro-violences par un praticien, les modes d'expression étaient nombreux tels que les moqueries, les insultes, les humiliations, l'exclusion, la stigmatisation, l'incompréhension. Le harcèlement, principalement psychologique, était évoqué par six praticiens sur dix. Du fait de son caractère répété et prolongé, il était présenté comme un problème important et grave. Les violences physiques étaient très peu rencontrées par le médecin en consultation malgré leurs caractères visibles. Quelques médecins notaient que la cyberviolence, les violences matérielles comme le racket et les violences sexuelles comme les attouchements ou la misogynie étaient des sujets que les enfants abordaient rarement au cabinet.

MG1 : « (...) SI EN EFFET C'EST TOUTES LES SEMAINES PENDANT 3 MOIS ET QUE L'ENFANT NE VEUT PLUS ALLER A L'ECOLE BAH NON C'EST PLUS DU « CHAHUTAGE » »
MG5 : « (...) LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS C'EST UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE MAJEUR »

2.4. Conséquences des violences

Les répercussions des violences scolaires retrouvées au sein des cabinets étaient majoritairement psychologiques. Ainsi, les médecins pouvaient évoquer le mal-être, l'anxiété, le sentiment d'abandon, la perte de confiance en soi et le syndrome dépressif de leurs patients.

D'autres médecins soulignaient des troubles psychosomatiques comme les troubles du sommeil, les troubles de la propreté, les troubles du langage, les troubles alimentaires, les douleurs abdominales, les céphalées, les problèmes cutanés et les décompensations de pathologies chroniques ou psychiatriques. Les lésions physiques étaient rarement évoquées. Les conséquences scolaires et comportementales étaient nombreuses et de degrés variables telles que les difficultés scolaires, l'absentéisme, la phobie scolaire, la déscolarisation, l'agitation et les violences réactionnelles. Deux des médecins interrogés notaient que la douleur de l'enfant pouvait entraîner une souffrance parentale.

MG9 : « (...) ON VOIT LES ENFANTS AVEC DES PATHOLOGIES QUI RESSEMBLENT A PAS GRAND-CHOSE »

3. Dépistage et prise en charge en amont de la consultation médicale

3.1. Dépistage des violences scolaires hors cabinet

Selon les médecins, le dépistage de ces violences scolaires était en général réalisé par les parents, qui étaient donc les premières personnes ressources de l'enfant. Le repérage par l'école semblait insuffisant pour quelques praticiens. Certains notaient que l'enfant n'avait fait appel à aucune personne ressource pour évoquer sa problématique scolaire.

MG4 : « LES PARENTS QUI SE SONT RENDU COMPTE QUE L'ENFANT N'ALLAIT PAS BIEN ET EN ONT PARLE A L'EQUIPE ENSEIGNANTE [...] QUI N'AVAIT RIEN VU »

MG2 : « ELLE EN A PARLE A PERSONNE, NI A SES COPINES, NI A SES SŒURS, NI A SES PARENTS »

3.2. Prise en charge des violences scolaires hors cabinet

Les prises en charge en dehors du cabinet débutaient généralement par un signalement des parents à l'administration ou aux enseignants de l'école.

MG3 : « MAIS CETTE MAMAN A ETE EXTREMEMENT EFFICACE. [...] ELLE A RENCONTRE PLUSIEURS FOIS LE PROVISEUR, JE CROIS. JE SAIS QUE ÇA A ABOUTI A DES CHOSES »

Selon les praticiens, la prise en charge au sein des établissements scolaires était très variable. Parmi les raisons évoquées, des médecins interrogés avançaient un nombre insuffisant de médecins scolaires. Les communications entre l'école et les médecins étaient peu rapportées au cours des entretiens. Un praticien signalait avoir été sollicité par une infirmière diplômée d'état (IDE) scolaire, et un autre par un directeur d'établissement. Les prises en charge scolaires décrites par les parents, et rapportées par les médecins mettaient en avant une certaine pesanteur administrative.

Malgré ces difficultés, les médecins interrogés avaient des retours positifs de méthodes de prise en charge scolaire comme le suivi par une psychologue scolaire, l'enseignement à distance puis la réintégration scolaire progressive, le changement de classe ou d'établissement et la rencontre entre les parents des victimes et des agresseurs. Même si l'école est le lieu de sociabilisation principal des enfants, un des praticiens notait que la prévention des violences scolaires lui semblait être insuffisante.

MG3 : « (...) JE ME DEMANDE SI L'ECOLE NE LUI AVAIT PAS PERMIS QU'ELLE AIT UNE ECOUTE A L'ECOLE, ÇA AVAIT ETE MIS EN PLACE »

MG1 : « (...) REEL DEFOUT D'INFORMATION DES JEUNES SUR CE QU'ON MET DERRIERE LE MOT VIOLENCE »

4. Dépistage au cabinet du médecin généraliste

4.1. Accueil des violences scolaires au cabinet

Pour une grande majorité des consultations, l'enfant était vu avec un de ses parents. L'évocation des violences était peu fréquente et le motif souvent secondaire. Le motif principal pouvait être caché derrière une autre demande telle qu'un certificat médical pour éviction scolaire ou pour arrêt de la pratique sportive.

MG3 : « JE ME RAPPELLE D'UNE MAMAN [...] VENUE EN CONSULTATION AVEC SA FILLE »
MG4 : « LA C'EST TOUJOURS EN FIN DE CONSULTATION QU'ON NOUS EVOQUE ÇA »

Le médecin était rarement interpellé par l'enfant lui-même. En général, le parent était le premier à signaler la situation au praticien. Fréquemment, la mère apparaissait comme le premier interlocuteur.

MG4 : « ILS VONT JAMAIS DIRE SPONTANEMENT LES CHOSES »
MG5 : « C'EST SOUVENT LES PARENTS QUAND MEME QUI REPERENT LES CHOSES ET QUI NOUS INTERPELLENT »

Certains médecins notaient qu'ils étaient sollicités par les parents lors d'un manque de réactivité de l'école.

MG3 : « (...) JE TROUVE QU'IL Y A UN POIDS, UN TEMPS D'ENQUETE ET D'ORGANISATION QUI ME PARAÎT, ... ET C'EST POUR ÇA QUE LA MAMAN A FINI PAR VENIR »

En consultation, même si quelques enfants adhéraient au dépistage et à la prise en charge, des praticiens ressentaient que la plupart d'entre eux hésitait à se confier.

MG7 : « (...) EN GENERAL, ILS SONT D'ACCORD... »
MG5 : « (...) UNE ENFANT QUI NE VOULAIT PAS ME PARLER DE SES PROBLEMATIQUES A L'ECOLE »

Les médecins interrogés décrivaient des attentes parentales diverses et parfois incohérentes. Les praticiens évoquaient ainsi la demande d'une autorisation médicale pour éviction scolaire de longue durée en l'absence de péril imminent ou l'intervention du médecin auprès de l'établissement.

MG8 : « (...) DISPENSE COMME QUOI LA JEUNE FILLE NE POUVAIT PAS RETOURNER A L'ECOLE DU TOUT, JUSQU'A LA FIN DE L'ANNEE »

4.2. Méthodes médicales pour dépister les violences scolaires

Au cours des entretiens, des médecins interrogés témoignaient de leurs pratiques cliniques lors des consultations de suivi. Les questions portaient sur les événements de vie, sur le comportement, sur les relations sociales, sur le bien-être scolaire et familial et sur les éventuelles inquiétudes de l'enfant. Le dépistage était non spécifique et ouvert. Les questions indirectes étaient réalisées avec un vocabulaire généralement clair, simple et adapté à l'âge. Malgré cette méthode de dépistage général, peu de praticiens disaient avoir découvert des violences scolaires avec ce procédé.

Dans les habitudes des médecins interrogés, aucun ne réalisait de dépistage des violences scolaires de façon systématique.

MG1 : « (...) J'ESSAYE D'ETRE ASSEZ CLAIRE SURTOUT AVEC LES ENFANTS, AVEC DES MOTS ASSEZ SIMPLES »

MG7 : « (...) MOI J'AI TOUJOURS L'IMPRESSION QUE LES ENFANTS REPONDENT TOUJOURS NON DEVANT MOI [...] ÇA M'EST JAMAIS ARRIVE QU'IL Y AIT UN PARENT QUI APPRENNE QUI IL Y AIT DES VIOLENCES SCOLAIRES EN CONSULTATION »

Pour améliorer les échanges, quelques médecins n'hésitaient pas à utiliser plusieurs stratégies afin de faire parler l'enfant. Un praticien rapportait utiliser le dessin, un autre proposait que l'enfant en rediscute avec une personne ressource extérieure au cabinet. Trois médecins sur dix se sentaient particulièrement à l'aise pour dépister ces violences. Ils mettaient en avant l'importance de prendre le temps et de décoder les réactions de l'enfant et des parents. Certains proposaient également une deuxième consultation afin de dénouer la situation.

MG5 : « (...) ON VA PRENDRE DU TEMPS ETC. ET PUIS L'AMENER UN PEU A METTRE DES MOTS, A VERBALISER. [...] ÇA PEUT-ETRE AUSSI DU DESSIN, ÇA PEUT ETRE PLEIN DE CHOSES »

MG1 : « ET BIEN AU MOINS TU AS OUVERT UNE BRECHE [...] MEME S'IL L'A PAS SAISIE SUR LA CONSULTATION D'AUJOURD'HUI »

La découverte des violences scolaires par le médecin se faisait donc principalement et presque systématiquement sur les signes d'appel. Un des praticiens avait une vigilance accrue au moment des périodes charnières de la vie comme l'entrée à l'école et le changement de type d'établissement. La rupture avec l'état antérieur était un signal fort.

Les consultations aux motifs divers ou répétés, l'incohérence des symptômes, le besoin d'un suivi spécialisé comme l'orthophoniste et les certificats médicaux pour évictions scolaires interpellaient les médecins. Tous les symptômes psychiques, psychosomatiques et physiques ainsi que les troubles scolaires étaient également des signes d'alarme pour les praticiens.

MG1 : « JE L'ABORDE TOUJOURS QUAND L'ENFANT... J'AI L'IMPRESSION DE PERCEVOIR DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES OU DE LA SOMATISATION »

MG8 : « LES ENFANTS QUI VIENNENT POUR TOUT ET N'IMPORTE QUOI »

5. Stratégie de prise en charge des violences scolaires

Les prises en charge médicales décrites dans les entretiens mettaient en évidence plusieurs phases. Il en ressortait une phase d'écoute du parent et du patient, une phase de verbalisation et reformulation, puis une phase de réévaluation clinique grâce au suivi. Une grande majorité des praticiens avait mis en place une prise en charge psychologique sans traitement médicamenteux et certains orientaient leurs patients vers des psychologues. Une éviction scolaire pouvait être proposée en cas de danger imminent.

MG7 : « SOUVENT JE LAISSE LA MAMAN PARLER [...] ON DISCUTE UN PEU AVEC L'ENFANT POUR FAIRE COMPRENDRE QUE J'AI ENTENDU »

MG4 : « J'ESSAYE BEAUCOUP DE FAIRE PARLER. [...] J'ESSAYE DE RETRANSCRIRE LES SENTIMENTS [...] J'ESSAYE DE FAIRE REFORMULER »

Les prises en charge étaient habituellement bienveillantes, encourageantes et empathiques afin de rassurer et déculpabiliser l'enfant. Le but pour des médecins était de guider l'enfant afin qu'il devienne acteur de sa prise en charge. Quelques médecins estimaient

qu'il était important de proposer aux parents de revoir l'enfant seul en consultation. Des praticiens signalaient que le cabinet devait apparaître comme un espace de parole ouvert et couvert par le secret médical.

MG1 : « (...) ON EST LA POUR ESSAYER DE TROUVER DES SOLUTIONS AVEC NOTRE PETIT PATIENT POUR L'AIDER A GRANDIR BIEN [...] LE GRANDIR BIEN C'EST LUI QUI LE DEFINIT »
MG7 : « (...) JE LE VERRAIS LUI POUR QU'IL ME RACONTE SA PROPRE HISTOIRE. »

La consultation initiale permettait pour certains praticiens d'éliminer une cause organique, d'évaluer les conséquences des violences et de connaître l'environnement scolaire et familial. Les ressources psychologiques de l'enfant et ses capacités d'évolution étaient également déterminées. La prise en charge des patients était généralement active, du fait de son caractère urgent. Un des médecins recentrait sa pratique sur la prise en charge médicale des conséquences des violences scolaires.

MG3 : « (...) POSER DES QUESTIONS POUR VOIR S'IL Y A DES SYMPTOMES AUX ALENTOURS DE L'ANXIETE, DE LA DEPRESSION CHEZ L'ENFANT »
MG9 : « (...) IL FAUT PAS RATER LE COCHE [...] QUAND ON SENT QUELQUE CHOSE, IL FAUT Y ALLER »

Afin d'améliorer la prise en charge de leurs patients, quelques praticiens n'hésitaient pas à discuter des dossiers complexes en réunion de coordinations pluridisciplinaires ou lors des échanges de situations cliniques entres pairs.

MG9 : « (...) ON A UN GROS TRAVAIL EN RESEAU AVEC UNE REUNION HEBDOMADAIRE »

Les personnes ressources mobilisées par les médecins étaient principalement les psychologues. Parmi les méthodes de prise en charge, l'EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) et l'hypnose ont été citées. Ponctuellement le Centre médico-psychologique (CMP), la PMI étaient mobilisées. Les psychiatres, plus difficilement joignables et disponibles, étaient rarement sollicités. Un des praticiens proposait à ses patients de consulter la maison des adolescents.

Les médecins scolaires n'étaient pas identifiés comme personnes ressources par les médecins du panel. Les médecins interrogés, soumis au secret médical, ne contactaient pas les établissements scolaires. Les parents étaient encouragés par certains praticiens à se mettre en lien avec l'école.

MG10 : « (...) PARFOIS C'EST DIFFICILE D'AVOIR ACCES A UN PSYCHIATRE. NOTAMMENT LA PEDOPSYCHIATRIE »
MG3 : « (...) JE VAIS PAS TELEPHONER AUX ENSEIGNANTS, JE VAIS PAS TELEPHONER A L'ECOLE »

6. Limites et freins au dépistage et prise en charge des violences scolaires

6.1. Limites et freins généraux

Des médecins déploraient un manque de consultation de prévention. Il y avait également une difficulté à explorer les événements de vie en cas de vaccin ou de consultation pour un problème aigu. Des praticiens notaient qu'il n'existait pas de consultation dédiée à ce motif. Quelques médecins avaient parfois l'impression d'être perçu comme « simple somaticien », « vaccinateur » ou « rédacteur de certificat » par l'enfant ou le parent rendant les échanges difficiles pour aborder d'autres sujets.

Le manque de temps, en partie dû à la nécessité de réaliser un examen somatique, était évoqué comme frein par seulement deux praticiens.

L'absence de signalement par l'établissement au médecin traitant compliquait également le dépistage et la prise en charge médicale.

MG4 : « (...) C'EST UN RYTHME. ON A LES URGENCES [...] C'EST PAS LA QU'ON DIT, "BON SINON A L'ECOLE ? "»

MG9 : « ILS VIENNENT ME VOIR PARCE QU'ILS VEULENT UNE DISPENSE OU ILS NE VEULENT PAS RETOURNER A L'ECOLE [...] LES GENS SE RENDENT PAS FORCEMENT COMPTE DE NOTRE TRAVAIL »

6.2. Limites et freins du praticien

Les médecins interrogés étaient plus sensibilisés aux violences scolaires touchant les collégiens et les élèves scolarisés en primaire. Cette sensibilisation était principalement liée à des a priori, aux expériences personnelles ainsi qu'à des plaintes plus rares de la part des lycéens.

MG2 : « LES ADOS PRE-ADOS, LES 10 -15. J'DIRAIS SURTOUT LE COLLEGE »

MG3 : « LES LYCEENS, J'EN VOIS JAMAIS, OU TRES PEU »

La médecine générale était appréhendée différemment d'un praticien à un autre mais elle était évoquée comme étant très polyvalente et omnisciente par une majorité. Une grande partie des médecins interrogés mentionnait les violences scolaires comme un sujet difficile du fait d'un manque de compétence, d'expérience, de personnes ressources et d'outils. La rareté de ce sujet faisait que certains médecins ne pensaient pas à le dépister lors des consultations.

MG7 : « (...) SI ON A DEJA PAS MAL DE CHOSES A FAIRE ET BIEN ON SE RAJOUTE PAS FORCEMENT DES QUESTIONS SUR TOUT CE QUI PEUT Y AVOIR COMME PROBLEME »
MG4 : « (...) POUR DU PSY, POUR DU RELATIONNEL, POUR DU SOCIAL, EST CE QU'ON EST SI BON QUE ÇA ? MOI, JE SUIS PAS SUR, MOI JE PENSE PAS [...] JE TROUVE ÇA HYPER-COMPLIQUE QUAND ON A UNE CONSULTATION COMME ÇA TOUS LES CINQ ANS »

Certains médecins notaient l'absence de prise en charge codifiée. L'absence de connaissance objective du contexte scolaire et familial était évoquée. La seule version de l'enfant rendait difficile la prise de position du médecin. Enfin, aucun médecin n'intervenait auprès de l'établissement du fait du secret médical, ce qui limitait leur champ d'intervention et d'investigation.

MG3 : « (...) APRES ON A QU'UNE SEULE VERSION, C'EST TOUJOURS A PRENDRE AVEC DES PINCETTES. ON N'A QUE LA VERSION DE L'ENFANT »
MG6 : « (...) ON N'EST PAS A L'ECOLE [...] JE N'AI APPELE NI L'ECOLE, NI... Y A JAMAIS RIEN EU. »

En intervenant auprès de l'école, quelques praticiens s'inquiétaient que l'enfant, victime de violences, soit stigmatisé. Une praticienne a refusé la rédaction de certificats qu'elle jugeait injustifiée. Les médecins signalaient également le manque de communication entre eux et les pédopsychiatres.

MG3 : « (...) " SI JE COMMENCE A RACONTER TOUT, APRES ON VA ME METTRE DE COTE ENCORE PLUS" (PROPOS DE L'ENFANT RAPPORTE PAR LE MEDECIN) »
MG8 : « (...) PAS TRES A L'AISE [...] CETTE HISTOIRE DE CERTIFICAT [...] JE LUI AI DIT QUE MOI JE NE PEUX PAS... »

6.3. Limites et freins du patient

Quelques praticiens mettaient en avant que certains enfants n'avaient pas conscience de la gravité des violences.

MG1 : « (...) LES ENFANTS NE SAVENT PAS TROP OU EST LA LIMITE OU COMMENCE LA VIOLENCE ET ONT SOUVENT TENDANCE A MINIMISER CE QUI EST PSYCHOLOGIQUE »
MG5 : « L'ENFANT N'EN A PAS FORCEMENT CONSCIENCE VU QU'IL SUBIT LES CHOSES. IL VA LUI CONSTATER QUE LUI, IL EST PAS HEUREUX »

Les praticiens décrivaient beaucoup d'enfants mutiques, mal à l'aise, réservés, en retrait, contrariés ou impatients. Ces différents comportements étaient expliqués par certains comme résultant d'un refus d'échanger, d'une timidité, d'un manque de confiance envers le praticien voir d'une peur des conséquences des révélations. Deux médecins précisait que les échanges avec les adolescents étaient particulièrement difficiles.

MG10 : « (...) FAUT FAIRE VRAIMENT TRES ATTENTION CAR ILS N'ONT PAS LES MOYENS DE L'EXPRIMER »
MG9 : « (...) L'IMAGE DE L'ADO QUI ARRIVE DANS MON CABINET ET FAUT VRAIMENT LE FAIRE PARLER, RAMER... ET ÇA C'EST LE FREIN MAJEUR »

Le parent pouvait être un réel pilier dans le dépistage et la prise en charge si celui-ci se montrait à l'écoute et avait conscience de la souffrance de son enfant. En revanche, un parent minimisant la situation, culpabilisant, impatient, revendicateur, directif, envahissant voir défaillant, rendait la prise en charge très difficile. Dans ces cas-là, la présence du parent pouvait être un frein à la révélation des violences par l'enfant.

MG8 : « (...) LA MAMAN ETAIT TRES REVENDICATRICE [...] DES PARENTS UN PEU TROP ENVAHISSANTS »

MG10 : « LE PARENT NE FAIT PAS FORCEMENT LE TRAVAIL DE SE DIRE "QU'EST CE QUI SE PASSE VRAIMENT CHEZ MON ENFANT ? " »

Concernant certaines ressources, le lien entre l'école et le parent était parfois difficile ou inexistant. Il pouvait aussi exister un frein financier lors des prises en charge avec une psychologue.

MG8 : « (...) ELLE ME DISAIT, OUI MAIS ILS M'APPELLENT PAS (PROFESSIONNELS DE L'EDUCATION) »

MG3 : « (...) C'EST UNE QUESTION DE MOYENS, C'EST DES GENS QUI... JE NE CROIS PAS QU'ELLE SOIT ALLEE VOIR LA PSYCHOLOGUE »

7. Propositions pour améliorer dépistage et prise en charge des violences scolaires

Afin d'améliorer le dépistage, certains médecins remettaient en question leurs pratiques médicales tant sur les questions posées que sur l'organisation des consultations. Des praticiens proposaient de dépister systématiquement les violences scolaires pour sensibiliser les enfants à ce sujet. Voir le patient seul en consultation et créer des affiches étaient également des solutions apportées par les médecins.

MG2 : « JE PENSE QUE SI T'EN PARLES SYSTEMATIQUEMENT TOUS LES ANS [...] PEUT-ETRE QUE LE JOUR OU ÇA LUI ARRIVERA, IL SE DIRA "BAH TIENT LE MEDECIN ELLE M'EN PARLE TOUT LE TEMPS, J'PEUX PEUT-ETRE ALLER LUI EN PARLER" »

MG3 : « (...) JE NE CONNAIS PAS LES OUTILS DISPONIBLES, PEUT-ETRE QU'IL Y A UN NUMERO DE TELEPHONE AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT OU QUELQUE PART »

Concernant la prise en charge médicale, il semblait important pour une majorité des médecins interrogés de réaliser une seconde consultation.

Certains proposaient, pour faire évoluer les pratiques, de créer des formations spécifiques, de codifier les prises en charge et de simplifier les signalements malgré le secret médical. L'élaboration d'un annuaire de professionnels spécialisés dans les violences scolaires, la création d'échelles de gravité et une revalorisation financière étaient également évoquées.

MG4 : « UN BON GENERALISTE EST UN GENERALISTE QUI A UN ANNUAIRE. PARDON, QUI A UN ANNUAIRE ET QUI DECROCHE SON TELEPHONE »

MG3 : « (...) POUVOIR AVOIR UN 2EME TEMPS DE CONSULTATION [...] QUI NE SOIT PAS A LA CHARGE DU PATIENT »

8. Place du médecin

8.1. Statut du médecin

La majorité des médecins avait conscience d'avoir une place centrale et d'être le premier recours médical. Certains praticiens évoquaient que ce statut de personne ressource n'était pas forcément perçu par le patient. Malgré cette place privilégiée, certains notaient que leurs champs de compétence et d'intervention étaient limités et que les prises en charge polyvalentes rendaient complexes leurs diverses missions. Ces différentes difficultés étaient particulièrement visibles pour le dépistage et la prise en charge des violences scolaires où la place du médecin généraliste n'était pas clairement définie pour plus de la moitié des praticiens.

*MG7 : « ET Y A BEAUCOUP DE CHOSES QUI NOUS ARRIVE [RIRE]. ON EST UNE GRANDE
POUBELLE »*

*MG3 : « MARQUER LE MEDECIN COMME ELEMENT D'ECOUTE QUI PEUT AIDER DANS LA
PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SCOLAIRES.... JE PENSE QUE LE RACCOURCI SE FAIT
PAS »*

Au travers des différents entretiens, certains médecins mettaient en avant leurs compétences et leur rôle de coordinateur avec les différentes personnes ressources. Des médecins décrivaient leur pratique comme l'expertise des situations cliniques et la prise en charge globale des patients.

*MG5 : « (...) ETRE EN CAPACITE DE TOUT DE SUITE CERNER CE QUI SE TRAME DERRIERE
POUR RETRANSCRIRE OU INTERROGER [...] ENTREVOIR SES PROBLEMATIQUES A LUI »*

8.2. Vécus des médecins

Un grand nombre de praticiens mettait en avant le côté gratifiant de réussir à dépister et prendre en charge ce sujet complexe. Trois médecins étaient particulièrement à l'aise avec les violences scolaires et plus de la moitié avec les questions d'affects et les questions gênantes. Ce type de violence était décrit par un des médecins comme un des reflets de la société.

*MG1 : « (...) PLUTOT A L'AISE SUR TOUTES LES QUESTIONS QUI PEUVENT ETRE
CONSIDEREES COMME UN PEU GENANTES »*

*MG5 : « LA VIOLENCE A L'ECOLE C'EST QUELQUE CHOSE... C'EST UN CONCENTRE DE CE
QUI SE PASSE DANS LA SOCIETE EN REGLE GENERALE »*

La moitié des médecins rapportait une gêne lors de ces consultations, du fait de leur manque d'expérience et de leur méconnaissance clinique de ce motif complexe. Leur champ d'intervention réduit et le manque de personnes ressources compliquaient leurs prises en charge. Certains médecins évoquaient un sentiment d'impuissance, un isolement voir même le syndrome de l'imposteur.

MG8 : « (...) J'ETAIS UN PEU EMBETE [...] CONSULTATION SUR LAQUELLE J'ETAIS PAS TRES A L'AISE »

MG10 : « ON NOUS DEMANDE DE REpondre A TOUS, DE FAIRE ATTENTION A TOUT »

A travers cette étude, les praticiens évoquaient la médecine référencée, l'organisation des consultations, les notions de contre-transfert et le secret médical comme de véritables contraintes au dépistage et à la prise en charge des violences scolaires.

MG10 : « (...) ÇA PEUT RESONNER CHEZ NOUS TOUS AVEC UNE EXPERIENCE DE VIE, PAS TOUJOURS AGREABLE, D'HUMILIATION A L'ECOLE [...] ON L'A TOUS VU, ON L'A PLUS OU MOINS VECU »

MG3 : « CETTE REMISE EN QUESTION DE LA CONSULTATION [...] LE TEMPS QUE L'ON PEUT DONNER EST UNE VALEUR QUI MANQUE EN MEDECINE »

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette étude qualitative avait pour but de faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire et de Mayenne concernant le dépistage et la prise en charge des violences scolaires au cabinet.

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces de l'étude

L'étude était qualitative car le sujet était original et peu exploré. Il apparaissait important de connaître les pratiques et les vécus des praticiens dans leur globalité. Les entretiens individuels étaient privilégiés aux entretiens de groupe afin de laisser les médecins libres de s'exprimer sur ce sujet. La conception de cette étude répondait au maximum à la grille COREQ (annexe 1) afin d'augmenter la validité interne de l'étude. Les entretiens étaient réalisés jusqu'à saturation des données. Un double codage permettait de diminuer le biais d'interprétation. L'étude mettait en évidence des résultats comme une très faible fréquence des violences scolaires au cabinet et une quasi inexistence de communication entre les médecins généralistes et les professionnels de l'éducation nationale. Elle donnait aussi quelques pistes pour améliorer les pratiques des médecins.

1.2. Limites de l'étude

Il existait tout d'abord un biais de sélection du fait d'un recrutement par connaissance et par « effet boule de neige ». Les médecins participants étaient aussi probablement intéressés par ce sujet. Les médecins pouvaient donner des réponses attendues par l'enquêteur entraînant un biais de désirabilité. Le biais de mémorisation était présent car lié à des difficultés de remémoration de consultations passées.

Enfin, l'enquêtrice réalisait pour la première fois une étude qualitative. Les résultats pouvaient donc présenter un biais de suggestion.

2. Discussion des principaux résultats

2.2. Une incidence des violences scolaires non retrouvée au cabinet du médecin généraliste

Les différentes enquêtes nationales (9)(10)(11)(12), montraient une forte incidence des violences scolaires et une certaine stabilité sur les dernières années. Les différentes incidences n'ont pas été retrouvées au cours des consultations des médecins généralistes interrogés en particulier celles concernant les violences sexuelles, matérielles et la cyberviolence.

2.2.1. Un sujet jugé difficile à aborder

Ce sujet était perçu par certains médecins comme un motif difficile à aborder pour les enfants. Le Dr Gatar dévoile dans son article (19) que ces derniers se livrent rarement de manière spontanée. Il peut exister une honte à se confier ou une peur d'être perçu comme victime par ses pairs ou par les adultes. Il peut y avoir une banalisation de la violence, une peur des représailles ou une crainte de l'intervention maladroite des adultes.

2.2.2. Discordances entre conséquences réelles des violences scolaires et celles rencontrées au cabinet

Les violences physiques étaient peu rencontrées lors des consultations de médecine générale alors qu'elles étaient fréquemment évoquées dans les études (9)(10)(11)(12). Les patients et les parents attendent-ils une prise en charge médicale principalement en cas de violences graves ? Attendent-ils la rédaction d'un certificat médical pour coups et blessures ?

A travers ces suppositions, on peut donc s'interroger sur le degré de gravité de ces violences, le besoin d'une consultation médicale et la place du médecin généraliste. Les études évoquant une problématique de violences physiques de l'enfant au cabinet sont rares mais la rédaction de ce certificat fait partie des obligations du médecin généraliste selon la Haute autorité de santé (HAS) (20).

Les conséquences psychologiques et psychosomatiques étaient plus souvent rencontrées au cabinet. Pourtant le lien entre ces conséquences et les violences était rarement évoqué clairement par l'enfant. A travers son article, « Le vécu des victimes de harcèlement scolaire » (21), la psychiatre Marie-Claude Dewulf évoque que les enfants n'ont pas forcément conscience du lien : « Je pensais que c'était vrai que j'étais nulle » ou bien qu'ils souhaitent cacher la cause « J'étais honteux que cela m'arrive ». Les raisons peuvent être diverses mais les praticiens notaient qu'ils étaient attentifs à ces signes d'alarme.

2.2.3. La cyberviolence : rarement évoquée

La cyberviolence, qui se développe depuis quelques années, était évoquée spontanément par seulement deux praticiens. Ce phénomène semblait encore peu connu par les médecins généralistes interrogés. Guillet C., sociologue, alerte sur l'augmentation récente des cyberviolences (22). Il met en avant la place du médecin généraliste dans le dépistage et la prévention de la cyberviolence du fait de conséquences psychologiques et psychiatriques importantes. Il propose comme aide à la prise en charge, une plateforme spécialisée dans la cyberviolence : netecoute.fr (Tel : 0800 200 000). Elle recueille les signalements et donne des conseils aux parents et aux enfants.

2.2.4. Le médecin est-il perçu comme une personne ressource ?

Malgré son rôle de premier recours, le médecin n'était pas forcément perçu par le patient comme une personne ressource pour ce motif. Des praticiens avaient en effet évoqué leur statut particulier de médecin du somatique comme frein à certaines plaintes psycho-sociales.

Une étude anglo-saxonne (23) a exploré les perceptions des jeunes, âgés de 10 à 16 ans, concernant le rôle des infirmières et des médecins dans la lutte contre le harcèlement scolaire. Les participants décrivaient un rôle très limité du personnel de santé : « pas sûr que cela fait partie de leur travail », « c'est trop personnel », et « ils ne pouvaient pas aider de toute façon ».

Concernant l'âge, les médecins notent que les lycéens sont peu vus en consultation (24). 75% des lycéens voient leur médecin traitant dans l'année et le nombre moyen de consultation par an est de 2,1 pour les garçons et 2,5 pour les filles (25). Cet élément, limitant le dépistage, était également majoré par des difficultés à communiquer avec ces jeunes. Des méthodes pour améliorer le lien avec les adolescents sont proposées par P. Binder. (25) Il recommande de favoriser l'expression en aménageant un espace de liberté et d'établir une relation de soin où l'adolescent trouve autonomie, confort et sécurité. Il propose également d'améliorer la représentation du corps et l'estime de soi et invite le praticien à susciter une diversité de solutions à la mesure des capacités de l'adolescent.

Même si le médecin généraliste n'avait pas de rôle précis dans le dépistage et la prise en charge des violences scolaires, quelques parents et professionnels de l'éducation n'hésitaient pas à le solliciter.

2.3. Rôle du médecin généraliste non défini

Tous les médecins interrogés notaient qu'ils avaient un rôle d'écoute et de soutien. Concernant le dépistage et la prise en charge, aucun consensus ne semble exister. Les politiques de prévention des violences scolaires sont récentes (26) (27). Dans le « plan de prévention du harcèlement entre élèves » - 2018 (annexe 3) et le « Programme « non au harcèlement » - 2019 (annexe 4), contrairement aux professionnels de l'éducation, aux parents sensibilisés aux violences et aux élèves ambassadeurs, les médecins ne font pas partie des personnes ressources citées.

2.3.1. Les violences scolaires : absentes de la formation initiale

Durant la formation médicale initiale, aucun item ne parle de violences scolaires. Les violences conjugales sont souvent abordées durant l'internat de médecine générale à Angers mais il n'existe pas de cours dédiés pour les violences scolaires. Quant au DPC, aucune formation sur les violences scolaires n'a été trouvée pour l'année 2021. Afin de sensibiliser et former les médecins à ce sujet, il serait intéressant de créer des modules de prise en charge de l'enfant au cabinet intégrant les violences scolaires.

De rares ouvrages comme « Pédiatrie Ambulatoire » (19) et « Harcèlement en milieu scolaire » (6) parlent de la place des médecins généralistes vis-à-vis des violences scolaires. Dans le premier ouvrage cité, le chapitre "Repérage et accompagnement de l'enfant harcelé" (19) préconise d'interroger sur le vécu scolaire devant toute plainte psychologique. Il donne des conseils généraux tels que se former, dépister, travailler en réseau, aménager un climat d'écoute, voir l'enfant seul à seul et utiliser des outils mais n'évoque pas de méthode de dépistage médical spécifique à ce type de violence. La prise en charge proposée, quant à elle, s'adresse principalement aux professionnels scolaires. Dans le deuxième ouvrage, Hélène

Romano (6) indique que le médecin généraliste est une personne ressource car il connaît bien l'enfant. Il est également marqué comme un maillon de la chaîne mais aucune méthode de dépistage et de prise en charge n'est proposée.

2.3.2. Limites liées au secret médical

Du fait du secret médical et de l'impossibilité d'agir au sein de l'établissement, le rôle du médecin généraliste était très limité selon les praticiens interrogés. Il semble donc essentiel de pouvoir améliorer le lien entre le médecin et l'école via les médecins scolaires (28). Cependant, les médecins scolaires, dont la place est primordiale pour guider les équipes scolaires et améliorer les prises en charge, sont trop peu nombreux (6). Même s'ils ne sont pas présents au sein des écoles maternelles et élémentaires, les IDE scolaires pourraient être également des acteurs en lien avec le médecin à partir du collège.

La place du médecin généraliste n'est donc pas clairement établie mais les réformes sont récentes, les prochaines permettront peut-être une prise en charge en lien avec les médecins traitants.

2.4. Consultation de l'enfant : habitudes des médecins généralistes

2.4.1. Un dépistage rarement ciblé

Une autre étude (29), réalisée par Loaëc M., mettait en avant que les praticiens interrogés ne recherchaient pas systématiquement les violences scolaires. Le dépistage systématique de toutes les problématiques était jugé difficile, le sujet ne venait pas à l'esprit du praticien ou le médecin ne se voulait pas trop intrusif dans ses questions. Une majorité d'entre eux interrogeait tout de même sur le bien-être à l'école sans cibler particulièrement les violences. Laisser l'enfant libre de parler des violences était important pour des médecins. Le travail de

Heitz M, évoque quant à lui, un faible recours au médecin généraliste et des méthodes de dépistage souvent infructueuses. (30)

Il semble tout d'abord essentiel d'évoquer le thème de la « bientraitance » pour la prise en charge de ce sujet complexe. Cette notion est décrite par l'ANESM à travers des recommandations de bonnes pratiques destinées au secteur médico-social. C'est une démarche « impliquant avant tout, malgré les séparations et les ruptures, de respecter la continuité du développement de l'enfant dans son histoire, non plus à court terme, mais envisagée dans un projet d'avenir, et de l'aider à construire son identité dans la sécurité affective et l'épanouissement de toutes ses possibilités ». (31)

Les méthodes d'interrogation de l'enfant et de l'adolescent sont particulières. Le pédiatre A. Le Blanc évoque la nécessité d'aborder les consultations avec l'enfant en plusieurs étapes souvent imbriquées : informer, écouter et rechercher l'opinion et le consentement de l'enfant (32). « L'écoute de l'enfant et de l'adolescent est un état d'esprit qui doit se former et se renouveler. » A. Le Blanc

Ce type de consultation, qui requiert également la confiance de l'enfant, implique de passer du temps. Mettre en place une cotation spécifique pour prendre en charge les consultations de dépistage chronophage pourrait être une solution. Après un signalement parental, des professionnels mettent en avant la nécessité de voir l'enfant seul pour créer un climat de confiance et faciliter les échanges (19).

2.4.2. Une prise en charge limitée avec les personnes ressources

La majorité des praticiens proposait d'orienter vers des psychologues afin de compléter leur prise en charge. Un praticien évoquait les psychologues scolaires, mais ces derniers sont

rares car non rattachés à un seul établissement. Quelques-uns signalaient que l'orientation vers le pédopsychiatre était difficile. En effet, les temps d'attente pour un premier rendez-vous chez le pédopsychiatre en Mayenne sont de 3 à 6 mois (2005) (33). Un article de la revue « L'information psychiatrique » (34), met en avant l'insuffisance de coopération entre les deux spécialités et propose des solutions pour améliorer les échanges et développer les soins partagés. Les échanges entre le médecin généraliste et ce spécialiste sont donc un frein à la prise en charge en cas de troubles importants.

Les médecins généralistes ont cité les médecins scolaires comme personnes ressources mais signalaient ne pas se mettre en contact avec eux en cas de violences scolaires. La littérature mentionne que le médecin généraliste connaît peu les missions du médecin scolaire et ne sait pas comment le contacter (26). La création d'un annuaire de professionnels spécialisés en violences scolaires pourrait prendre tout son sens pour faciliter les prises en charge.

2.5. Amélioration des pratiques

Les praticiens proposaient au sein de leur cabinet, une consultation annuelle où ils pourraient interroger sur des problématiques scolaires de manière systématique. Un des praticiens présumait qu'en parlant systématiquement de ce sujet, les enfants pourraient percevoir leur médecin comme une personne ressource. Les supports papier comme des affiches étaient plébiscités. En 2009, les médecins généralistes sont près de 70 % à déclarer que les supports écrits d'information permettent de mieux remplir les missions de prévention et d'éducation à la santé (35). Des échelles d'évaluation avec critères de gravité et un annuaire de professionnels spécialisés en violences scolaires étaient également cités par les praticiens interrogés. Concernant la prise en charge extérieure, quelques praticiens avaient proposé de

s'affranchir du secret médical en cas de danger pour l'enfant. *Article L.226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles* : « Par exception à l'article 226-13 du Code pénal, [...] les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance [...] sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. » (36)

Pour une prise en charge globale, il serait également intéressant de faciliter les échanges entre les différents acteurs et favoriser les rencontres pluridisciplinaires. Les autorités de santé pourraient préciser le rôle exact du médecin généraliste dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des violences scolaires à travers les formations et les campagnes de sensibilisations. Il pourrait être également intéressant de mettre des prospectus d'auto-questionnaires dans les salles d'attente afin de libérer la parole.

Conclusion

Les violences scolaires sont un sujet complexe et un véritable problème de santé publique. Malgré une libération de la parole des victimes et des campagnes de sensibilisation de plus en plus actives, les médecins généralistes sont encore trop peu sollicités en cas de souffrance. Leur rôle n'est en effet, ni défini aux yeux de la société, ni déterminé au moment de leurs formations. Les pratiques des médecins généralistes, révélées par cette étude, permettaient de connaître les limites du dépistage et des prises en charge. Améliorer la formation médicale et favoriser les échanges entre les différentes personnes ressources seraient des pistes pour faire évoluer les pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la violence et la santé: résumé. Geneva; 2002. 44 p.
2. Bellon J-P, Gardette B. Le rôle des pairs dans la constitution du harcèlement scolaire. Extraits de l'ouvrage « Harcèlement et brimades entre élèves, la face cachée de la violence scolaire ». 2010. 7 p.
3. De Saint Martin C. Nommer les violences scolaires. Des incivilités au harcèlement scolaire. 2012;(87). 119-26.
4. UNESCO. Au-delà des chiffres: en finir avec la violence et le harcèlement à l'école. UNESCO Bibliothèque Numérique. 2019. 70 p.
5. Catheline N. Harcèlements en milieu scolaire. Enfances Psy. 2009;45(4). 82 p
6. Romano H. Harcèlement en milieu scolaire : victimes, auteurs : que faire ? Paris. Dunod; 2015. 23 p.
7. Debarbieux E. La violence en milieu scolaire: État des lieux. Esf Editeur; 1999. 188 p.
8. Perrin H, Baudier F. La violence des jeunes scolarisés : un enjeu de santé. adsp. 2003;n°44. 9-15.
9. Debarbrieux E. Une enquête de victimisation et climat scolaire auprès d'élèves du cycle 3 des écoles élémentaires : À l'école des enfants heureux...enfin presque. Bordeaux; 2011. 42 p.
10. Evrard L. Résultats de la première enquête nationale de victimisation au sein des collèges publics au printemps 2011. Ministère éducation nationale et vie associative. 2011. 8 p.
11. Hubert T. La perception du climat scolaire par les collégiens reste très positive. DEPP. 2013. 6 p.
12. Rosenwald F. Résultats de l'enquête de climat scolaire et victimisation, auprès des lycéens pour l'année scolaire 2017-2018. 2018. 4 p.
13. Blaya C. Le cyberharcèlement chez les jeunes. Enfance, vol. 3, (3). 2018. 421-439.

14. Bellon J-P, Gardette B. Harcèlement et brimades entre élèves: la face cachée de la violence scolaire. Paris: Fabert; 2010. 12-23
15. Wolke D, Copeland WE, Angold A, Costello EJ. Impact of Bullying in Childhood on Adult Health, Wealth, Crime, and Social Outcomes. Psychol Sci. oct 2013;24(10). 1958-70
16. Horcholle L. Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire et leurs attentes vis à vis du médecin généraliste. Lyon. 2016.
17. Dewulf M-C, Stilhart C. Le vécu des victimes de harcèlement scolaire. Mt pédiatrie. 2005;8(2). 95-100.
18. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux. La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil. HAS; 2018.
19. Gatard R. Repérage et accompagnement de l'enfant harcelé. Martin Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire. 2014. (38). 452-459.
20. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences, 2011.
21. Dewulf MC, Stilhart C. Le vécu des victimes de harcèlement scolaire, MT Pédiatrie; 2005 Avr; 8(2). 95-101.
22. Guillet C. Cyberviolences chez les jeunes : le rôle de détection et de prévention du médecin généraliste. egora.fr. 2021
23. Vessey JA, Difazio RL. "I Didn't Even Know You Cared About That Stuff": Youths' Perceptions of Health Care Provider Roles in Addressing Bullying. Journal of Pediatric Health Care. 2017
24. Auvray L, Le Fur P. Adolescents, Etat de santé et recours aux soins. Bulletin d'information en économie de la santé n°49. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la Santé. Paris: 2002.
25. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? Rev Prat. 2005; 55. 1073-1077

26. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Non au harcèlement, Protocole de traitement des situations de harcèlement dans le premier degré. 2016. 18 p
27. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Non au harcèlement, Protocole de traitement des situations de harcèlement dans les collèges et les lycées. 2015. 19 p
28. Hassid Corchia Laurene. Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge d'enfants âgés de 3 à 18 ans atteints de maladies chroniques et ou de handicaps dans le département du val d'Oise. Paris. Faculté de médecine. 2014
29. Loaec M. Etat des lieux de la pratique de médecins généralistes d'Ille et Vilaine dans le dépistage et la prise en charge d'un enfant ou adolescent victime de harcèlement scolaire entre pairs. Rennes. Faculté de médecine. 2017
30. Heitz M. Dépistage et prise en charge des victimes du harcèlement scolaire. Lyon 1. Faculté de médecine. 2019
31. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux. La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre. HAS. 2018
32. Leblanc, A. Le pédiatre à l'écoute de l'enfant. *Enfances & Psy*, 3(3), 2007. 128-135.
33. Syndicat Inter hospitalier en santé mentale de la Mayenne. Délais d'attente pour une consultation psychiatrique en Mayenne. Commandité par l'Observatoire Régional de la santé des Pays de la Loire. 2005 – 2006
34. Hardy-Baylé, M. & Younès, N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'information psychiatrique*, 5(5), 2014. 359-371.
35. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011. 266 p
36. Roche Dominguez C. Le secret médical chez les patients mineurs. *Journal du droit des jeunes*, vol. 313, no. 3, 2012. 25-29.

Liste des tableaux

Tableau I10

Tableau IIIII

Table des matières

INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	6
RÉSULTATS.....	9
1. Description de l'échantillon et des entretiens.....	9
1.1. Description de l'échantillon.....	9
1.2. Description des entretiens.....	10
2. Violences scolaires rencontrées au cabinet	10
2.1. Les violences scolaires : motif de consultation en cabinet de médecine générale	10
2.2. Victimes et agresseurs.....	11
2.3. Types de violences	12
2.4. Conséquences des violences	12
3. Dépistage et prise en charge en amont de la consultation médicale	13
3.1. Dépistage des violences scolaires hors cabinet	13
3.2. Prise en charge des violences scolaires hors cabinet.....	14
4. Dépistage au cabinet du médecin généraliste.....	15
4.1. Accueil des violences scolaires au cabinet.....	15
4.2. Méthodes médicales pour dépister les violences scolaires.....	16
5. Stratégie de prise en charge des violences scolaires	18
6. Limites et freins au dépistage et prise en charge des violences scolaires ..	20
6.1. Limites et freins généraux.....	20
6.2. Limites et freins du praticien	21
6.3. Limites et freins du patient.....	23
7. Propositions pour améliorer dépistage et prise en charge des violences scolaires.....	24
8. Place du médecin	25
8.1. Statut du médecin	25
8.2. Vécus des médecins	26
DISCUSSION ET CONCLUSION	28
LISTE DES TABLEAUX	40
TABLE DES MATIERES.....	41
ANNEXES.....	I

Annexes

Annexe 1 : Grille COREQ, traduction française

Tableau 1. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 2

Médecin	Consultation pédiatrie/semaine	Stage-internat	Formation - DPC Pédiatrie	Temps d'entretien
MG1	20-30	PMI	DU et DPC Pédiatrie	46"10
MG2	10-20cs	SAFE	-	21"54
MG3	10-20cs	-	-	26"23
MG4	>30	-	-	36"19
MG5	>30	Pédiatrie	-	24"36
MG6	20-30cs	Pédiatrie	-	16"32
MG7	20-30cs	SAFE - PMI	-	23"43
MG8	10-20cs	Pédiatrie	-	16"50
MG9	20-30cs	PMI	-	21"34
MG10	>30	-	-	42"48

Tableau II: Consultation et formation en santé de l'enfant/ Temps d'entretien

ÉCOLE & EPLE

PLAN DE PRÉVENTION DU HARCÈLEMENT ENTRE ÉLÈVES

Les incontournables pour agir sur le harcèlement
et les cyberviolences par le climat scolaire

Partenariat

- Connaître et diffuser aux équipes les ressources locales, académiques, départementales et nationales
- Organiser des réunions partenariales autour du règlement intérieur
- Organiser les circuits d'information avec les partenaires
- S'appuyer sur les partenaires pour le traitement (prise en charge individuelle)

Pédagogie et coopération

- Travailler la question du harcèlement et du cyberharcèlement en EMC
- Intégrer cette thématique dans le parcours citoyen, le parcours éducatif de santé et le socle commun de connaissances, de compétences et de culture
- Travailler, au sein de la classe, sur les compétences psychosociales des élèves
- Expliciter les usages appropriés et inappropriés des applications et des matériels dans le cadre de l'éducation aux médias et à l'information

Des élèves acteurs de la prévention

- Sensibiliser les élèves de façon régulière et sur le long terme
 - Motiver les élèves par des actions concrètes
 - Donner aux élèves un moyen de signaler les situations problématiques
- ATTENTION : un plan qui ne repose que sur des actions conduites par les élèves pour les élèves (peer to peer) est contreproductif

Justice scolaire

- Mettre en place des règles claires appliquées par tous (adhésion de tous les adultes)
- Faire participer les élèves à l'élaboration des règles
- Respecter les principes généraux du droit (individualisation de la sanction, etc.)
- Utiliser les mesures de responsabilisation
- Inclure la question des cyberviolences dans le règlement intérieur

Coéducation

- Communiquer en direction des parents d'élèves sur le harcèlement et les cyberviolences
- Savoir accueillir la parole des parents de l'élève victime ou auteur
- Suivre les situations de harcèlement avec un retour régulier aux parents, même lorsqu'elles se déroulent en partie sur Internet

Qualité de vie à l'école

- Savoir accueillir les nouveaux arrivants
- Organiser des événements collectifs
- Surveiller les espaces communs (cour de récréation, couloirs, sanitaires, installations sportives, etc.) et développer la bienveillance interpersonnelle

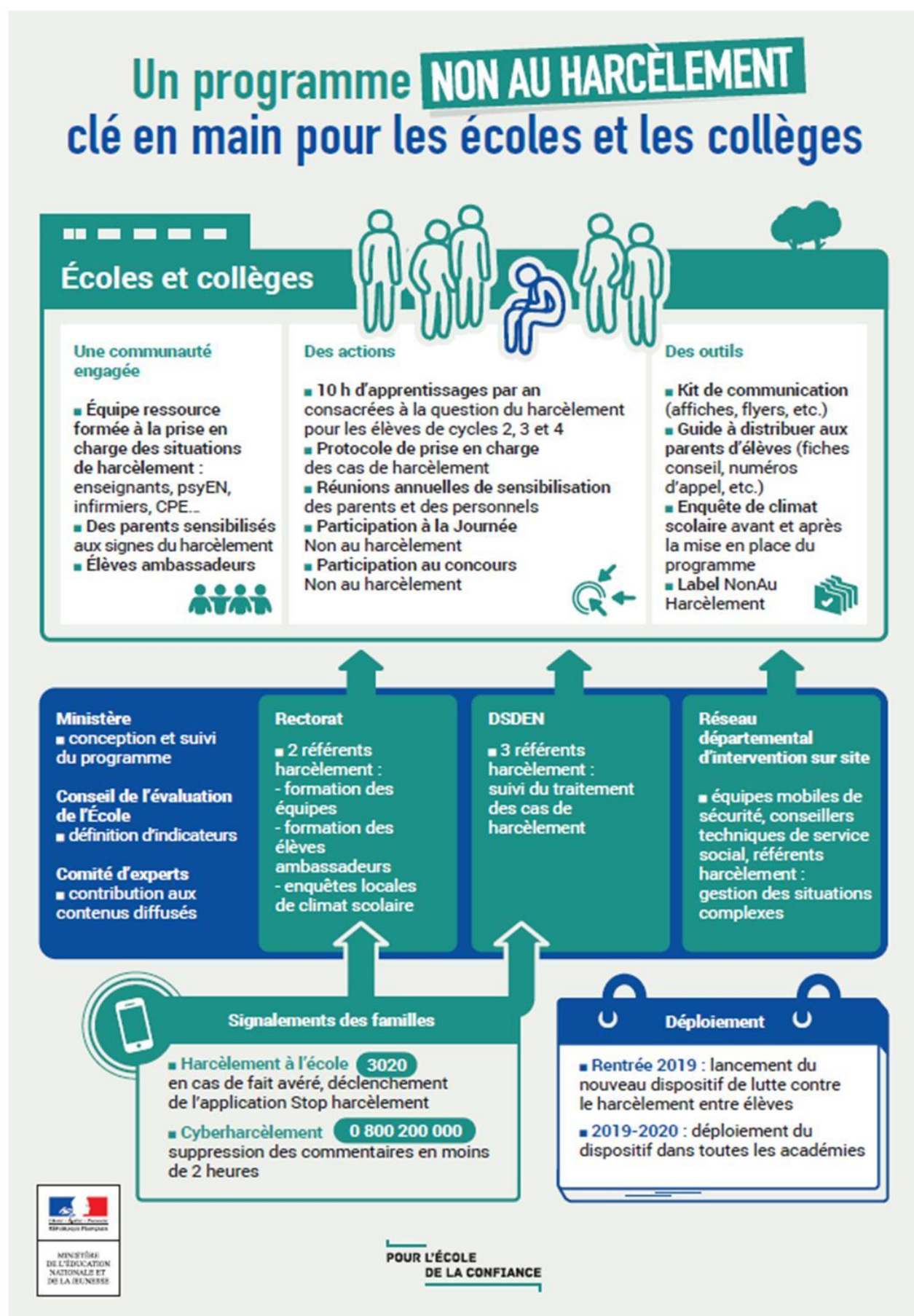
Stratégie d'équipe

- Sensibiliser tous les personnels (administratifs et techniques compris) régulièrement et sur le long terme
- Former des personnes ressources pour la prise en charge
- Formaliser le circuit d'information dans l'établissement
- Former les adultes aux cyberviolences

NON AU HARCÈLEMENT

Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse - Novembre 2018

**POUR L'ÉCOLE
DE LA CONFIANCE**



Annexe 5 : Questionnaire final

1- Pouvez-vous me raconter une consultation pendant laquelle vous avez été confronté à une situation de violence scolaire ?

Comment avez-vous vécu cette consultation ?

Pouvez-vous me décrire votre prise en charge?

2- Avez-vous rencontré d'autres situations de violences ?

3- Comment abordez-vous les violences scolaires en consultation ?

Quand privilégiez-vous le dépistage ?

Auprès de quels enfants ? Tranche d'âge ?

Y a-t-il des symptômes qui vous font penser aux violences scolaires ?

Qui vous interpelle sur les violences scolaires lorsque vous ne les dépistez pas ?

4- De manière générale, comment vivez-vous les consultations abordant les violences scolaires?

Avez-vous eu d'autres vécus ?

Quelles difficultés rencontrez-vous ?

Quels sont vos freins au dépistage des violences scolaires?

5- Décrivez-moi quelle place vous avez dans le dépistage de ce type de violences?

6- Avez-vous des remarques ?

Dépistage et prise en charge des mineurs victimes de violences scolaires en cabinet de médecine générale

RÉSUMÉ

Introduction : Les violences scolaires sont un sujet d'actualité et de santé publique. Qu'elles soient physiques, psychologiques, sexuelles, ou matérielles, elles concernent tous les milieux socio-culturels et tous les types d'établissements scolaires. Les conséquences sont nombreuses et parfois sévères. Les enquêtes menées depuis 2011, ont permis de révéler qu'une majorité d'élèves subissait ce type de violence au cours de leur scolarité. Cette étude s'intéresse aux pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des violences scolaires ainsi qu'aux freins rencontrés pour son dépistage et sa prise en charge.

Méthodes : Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes installés en Mayenne ou en Maine-et-Loire. Ils ont été retranscrits et analysés grâce à un double codage thématique.

Résultats : L'étude a révélé que les violences scolaires étaient un motif de consultation rare et complexe. Les entretiens ont mis en évidence que les connaissances cliniques du médecin généraliste étaient limitées dans ce domaine. Le manque de formation et d'expérience était en partie un frein au dépistage et à la prise en charge de ces violences. Le médecin généraliste n'était généralement pas perçu comme un recours pour cette problématique. Les habitudes de dépistage permettaient de découvrir peu de violences scolaires. Les médecins généralistes avaient également un champ d'intervention limité et peu de personnes ressources. Pour améliorer leurs pratiques, ces derniers proposaient de nombreuses solutions telles que des supports papier, une revalorisation des consultations de prévention, un dépistage systématique et un accès à des professionnels spécialisés dans les violences scolaires.

Conclusion : Malgré les campagnes de prévention qui se renforcent, le rôle du médecin généraliste n'a pas encore été précisé dans ce domaine. Cette étude met en évidence la nécessité de former les médecins généralistes pour faciliter le diagnostic et la prise en charge du patient. Enfin, il serait intéressant de créer un protocole pour favoriser la communication entre les différentes personnes ressources tels que les parents, les professionnels de l'éducation et les professionnels de santé.

Mots-clés : Violences scolaires, médecin généraliste, dépistage, prise en charge

Screening and care of minors, victims of violence at school in general medical practice

ABSTRACT

Introduction: School violence is a topical and public health issue. Whether physical, psychological, sexual, or material, they affect all socio-cultural backgrounds and all types of schools. The consequences are numerous and can be severe. Surveys carried out since 2011 have shown that a majority of students was subjected to such violence during their education. This study explores usages of general practitioners regarding school violence and hurdles to screening and care.

Methods: Ten semi-structured interviews were conducted with general practitioners settled in Mayenne or Maine-et-Loire. They were transcribed and analyzed thanks to double thematic coding.

Results: The study revealed that school violence was a rare and complex reason for consultation. The interviews showed that the clinical knowledge of the general practitioner was limited in this area. The lack of training and experience hindered to a certain extent the screening and care of such violence. The general practitioner was usually not considered for this concern. Screening practices only detected very few school violence cases. General practitioners also had a limited scope and few resource people. To improve their practices, the interviewees came up with solutions such as paper supports, prevention consultations enhancement, systematic screening, and access to health care professionals with expertise in school violence.

Conclusion: Despite the increase in prevention campaigns, the role of the general practitioner has not been specified in this area yet. This study highlights the need to train general practitioners to foster the diagnosis and care of the patient. Finally, it would be interesting to establish guidelines to encourage communication between parents, education professionals and health professionals.

Keywords : School violence, general practitioner, screening, care