

Liaisons néfastes à l'école : victimes et intimidateurs

Jean-Jacques Breton, MD, M Sc

Le cas d'une victime

Philippe est un garçon de 10 ans inscrit en 4^e année. Il est dirigé en pédopsychiatrie par le psychologue parce qu'il a écrit dans le journal de l'école et sur un mur qu'il voulait tuer un garçon de 6^e année qui lui causait trop de problèmes. Philippe est obèse. Le garçon de 6^e année se moque de lui en l'affligeant de quolibets au sujet de son obésité, en lui faisant des menaces et en le bousculant dans les escaliers et la cour de récréation. Au moment de son évaluation, on apprend que l'enseignante vient de trouver un couteau de chasse dans le sac d'école de Philippe.



- Il vit avec ses deux parents biologiques et son frère âgé de 8 ans.
- Il est lunatique et peu motivé aux apprentissages.
- Il a doublé sa deuxième année.
- Il est très timide et renfermé et il ne parle pas de ses problèmes. Il se plaint souvent de maux de tête.
- Il frappe son jeune frère régulièrement, surtout au retour de l'école.
- Les deux parents travaillent à temps plein.
- Il y a beaucoup de tension à la maison.
- La mère ne réussit pas à se faire écouter et le père perd souvent patience.
- Philippe a un seul ami qu'il rencontre de façon irrégulière.
- Les jeux vidéo occupent tout son temps et il préfère les contenus violents. Il excelle en dessin, mais ses productions sont très agressives.

Au cours de l'examen psychiatrique, il demeure fermé, nie tout problème important et dessine une tête de serpent menaçante. Toute la vie émotionnelle de Philippe est contenue et non exprimée verbalement. L'intimidation vécue à l'école est déplacée en partie vers le jeune frère. Les thèmes agressifs occupent presque toute son imagination. Philippe n'est pas en bonne relation avec ses parents. Le risque de passage à l'acte est important. Une intervention en pédopsychiatrie est rapidement mise en place.

Qu'est-ce que l'intimidation?

L'intimidation en milieu scolaire constitue une forme de violence particulièrement nocive. En effet, elle cible des jeunes vulnérables et souvent marginalisés et peut conduire à des suicides. Elle se définit de la façon suivante : « Un jeune est victime d'intimidation lorsqu'il est exposé de façon répétée et continue à des actions négatives de la part d'une ou de plusieurs personnes ».¹ Un jeune peut être une victime, un intimidateur ou à la fois victime et intimidateur. Les actions négatives se divisent en agressions directes et indirectes. Les agressions directes sont soit verbales (se faire menacer, se faire crier des noms, etc.), soit physiques (recevoir des coups, être poussé, subir des attouchements sexuels non désirés, etc.). Les agressions indirectes comprennent l'exclusion sociale, la diffusion de fausses rumeurs et les calomnies. Toutes ces

Le cas d'un intimidateur

Sophie est une jeune adolescente de 13 ans dirigée en pédopsychiatrie par la travailleuse sociale du CLSC pour des comportements oppositionnels qui durent depuis 2 ans. Un suivi par un médecin au CLSC et par un éducateur à domicile n'a pas donné de résultats.



- Elle vivait jusqu'à tout récemment avec sa mère biologique et vient d'être admise en centre d'accueil.
- Elle faisait des crises à la maison, allant jusqu'à frapper sa mère.
- Ses parents sont séparés depuis sa naissance et elle voit irrégulièrement son père toxicomane.
- À l'école secondaire, elle est agressive envers les enseignants et elle intimide verbalement et physiquement les autres jeunes.
- Elle a été élevée dans un climat de violence puisque sa mère a souvent été victime de violence conjugale par plusieurs conjoints qui présentaient des problèmes de drogue.
- Sophie est agressive et peu accessible.
- L'autocritique est très faible.

Un diagnostic de trouble des conduites est posé et la poursuite du placement en centre d'accueil est recommandée.

Le **Dr Breton** est professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal et pédopsychiatre, Clinique Sud-Est, Hôpital Rivière-des-Prairies. Il est aussi chercheur au Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et au Centre de recherche Fernand-Seguin.

Tableau 1

Les statistiques sur la victimisation au Québec

Dans les écoles primaires

Les expériences de victimisation vécues à 3 reprises ou plus depuis le début de l'année scolaire touchent :

- 21 % des garçons âgés de 9 ans
- 14 % des filles âgées de 9 ans

Dans les écoles secondaires

Les prévalences diminuent à :

- 13 % et à 3 % chez les garçons et les filles âgés de 13 ans
- 3 % et 2 % chez les garçons et les filles âgés de 16 ans

actions négatives s'accompagnent d'une intention hostile visant à dénigrer, à ridiculiser et à rabaïsser la victime.

Quelles sont les prévalences?

Le Canada se compare aux autres pays quant à la prévalence des problèmes d'intimidation et de victimisation. Dix-sept pour cent des garçons et 18 % des filles de 6^e année et de secondaire 2 et 3 rapportent avoir été intimidés à au moins 2 reprises au cours des 5 jours ayant précédé l'enquête, en 2002. Ces statistiques situent le Canada au 9^e rang parmi 39 pays au sujet de la victimisation. De plus, 10 % des garçons et 7 % des filles de ces mêmes niveaux scolaires rapportent avoir intimidé d'autres jeunes, ce qui place le Canada au 17^e rang parmi 36 pays au niveau de l'intimidation.²

Quelle est l'influence du sexe et de l'âge?

Les prévalences de la victimisation et de l'intimidation sont généralement plus élevées chez les garçons

que chez les filles. De plus, les garçons recourent davantage aux agressions directes que les filles, celles-ci utilisant proportionnellement davantage les agressions indirectes que ne le font les garçons. La puberté et les fréquentations entre filles et garçons ouvrent la voie à de nouvelles manifestations de problèmes d'intimidation sous forme de violence dans le cadre de relations amoureuses à l'école secondaire.³

Les prévalences des problèmes d'intimidation et de victimisation diminuent avec l'âge.² Les écoles primaires sont plus touchées par cette forme de violence que ne le sont les écoles secondaires. Les résultats de l'enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois qui s'est déroulée en 1999 sont particulièrement éloquentes à cet égard (tableau 1). Les différences importantes quant au développement physique, cognitif et affectif entre les enfants qui entrent à l'école et ceux en 5^e et 6^e années contribuent à des prévalences plus élevées dans les écoles primaires. Les comportements de victimisation les plus fréquents au Québec sont de se faire crier des noms, se faire menacer de se faire frapper ou de se faire détruire des biens et, finalement, de se faire frapper et pousser violemment.⁴

Les prévalences des problèmes d'intimidation et de victimisation varient également selon l'informateur : le jeune, le parent ou l'enseignant. La prévalence des problèmes de victimisation obtenue en questionnant le jeune est plus élevée que celles observées en s'adressant aux parents ou aux enseignants.^{5,6} Les jeunes qui vivent ces expériences de victimisation et les conséquences psychologiques qui en découlent représentent les informateurs à privilégier lors de la visite médicale.

Qu'est-ce qui caractérise les victimes et les intimidateurs?

Les caractéristiques physiques et psychologiques qui définissent les victimes et les intimidateurs sont présentées au tableau 2.

Qu'est-ce qui caractérise les familles des intimidateurs?

Les familles des intimidateurs se caractérisent par des interactions hostiles, des pratiques éducatives non cohérentes et le recours à des comportements coercitifs par les parents pour régler les conflits, ce qui incite le jeune à utiliser les mêmes stratégies dans ses relations avec ses pairs.⁶

Comment identifier les victimes?

Le médecin est bien placé pour identifier ces jeunes dont les expériences de victimisation ne sont pas nécessairement connues des parents. Un état de stress chronique peut être envisagé en présence d'un enfant d'âge scolaire qui fait des infections à répétition. Le stress peut être dû à de nombreuses causes, dont un problème d'intimidation vécu à l'école. Des maux de tête ou de ventre inexplicables peuvent être causés par des agressions répétées subies en milieu scolaire. Ainsi en est-il des troubles du sommeil et de l'énurésie. Les enfants et adolescents présentant des problèmes physiques, des retards de développement ou des troubles d'apprentissage peuvent également être l'objet d'intimidation en milieu scolaire.

Tableau 2

Les caractéristiques des victimes et des intimidateurs

Victimes		Intimidateurs	
Physiques	Psychologiques	Physiques	Psychologiques
Petite taille ¹	Anxiété, dépression, idées suicidaires et problèmes psychiatriques ^{2,6,7}	Plus forts que leurs victimes et plus vieux qu'elles ²	Symptômes intériorisés (anxiété, dépression) et symptômes extériorisés (problèmes de comportement) ⁶
Jeunes qui ne se défendent pas lorsqu'ils font l'objet d'insultes, de menaces ou de coups ²	Mauvaise estime d'eux-mêmes, isolés parmi les pairs, ont peu ou pas d'amis ⁸		Souvent agressifs envers les enseignants et les parents
Jeunes moins forts physiquement ²	Absentéisme scolaire ⁵		Impulsivité, hyperactivité, comportements d'opposition et actes de délinquance ^{2,7}
Présentent plus souvent des problèmes physiques (obésité, fissures palatines, etc.), un syndrome d'Asperger ou des troubles d'apprentissage ³			
Présentent plus souvent des troubles du sommeil, de l'énurésie et des maux de têtes ou de ventre au moins une fois par semaine ⁴			
Incidence plus élevée de lésions buccales ⁵			

Adapté de :

1. Voss, LD, Mulligan, J : Bullying in school: Are short pupils at risk? Questionnaire study in a cohort. *BMJ* 320:612, 2000.
2. Olweus, D : Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiat* 35:1171, 1994.
3. Leff, S : Bullied children are picked on for their vulnerability. *BMJ* 318:1076, 1999.
4. Williams, K, Chambers, M, Logan, S, et coll. : Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *BMJ* 313:17, 1996.
5. Rigby, K : The relationship between reported health and involvement in bully/victim problems among male and female secondary schoolchildren. *J Health Psychol* 3(4):465, 1998.
6. Kalliala-Heino, R, Rimpelä, M, Marttunen, M, et coll. : Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: School survey. *BMJ* 319:348, 1999.
7. Craig, WM, Dev. Peters, R, Konarski, R : L'intimidation et la victimisation chez les enfants d'âge scolaire au Canada. Direction générale de la recherche appliquée, politique stratégique. Développement des ressources humaines du Canada, W-98-28F, 39 p., 1998.
8. Egan, SK, Perry, DG : Does low self-regard invite victimization? *Dev Psychol* 34:299, 1998.

Le profil psychologique de l'enfant est également important à considérer. Ces jeunes intimidés peuvent être inquiets ou tristes. Ils n'aiment généralement pas

l'école et trouvent mille et une raisons pour ne pas s'y rendre. L'absentéisme scolaire peut parfois évoluer vers une phobie scolaire. Le jeune peut d'ailleurs

À retenir...

- L'intimidation représente une forme de violence plutôt courante en milieu scolaire.
- Elle est très préoccupante, puisqu'elle cible des jeunes qui éprouvent déjà des problèmes physiques ou psychologiques et que cela accentue leur état d'infériorité et de marginalisation.
- Les intimidateurs vivent aussi des problèmes de relation avec les adultes significatifs de leur entourage et peuvent également éprouver de la détresse psychologique.
- Le médecin peut sensibiliser la victime ou l'intimidateur et ses parents aux différents aspects des problèmes d'intimidation et de victimisation et appuyer l'action des parents en milieu scolaire.

invoquer des maux de tête ou de ventre pour pouvoir demeurer à la maison le matin.

Comment identifier les intimidateurs?

L'identification des comportements d'intimidation fait partie de l'évaluation clinique des jeunes dont les parents consultent parce qu'ils sont hyperactifs, opposants ou agressifs. L'intimidation constitue un comportement agressif parmi plusieurs autres généralement observés dans plusieurs milieux de vie. Elle constitue souvent un symptôme des troubles du comportement perturbateur. Ces troubles mentaux sont le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble d'opposition avec provocation et le trouble des conduites.⁷ L'omnipraticien et le pédiatre sont appelés à aider ces jeunes et leurs parents dans le cadre de leur pratique.⁸

Que faire en pratique clinique?

L'évaluation

Une possibilité d'intimidation devrait être considérée en présence d'un jeune qui fait preuve d'opposition et d'agressivité envers ses pairs. Le praticien devrait par ailleurs envisager une possibilité de victimisation devant un jeune d'âge scolaire qui présente des anomalies physiques ou des symptômes somatiques inexplicables associés à de l'inhibition. Il ne doit pas hésiter à poser directement des questions au jeune au sujet de sa perception de l'école et des problèmes qu'il y rencontre. En présence de victimisation, une appréciation des idées dépressives et des tendances suicidaires fait partie de l'évaluation. La présence ou l'absence d'un plan ou de tentatives suicidaires antérieures permet alors de juger du risque suicidaire et de décider de la pertinence d'une référence en pédopsychiatrie.⁹

Nommer et circonscrire le problème permet au médecin de sensibiliser les parents aux conséquences somatiques (pour les jeunes victimes) et psychologiques des problèmes d'intimidation et de victimisation. La responsabilité de communiquer avec l'école pour discuter du problème et s'entendre sur la conduite à suivre revient aux parents, mais le médecin ne doit pas hésiter à contacter la direction de l'école si les parents ont besoin de son aide.

La prise en charge

Au terme d'une évaluation médicale qui met en évidence un problème d'intimidation ou de victimisation, deux possibilités se présentent.

1. Le problème ou les symptômes et certaines conséquences sont connues et le jeune est suivi par un professionnel en santé mentale. Ce suivi peut

se faire à l'école, au CLSC ou dans un centre de services spécialisés en santé mentale (pédopsychiatrie, centres jeunesse, etc.). Le médecin peut alors demander un résumé de l'intervention et communiquer au service concerné les résultats de son évaluation, surtout devant un problème de victimisation qui comporte des conséquences somatiques.

2. Le problème n'est pas connu et le jeune n'est pas suivi. L'omnipraticien ou le pédiatre a alors le choix d'assumer la prise en charge ou de recourir à une ressource spécialisée en santé mentale. La décision s'appuie sur les critères suivants : la nature et l'importance des symptômes, le fonctionnement général du jeune, les antécédents personnels et familiaux et la disponibilité d'une ressource spécialisée en santé mentale.

Dans le contexte de son suivi des symptômes et du fonctionnement, le médecin devrait également accorder une importance particulière aux activités pratiquées avec les autres enfants, cela incluant la participation à des sports de groupe et des camps de vacances.

La prise en charge d'un jeune qui intimide ses pairs est similaire à celle préconisée pour les jeunes ayant des troubles de comportement. Une meilleure compréhension du rôle du médecin auprès des jeunes avec troubles de comportement et de leurs parents peut faciliter la guidance parentale.⁸ 

Références

1. Olweus, D : Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiat* 35(7):1171, 1994.
2. Craig, WM, Pepler, DJ : Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization. *Can J Psychiatry* 48(9):577, 2003.
3. Lavoie, F, Vézina, L : Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence. Dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*. Institut de la statistique du Québec, 471, 2002.
4. Fortin, L : Violence et problèmes de comportement. Dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*. Institut de la statistique du Québec, 451, 2002.
5. Kumpulainen, K, Räsänen, E, Henttonen, I : Children involved in bullying: Psychological disturbance and the persistence of the involvement. *Child Abuse Negl* 23(12):1253, 1999.
6. Craig, WM, Dev. Peters, R, Konarski, R : *L'intimidation et la victimisation chez les enfants d'âge scolaire au Canada. Direction générale de la recherche appliquée, politique stratégique*. Développement des ressources humaines du Canada, W-98-28F, 39 p., 1998.
7. American Psychiatric Association : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV*. Paris, Masson, 1 008 p., 1996.
8. Breton, JJ, Smolla, N : Les troubles de comportement des jeunes. Comprendre et aider les parents. *Le Clinicien* 16(6):135, 2001.
9. Breton, JJ : Comment évaluer le risque de suicide chez les jeunes? *Le Clinicien* 14(10):127, 1999.