

Mémoire de Maîtrise en médecine No 5719

Harcèlement, qualité de vie et stratégies de coping chez les enfants et adolescents nés avec une fente oro-faciale

*(Bullying, quality of life and coping strategies among children
and adolescents born with an orofacial cleft)*

Etudiante

Solène Lecommandeur

Tutrice

Dre Carole Müller-Nix

Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent

Co-tuteur

Sébastien Urben

Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent

Expert

Dr Anthony De Buys Roessingh

Service de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent

Lausanne, le 10 décembre 2018

Table des matières

Résumé.....	3
Introduction.....	3
Méthodologie	3
Résultats.....	3
Conclusions.....	3
Introduction.....	4
Définition.....	4
Typologies et prévalence	4
Conséquences du harcèlement	6
Facteurs de risque et de protection.....	6
Questions de recherche et hypothèses	8
Méthodologie	9
Description de l'échantillon	10
Résultats.....	10
Données manquantes.....	11
Olweus Bully/Victim questionnaire révisé	11
Kidscreen-27	13
Cognitive Emotion Regulation Questionnaire	14
Description de différents profils.....	17
Discussion.....	18
Limitations de l'étude	20
Conclusions.....	21
Bibliographie	22
Annexes.....	25

Résumé

Introduction

Le harcèlement scolaire est une problématique actuelle au vu de l'intérêt grandissant pour le bien-être des enfants à l'école. En 1997, Olweus définit le terme de harcèlement (*bullying*) comme les actions négatives à l'encontre d'un élève, caractérisées par trois aspects : une intention de nuire, une asymétrie des forces entre agresseur et victime, et un caractère répétitif. Une prévalence des victimes de harcèlement de 5 à 10% a été observée chez des enfants et adolescents scolarisés dans le canton du Valais.

Le harcèlement peut être très difficile à vivre pour les enfants et adolescents qui en sont victimes, et amener à de graves conséquences sur leur bien-être, notamment des troubles internalisés chez les victimes. En outre, certains groupes d'enfants et d'adolescents risquent davantage de souffrir d'harcèlement, notamment les enfants ayant une différence physique, telle qu'une fente oro-faciale, ou du moins des séquelles après traitement de celle-ci. Cependant, grâce à des stratégies de coping (régulation émotionnelle face au stress), ces enfants et adolescents peuvent, dans une certaine mesure, apprendre à réguler ce stress pour en limiter les conséquences sur leur bien-être.

Méthodologie

Pour ce projet, 11 enfants/adolescents de 7.5 à 16 ans nés avec une fente oro-faciale ont rempli quatre questionnaires : Données sociodémographiques, *Olweus Bully/Victim questionnaire révisé (rBVQ)* (évaluation du harcèlement subi et infligé aux autres enfants), *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)*(stratégies de coping), et *Kidscreen-27* (qualité de vie à travers plusieurs dimensions).

Résultats

La prévalence des victimes et auteurs de harcèlement scolaire dans notre échantillon restreint s'est révélée être inférieure à celle de la population scolaire standard en Suisse. On note une diminution des taux de harcèlement subi et infligé avec l'âge. Concernant la qualité de vie, les participants à notre étude obtiennent des scores globalement similaires à la population normative européenne. Plus spécifiquement, le bien-être psychologique diminue chez les enfants les plus souvent victimes de harcèlement, ce qui reflète potentiellement un risque de troubles internalisés. A l'interprétation du CERQ, on constate que les enfants avec une fente ont légèrement plus souvent recours à des stratégies de coping que la normale, que celles-ci soient adaptatives ou non-adaptatives.

Conclusions

Pour conclure, à partir d'un échantillon très restreint, nous sommes plutôt rassurés par ces résultats, notamment du fait que les enfants porteurs d'une fente oro-faciale font preuve de bonnes capacités d'un point de vue social puisqu'ils ne sont pas plus impliqués dans des situations de harcèlement que les autres enfants, et se révèlent avoir une tout aussi bonne qualité de vie que la normale. Ils ont souvent recours à des stratégies de coping, ce qui est possiblement en lien avec les difficultés auxquelles ils ont dû faire face dans le contexte de leur maladie, mais également grâce à la prise en charge minutieuse dont ils bénéficient ; notamment de l'assistance psychologique, qui permet de détecter de potentiels problèmes à un stade précoce, et de les prendre en charge de façon adaptée.

Introduction

Les enfants nés avec une fente oro-faciale, ayant une différence physique évidente, sont des victimes potentielles en milieu scolaire. Le harcèlement scolaire est un phénomène qui a été beaucoup étudié dans le passé, mais qui reste une problématique actuelle au vu de l'intérêt grandissant pour le bien-être des enfants à l'école. Nous évoquerons dans cette introduction une définition du terme de harcèlement telle que nous l'avons utilisée pour cette étude, puis nous développerons différents aspects en lien avec ce phénomène : les prévalences dans différentes régions, les profils d'individus impliqués et les conséquences possibles sur les enfants qui en sont victimes ou auteurs. Nous étayerons ensuite de potentiels facteurs de risque et facteurs protecteurs pour être victime ou auteur de harcèlement scolaire, notamment le rôle des stratégies de coping utilisées par les enfants participant à ces situations. Pour cette étude, nous nous sommes particulièrement intéressés à la situation des enfants nés avec une fente oro-faciale, de leur implication dans des situations de harcèlement scolaire et des mécanismes psychologiques de coping qu'ils utilisent dans la vie quotidienne, en lien ou non avec leur malformation congénitale.

Définition

L'intérêt pour l'étude du harcèlement scolaire a débuté dans les années 1970 grâce aux travaux du psychiatre suédois Heinemann (1973) puis du psychologue suédo-norvégien Dan Olweus (1983). En 1997, Olweus définit le terme de harcèlement (*bullying* dans la littérature anglosaxonne) comme les actions négatives à l'encontre d'un élève, caractérisées par trois aspects : une intention de nuire, une asymétrie des forces (physiques, psychologiques ou relationnelles, ...), et un caractère répétitif. Il est donc important de distinguer le harcèlement des taquineries amicales, des moqueries occasionnelles ou encore des disputes ou batailles entre deux élèves de même force. Ce harcèlement peut également s'exprimer sous forme indirecte : par l'exclusion intentionnelle d'un groupe, ou encore la propagation de rumeurs dans le dos de la victime.

Typologies et prévalence

Dans une situation de harcèlement, au moins deux élèves jouent un rôle différent : la victime et l'agresseur. En cherchant à mieux comprendre les personnalités de ces enfants, Olweus observe, dans une étude de 1997 (1), trois types de jeunes impliqués dans des situations de harcèlement scolaire. Tout d'abord les victimes, chez qui il remarque des caractéristiques récurrentes, notamment une insécurité et une anxiété plus importante que chez un élève standard, une prudence et une sensibilité accrue, ainsi qu'une mauvaise estime de soi et un retrait social. Ces éléments ont tendance à montrer une image de faiblesse, et ainsi faire penser à leurs camarades qu'ils ne vont pas se défendre si on les agresse. Olweus décrit par ailleurs un sous-profil de victimes, qu'il appelle « provocatrices » et qui en concerne à peu près le cinquième, celles-ci souffrant souvent d'une hyperactivité et réagissant de manière agressive, ce qui irrite les membres de la classe et les incite à poursuivre les attaques. Deuxièmement, les agresseurs, qui sont décrits comme impulsifs avec peu de contrôle de soi (2), ayant une attitude agressive aussi avec les professeurs et leurs parents, peu d'empathie et un besoin de domination. Contrairement aux victimes, ils ont peu d'anxiété et une bonne estime de soi. Il existe souvent dans leur personnalité une composante antisociale. Pour finir, il évoque ce qu'il appelle les « *bully-victims* », qui sont à la fois des agresseurs et des victimes ; cette catégorie recoupe alors souvent celle des victimes provocatrices.

Une étude de Piguet, Moody & Bumann (3) estime une prévalence des victimes de harcèlement de 5 à 10% chez des enfants et adolescents scolarisés dans le canton du Valais. Les garçons sont plus fréquemment impliqués dans ces processus, surtout en tant qu'agresseurs mais aussi en moindre proportion en tant que victime (1–4). En effet, garçons et filles rapportent être le plus souvent victimisés par des garçons (5). Cette prédominance masculine se révèle être encore plus importante dans le groupe des bully-victims (5). Les prévalences des différents profils décrits par Olweus ont été étudiées plusieurs fois à l'aide du *revised Bully/Victim Questionnaire* d'Olweus - bien que jamais utilisé en Suisse chez les jeunes adolescents - tout d'abord en 2003 par Olweus lui-même associé à Solberg chez des écoliers de 11 à 15 ans en Norvège (4), puis lors des études de validation de la version française du questionnaire, en 2014 chez des adolescents français par Kubiszewski et al. (6), et en 2015 chez des écoliers français de cycle 3 par Guilheri et al. (7). Solberg et Olweus (5) remarquent aussi que la proportion de victimes diminue avec l'âge tout comme la proportion de bully-victims, en opposition aux agresseurs qui ont tendance à être plus nombreux dans les classes supérieures. Par ailleurs, une large étude de 2009 (8) s'est également intéressée à la prévalence du harcèlement scolaire chez des enfants de 8 à 18 ans dans 11 pays européens dont la Suisse, mais cette fois-ci mesurée à l'aide du questionnaire Kidscreen-52, qui s'intéresse de manière plus globale à la qualité de vie des enfants et comprend une question sur le harcèlement. Elle mesure alors une prévalence de 22.0% d'être victime de harcèlement en Suisse (contre 20.6% comme moyenne des 11 pays), et identifie différents facteurs associés au fait d'être victime : le jeune âge (risque quadruplé chez les 8-11 ans en comparaison aux 16-18 ans), les problèmes de santé mentale (risque triplé), un faible soutien social, et un bas niveau d'éducation des parents (risque doublé). Les prévalences établies lors de ces différentes études étant quelque peu divergentes, elles sont présentées dans la table 1 ci-dessous. Il est probable qu'au vu des différentes méthodes utilisées pour mesurer le harcèlement, la sensibilité de détection soit variable et explique ces divergences dans les résultats.

Table 1. Prévalence des différents profils impliqués dans le bullying selon les études citées

<i>Étude</i>	<i>Pays</i>	<i>Victimes</i>	<i>Agresseurs</i>	<i>Agresseurs-victimes</i>	<i>Prévalence totale victimes + agresseurs</i>
<i>Piguet, Moody et Bumann, 2013</i>	Suisse (Valais)	5-10%	-	-	-
<i>Solberg et Olweus, 2003</i>	Norvège	10.1%	6.5%	1.6%	18.2%
<i>Kubiszewski et al., 2014</i>	France	15.0%	8.0%	3.0%	26.0%
<i>Guilheri et al., 2015</i>	France	26.8%	5.6%	14.6%	47.0%
<i>Analitis et al., 2009</i>	Suisse	22.0%	-	-	-

Conséquences du harcèlement

Plus spécifiquement, le harcèlement peut être très difficile à vivre pour les enfants et adolescents, et amener à de graves conséquences sur leur bien-être. On reporte un taux considérable de troubles internalisés, notamment une souffrance psychologique importante chez ces enfants, qui se manifeste par des troubles du sommeil, des difficultés relationnelles (9), des symptômes de dépression (10) et d'anxiété ainsi que des symptômes psychosomatiques (par exemple céphalées, douleurs abdominales, troubles du sommeil) (3,11). Ce dernier élément semble significatif, étant en effet relevé dans une méta-analyse regroupant six études longitudinales et 24 études cross-sectionnelles (12). Ce point pourrait être une piste pour les pédiatres, afin de détecter les phénomènes de harcèlement scolaire chez les enfants présentant des plaintes médicales non expliquées. Les adolescents ayant subi du harcèlement rapportent également une satisfaction diminuée par leur apparence, avec plusieurs éléments corrélés à l'intensité et/ou à la fréquence des agressions : la baisse de la confiance en soi (10), les difficultés d'intégration sociale, la détresse psychologique (4,6), et des tendances dépressives en général (4). On note aussi une qualité de vie diminuée chez les enfants victimes, et ce persistant sur le long terme, avec tout de même un effet plus important du harcèlement actuel par rapport à celui subi dans le passé (10). Il est intéressant de noter qu'une partie de ces conséquences, plus particulièrement la dépression et la mauvaise estime de soi, peuvent persister sur le long terme, menant à une plus grande prévalence de ces troubles chez les jeunes de 23 ans ayant été harcelés dans leur enfance (1). Une étude prospective arrive à des conclusions similaires chez un échantillon de 18-50 ans, constatant des troubles internalisés, des expériences psychotiques et des idées suicidaires plus fréquentes chez les anciennes victimes que dans la population générale (11). Dans cette même étude, on relève un fait intéressant, celui que ces conséquences sur le long terme sont encore plus sévères et fréquentes chez les jeunes qui faisaient partie du groupe « bully-victims », avec en plus une mauvaise santé générale (incluant des douleurs corporelles, des céphalées, et une guérison plus lente de différentes maladies) et des comportements antisociaux (par exemple criminalité, consommation de substances illicites). Ce groupe d'enfants s'avère être celui qui présente les difficultés les plus importantes en terme de problèmes internalisés et externalisés (6). Pour ce qui est des agresseurs, on met en évidence des niveaux élevés de troubles externalisés, notamment d'agressivité et de comportements antisociaux (4), ceux-ci étant positivement corrélés avec la fréquence des agressions perpétrées (4,6) et associés par la suite à un plus haut taux de criminalité et d'abus d'alcool (1,2).

Facteurs de risque et de protection

En outre, certains groupes d'enfants et d'adolescents risquent davantage de souffrir d'harcèlement, notamment les enfants ayant une différence physique, telle qu'une fente oro-faciale. Cette affection concerne 1 naissance sur 650 en Europe (13). Il en existe plusieurs formes (labiale, labio-maxillaire, labio-maxillo-palatine uni- ou bilatérale, ou palatine isolée). Dans le canton de Vaud, ces enfants bénéficient d'une prise en charge multidisciplinaire à la consultation « fentes » dans le service de chirurgie pédiatrique du CHUV. Selon le type de fente, on peut observer différents problèmes (alimentaires, phonatoires, dentaires, psychologiques, etc.) ce qui met en évidence la nécessité d'une prise en charge coordonnée, par les différents spécialistes (13). Celle-ci peut donc varier en fonction de l'atteinte et de l'enfant, mais il est important d'offrir à chaque enfant des soins personnalisés en minimisant l'impact sur la famille (13). D'un point de vue psychologique, ces enfants ont tendance à être

plus anxieux, à se sentir différents et à s'inquiéter de ce que les autres pensent (14,15) ce qui pourrait participer à leur propension à se retrouver dans la position de victime. Alors que certaines études constatent l'absence de problèmes psychosociaux majeurs et une estime de soi généralement bonne chez les enfants et adultes atteints de cette malformation (16), ou encore un ajustement psychosocial équivalent à la normale chez des enfants ayant une cicatrice ou une malformation faciale (17–19), d'autres relèvent une diminution du bien-être social et émotionnel chez les enfants touchés (surtout dans l'adolescence tardive), ainsi qu'un moins bon bien-être fonctionnel (correspondant à des difficultés à manger, à être compris quand ils parlent, etc.) (15,17). En Norvège, une étude (20) estime que 62% de ces enfants ont été harcelés 1 ou 2 fois, et 8% de manière continue depuis l'enfance précoce, ce qui n'était pas significativement plus élevé que la prévalence chez les enfants contrôles. À Belfast, au contraire, une autre étude (14) mentionne que 62% des jeunes de 8 à 21 ans avec une fente oro-faciale rapportent avoir été harcelés, contre 22% chez les contrôles. Ces disparités entre les résultats nous poussent à poursuivre les études sur ce sujet, afin d'arriver à des conclusions plus valides, ou de préciser la potentielle variabilité entre les pays, qui pourrait être expliquée par les différences de culture en rapport par exemple avec la maladie, ou l'apparence physique.

Le harcèlement chez les enfants ayant une fente faciale est un facteur prédictif d'un mauvais fonctionnement psychologique, de plus de problèmes comportementaux et de non-satisfaction de l'apparence faciale (14). De même, la stigmatisation (pouvant comprendre le harcèlement, les regards insistants ou autres comportements irrespectueux) est un facteur de risque important pour une mauvaise qualité de vie et des comportements internalisés – comme l'anxiété, la dépression et le retrait social - chez les enfants ayant une différence faciale (17).

Cependant, grâce à des stratégies de coping (régulation émotionnelle face au stress provoqué par le harcèlement), ces enfants et adolescents peuvent, dans une certaine mesure, apprendre à réguler ce stress pour en limiter les conséquences sur leur bien-être. Les stratégies de coping peuvent être adaptatives ou non-adaptatives, ce qui signifie qu'elles auront une influence respectivement plutôt positive ou plutôt négative sur le bien-être et la capacité à surmonter les événements négatifs de la vie. Glener et al. (21) et Garnefski et Kraaij (22) ont étudié l'association entre certaines stratégies de coping et les symptômes dépressifs qui pouvaient s'y associer. Ils ont remarqué que le blâme de soi, la rumination, la mise en perspective et la dramatisation étaient des prédictifs significatifs de symptômes dépressifs. En parallèle, le blâme de soi ou d'autrui, la rumination, et la dramatisation étaient associées à l'anxiété. Au contraire, on relève que la réévaluation positive et la centration sur l'action étaient inversement corrélés aux symptômes dépressifs et anxieux. Bien entendu, il est difficile d'évaluer la direction des influences entre stratégie et symptômes, mais on peut aussi émettre l'hypothèse de mécanismes circulaires (21). Cependant, notons que la stratégie de mise en perspective a été associée plutôt à de moindres symptômes dépressifs et anxieux dans deux études de validation du questionnaire Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ - voir plus bas)(23,24), raison pour laquelle celle-ci est classée comme plutôt adaptative. Dans le manuel d'utilisation du CERQ (25), il est expliqué que l'acceptation est en soit un bon processus pour la plupart des événements, mais qu'un niveau très élevé peut aussi indiquer en quelque sorte une résignation, c'est-à-dire de ne plus se sentir capable d'influencer les événements, de ne plus pouvoir changer les choses en aucun cas. Dans un tel cas, un score élevé d'acceptation pourrait être lié à des symptômes de pathologie psychique.

Concernant les symptômes dépressifs, on remarque tout de même que la victimisation en reste un prédicteur significatif même après standardisation des événements de vie et des stratégies de coping (22). Une étude de Lovegrove et Rumsey (26) a montré qu'une intervention pour exercer un groupe d'enfants tout-venant à des stratégies de coping face au *bullying* amenait à une meilleure estime de soi et plus de confiance pour se défendre, améliorations qui persistaient six mois plus tard. De plus, les niveaux de harcèlement diminuaient dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention.

Berger et al. (18) ont étudié les stratégies de coping utilisées par les enfants ayant une fente oro-faciale, et ont observé une prévalence maximale pour la résignation, le soutien social et la distraction (possibles équivalents de l'acceptation et de la centration positive notamment). Les garçons se révélaient utiliser plus souvent le blâme d'autrui, et se présentaient avec un peu plus de problèmes d'adaptation psychosociale (19). Notre étude permettra de préciser les différents mécanismes psychiques utilisés par les enfants porteurs d'une fente faciale dans le canton de Vaud, et ainsi guider les prises en charge par les différents professionnels les entourant.

Questions de recherche et hypothèses

Au vu de l'absence de connaissances consistantes sur le harcèlement scolaire chez les enfants atteints d'une fente oro-faciale en Suisse, nous souhaitons avant tout explorer quelques pistes à l'aide d'un échantillon restreint, afin de guider la recherche future dans des investigations plus précises et consistantes. Nous avons comme premier objectif d'établir une estimation grossière de la prévalence des victimes de harcèlement, ainsi que la prévalence des agresseurs, dans cette population. Nous souhaitons comparer ces prévalences avec des normes de prévalence des différents profils impliqués dans le harcèlement, selon les études ayant été faites sur le sujet (Table 1). L'hypothèse est que le harcèlement serait plus fréquent chez les enfants porteurs d'une fente, en raison de deux phénomènes potentiels différents : soit des agressions directement à propos de leur différence physique, soit la mise en position de cible facile indirectement, via un manque d'estime de soi ou des difficultés relationnelles déjà existantes, dues à la présence d'une fente oro-faciale.

Ensuite, nous nous intéressons à la qualité de vie des enfants de notre échantillon par rapport à la population normative : serait-elle inférieure, au vu des situations difficiles auxquelles ces enfants doivent faire face ? Nous souhaitons aussi observer la qualité de vie des enfants ayant rapporté le plus de harcèlement, en tant que victime ou agresseur ; en effet, celle-ci pourrait être diminuée par rapport aux enfants n'étant pas impliqués dans une relation de *bullying*.

Troisièmement, nous souhaitons comparer les taux d'utilisation des différentes stratégies de coping dans notre population cible, en comparaison à la population normative. Nous pensons que les enfants inclus dans notre étude vont se révéler utiliser plus souvent des stratégies de coping que la normale, car ils doivent faire face à différents stress en lien avec leur fente dans la vie quotidienne, qu'ils soient relationnels ou liés globalement à toutes les implications de leur condition médicale. Nous nous attendons également à ce que les enfants qui utilisent plus fréquemment des stratégies adaptatives se retrouvent avec une meilleure qualité de vie, psychologique et globale, étant donné leur capacité adéquate à faire face aux événements stressants de la vie.

Pour finir, nous voulons éclaircir le champ des stratégies de coping étant les plus utilisées chez les enfants qui rapportent être victime, ou agresseur, dans une relation de harcèlement.

Méthodologie

Pour ce projet, nous avons sélectionné des enfants/adolescents de 7.5 à 16 ans nés avec une fente oro-faciale ; la présence d'une fente palatine seule était un critère d'exclusion. Ces enfants ont été recrutés lors des consultations pluridisciplinaires « fentes » au CHUV à Lausanne.

Après une description détaillée de l'étude, orale et écrite, les participants ont été invités à signer un formulaire de consentement éclairé ; les enfants à partir de 11 ans signaient en leur nom, et les parents des enfants jusqu'à 13 ans signaient au nom de l'enfant. Il leur a ensuite été demandé de compléter des questionnaires. Pour les enfants de moins de 10 ans, les questions étaient posées oralement, avec des échelles visuelles qu'ils pouvaient pointer du doigt pour les aider à répondre plus facilement. Les enfants de 10 ans et plus remplissaient les questionnaires seuls, dans une pièce séparée de leurs parents afin de minimiser les potentielles influences. Les psychologues et infirmières de l'équipe pluridisciplinaire et de recherche se sont tenus à disposition des participants pour répondre aux éventuelles questions. Les participants n'ont pas été compensés financièrement.

Les questionnaires ont été remplis de manière anonyme, à l'aide d'un numéro attribué à chaque participant. Les noms et coordonnées n'apparaissent que sur le formulaire de consentement éclairé, et étaient impossibles à relier aux questionnaires de chaque participant.

Après passage en revue de nombreux questionnaires et réflexion quant aux aspects les plus appropriés à investiguer dans cette étude, nous avons sélectionnés quatre questionnaires qui ont ensuite été remplis par les enfants :

1. Données sociodémographiques et de contrôle : Genre et âge de l'enfant

2. Le *Olweus Bully/Victim questionnaire révisé (rBVQ)* (27)

Ce questionnaire évalue dans 2 parties séparées le harcèlement subi puis infligé aux autres, chaque partie comprenant 9 items, auxquels il est demandé de répondre sur une échelle allant de 1 « jamais durant les 2-3 derniers mois » à 5 « plusieurs fois par semaine ». La première question de chaque partie, à savoir « À quelle fréquence as-tu subi du bullying au cours des deux/trois derniers mois ? » et « À quelle fréquence as-tu eu ce type de comportements envers un ou plusieurs autres camarades au cours des deux/trois derniers mois ? », ont permis de catégoriser les enfants dans le statut binaire de victime ou non / agresseur ou non, le seuil de positivité étant défini à « deux ou trois fois par mois ». Ce seuil est celui ayant été utilisé dans les différentes études de validation (4,6,7), et a été démontré comme ayant une bonne validité, y compris pour identifier le petit nombre d'écoliers se trouvant dans la catégorie bully-victim.

Un score a également été calculé en faisant la moyenne des 9 items de chaque partie, permettant de quantifier le *bullying* en tant que victime ou agresseur.

Ce questionnaire a été prouvé comme ayant une bonne validité de construit, ainsi que de bonnes propriétés psychométriques (4). Nous avons utilisé la version adaptée en français, qui a été validée chez les adolescents en France (6,7).

3. Le *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)* (23)

Ce questionnaire mesure les stratégies de coping à l'aide de 36 items auxquels il est demandé de répondre sur une échelle allant de 1 « presque jamais » à 5 « toujours ». Les items sont ensuite regroupés par 4, desquels on calcule la somme des points pour donner un score, celui-ci correspondant au taux d'utilisation d'une stratégie de coping. Ce score est ensuite comparé aux normes chez les 13-15 ans publiées dans le manuel d'utilisation du questionnaire (25), selon le genre du participant, ce qui permet d'obtenir un score standard. Voici les 9 stratégies de coping mesurées : Blâme de soi, Acceptation, Ruminant, Centration positive, Centration sur l'action, Réévaluation positive, Mise en perspective, Dramatisation et Blâme d'autrui. Ces 9 stratégies, peuvent être regroupées en deux catégories : stratégies adaptatives (Acceptation, Centration positive, Centration sur l'action, Réévaluation positive et Mise en perspective) et non-adaptatives (Blâme de soi, Ruminant, Dramatisation et Blâme d'autrui). Pour connaître l'utilisation générale de chaque catégorie, une moyenne des scores standards des stratégies les composant a été calculée. La version française du CERQ, utilisée ici, a été validée et a démontré de bonnes propriétés psychométriques chez les adolescents en Suisse francophone. Les deux catégories de stratégies ont également été confirmées dans cette population (24).

4. Le *Kidscreen-27* (28–31)

Ce questionnaire investigate la qualité de vie des enfants et adolescents à l'aide de 27 items et à travers 5 dimensions : le bien-être physique, le bien-être psychologique, la relation avec les parents et l'autonomie, le soutien social et les pairs, et l'environnement scolaire. Chaque question consiste en l'évaluation de la fréquence ou de l'intensité d'un postulat (échelle Likert en 5 points). Un score est ensuite établi pour chaque dimension en faisant la somme des points donnés à chaque item. L'analyse statistique a été faite grâce aux formules fournies sur CD avec le manuel d'utilisation du questionnaire. Ces analyses ont permis de donner un score standard pour chaque participant dans chaque dimension, standardisé par rapport aux enfants européens. La version française validée a été utilisée (31).

Description de l'échantillon

Nos questionnaires ont été complétés par 11 enfants de 7.5 ans à 16 ans, avec une moyenne de 10.7 ans et un écart-type de 2.7 ans. On note une forte prédominance masculine, avec 9 garçons pour 2 filles. Ces enfants étaient suivis par l'équipe pluridisciplinaire du CHUV pour leur fente oro-faciale.

Parmi les enfants auxquels nous avons proposé l'étude, 7 l'ont refusée, et 2 ne se sont pas présentés à la consultation. Les raisons citées pour les refus comprenaient de ne pas se sentir concerné, ou encore de ne pas avoir le temps de répondre.

Résultats

Tout d'abord, il est important de noter que l'échantillon très restreint de notre étude pose un réel problème de puissance pour les résultats obtenus. Il est alors important de garder en tête, à la lecture des paragraphes qui suivent, qu'on ne peut que difficilement inférer ces résultats à une population plus large. De plus, il est important de prendre des précautions à l'interprétation des scores standards qui seront décrits, en raison de l'absence de tests statistiques pour une grande partie des résultats.

Pour l'interprétation de nos résultats, nous avons admis que la forme de la distribution dans la population cible suivait une loi normale (distribution gaussienne). Ainsi, afin de comparer

les scores de chaque participant à la norme, nous en avons exprimés une grande partie en scores standards de type T ; la moyenne de l'échantillon normatif correspondant à un score standard de 50, avec un écart-type de 10. Nous avons choisi de définir les résultats comme significatifs s'ils se situent à une distance supérieure à 1.96 écart-types de la norme, c'est-à-dire si le score standard est inférieur à 30.4, ou supérieur à 69.6. En effet, l'intervalle de 30.4 à 69.6 comprend 95% des scores de l'échantillon normatif. Nous avons alors défini qu'un participant obtient un score significativement différent de la norme, s'il se situe parmi les 5% restant (32).

Données manquantes

Concernant le rBVQ, deux questions sur tous les questionnaires restaient non complétées : une pour le 1^{er} item de la 1^{ère} partie et une pour le 1^{er} item de la 2^{ème} partie (chez 2 participants différents), ce qui a diminué l'échantillon à 10 pour les variables dichotomiques « agresseur » et « victime ».

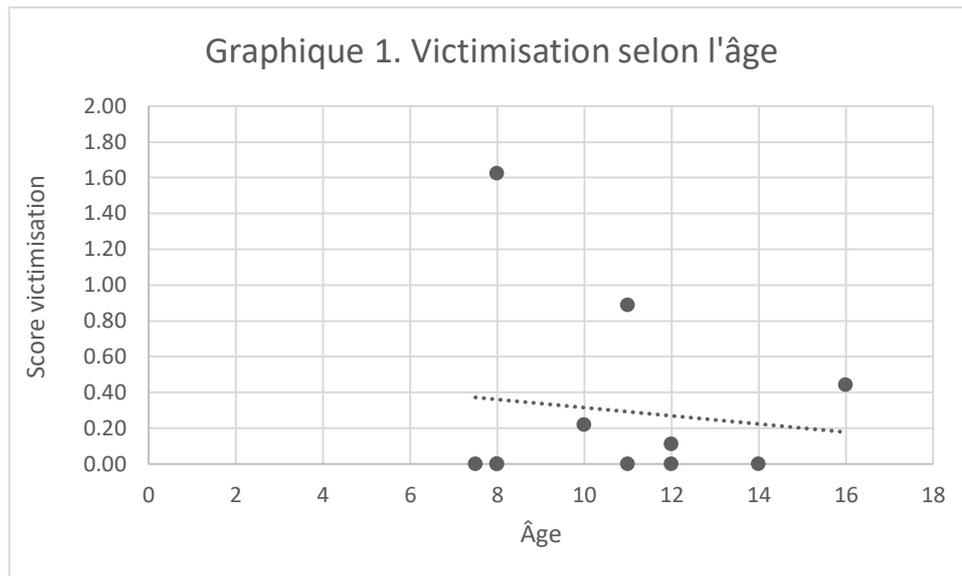
Pour le Kidscreen-27, 2 questionnaires ont eu des données manquantes, ce qui a éliminé les résultats une fois pour la dimension « bien-être physique » et une fois pour la dimension « environnement scolaire ».

Pour le CERQ, un questionnaire comprenait les réponses uniquement aux 2 premières questions ; nous l'avons mis de côté. Dans un autre questionnaire, il manquait les réponses aux questions 1 à 10. Comme étant indiqué dans le manuel d'utilisation, il est permis lorsqu'il manque une réponse sur les 4 items reliés à une stratégie, de remplacer celle-ci par la moyenne des 3 autres. C'est ce que nous avons fait, mais les questions 1 et 10 étant liées à la même stratégie, nous n'avons pas eu de score final pour celle-ci (blâme de soi) dans ce questionnaire.

Olweus Bully/Victim questionnaire révisé

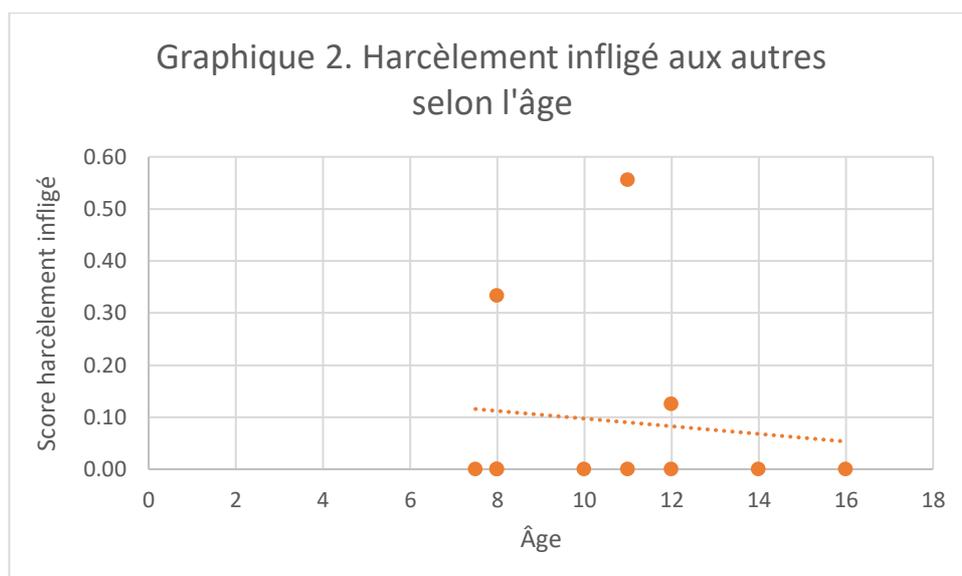
Sur les 10 participants ayant rempli l'item 1.0 et sur les 10 ayant rempli l'item 2.0, aucun ne rapportait avoir subi ou infligé du bullying « deux à trois fois par mois » ou plus, aucun n'avait donc un résultat le plaçant dans la catégorie « victime » ou « agresseur ».

Le score moyen à la variable de quantification du harcèlement chez les victimes était de 0.30, avec un écart-type de 0.52, une valeur minimale de 0 et maximale de 1.63. Chez les filles, le score moyen était de 0.11 contre 0.34 chez les garçons. En corrélant l'âge avec le score de victimisation, on remarque une légère diminution chez les plus âgés, qui toutefois semble liée à un ou deux individus ayant un score plus élevé chez les plus jeunes (Graphique 1).



Le score le plus élevé dans tout l'échantillon, 1.63, correspond en moyenne à rapporter être harcelé entre « seulement une fois ou deux dans les 2/3 derniers mois » et « deux ou trois fois par mois ».

Du côté de la variable de quantification du harcèlement pour les agresseurs, on obtient une moyenne de 0.09, avec un écart-type de 0.18, une valeur minimale de 0 et maximale de 0.56. Un score de 0.56 correspond en moyenne à une situation entre « jamais durant les 2/3 derniers mois » et « seulement une fois ou deux dans les 2/3 derniers mois ». Chez les filles, le score moyen était de 0, contre 0.11 chez les garçons. Dans le graphique 2, il ressort que le harcèlement infligé diminue aussi en petite proportion avec l'âge, encore une fois en lien avec les scores élevés de deux jeunes individus.

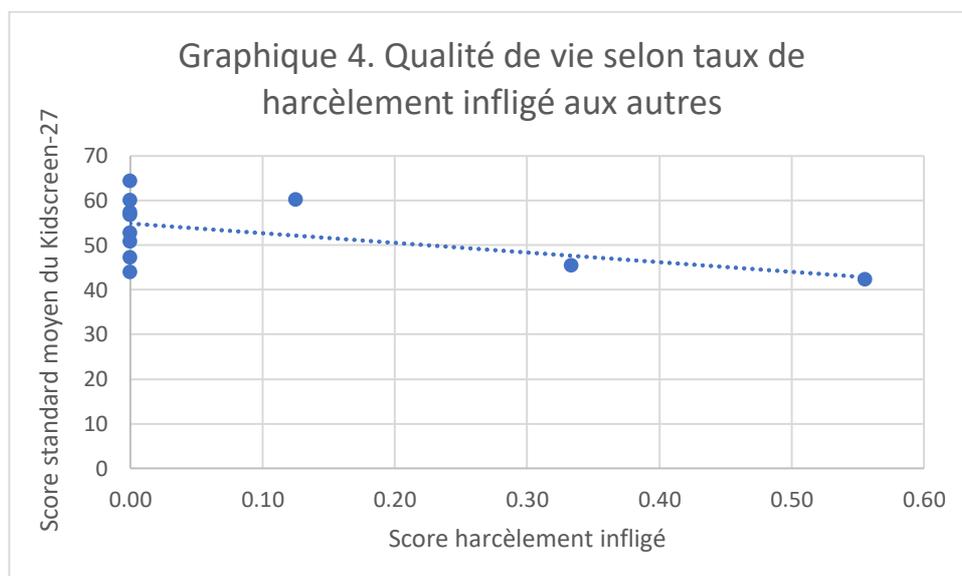
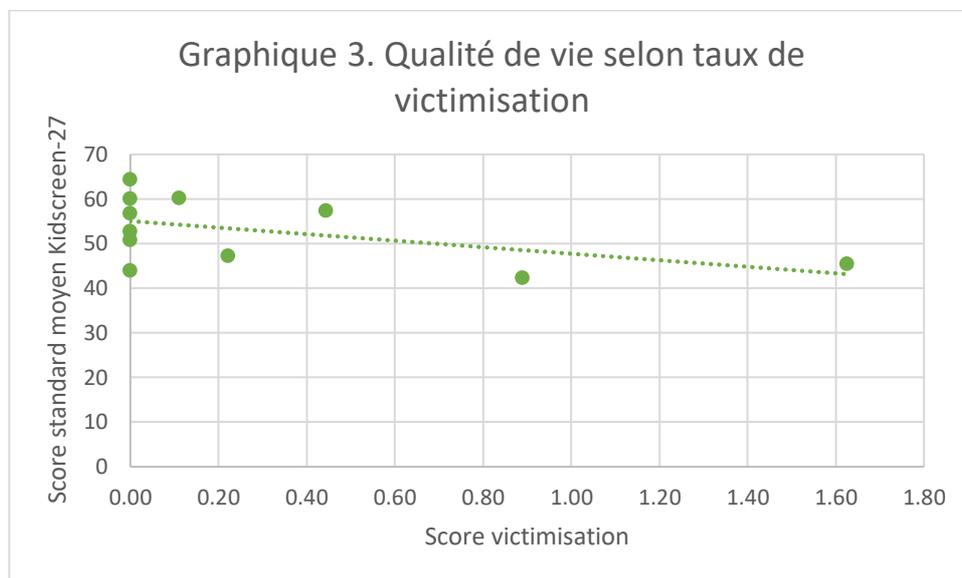


Kidscreen-27

Les scores standards moyens pour chaque dimension étaient les suivants : 52.0 pour le bien-être physique (écart-type 10.4), 54.9 pour le bien-être psychologique (écart-type 9.0), 50.1 pour la relation avec les parents et l'autonomie (écart-type 10.5), 50.8 pour le soutien social et les pairs (écart-type 10.5), et 56.7 pour l'environnement scolaire (écart-type 10.8). En l'absence de tests statistiques, nous ne pouvons pas affirmer qu'il y ait une différence entre notre échantillon et la population normative européenne, bien que la tendance semble être plutôt vers une meilleure qualité de vie dans la population que nous étudions.

En reliant la moyenne des scores standards de toutes les dimensions au taux de victimisation et au taux de harcèlement infligé, on observe que plus ces taux sont élevés, plus la qualité de vie liée est basse (Graphiques 3 et 4).

Les graphiques reliant les scores standards de chaque dimension du Kidscreen-27 avec le taux de victimisation sont présentés dans les annexes, et montrent une diminution nulle à légère des scores avec l'augmentation du harcèlement subi (Graphiques 3a à 3e).

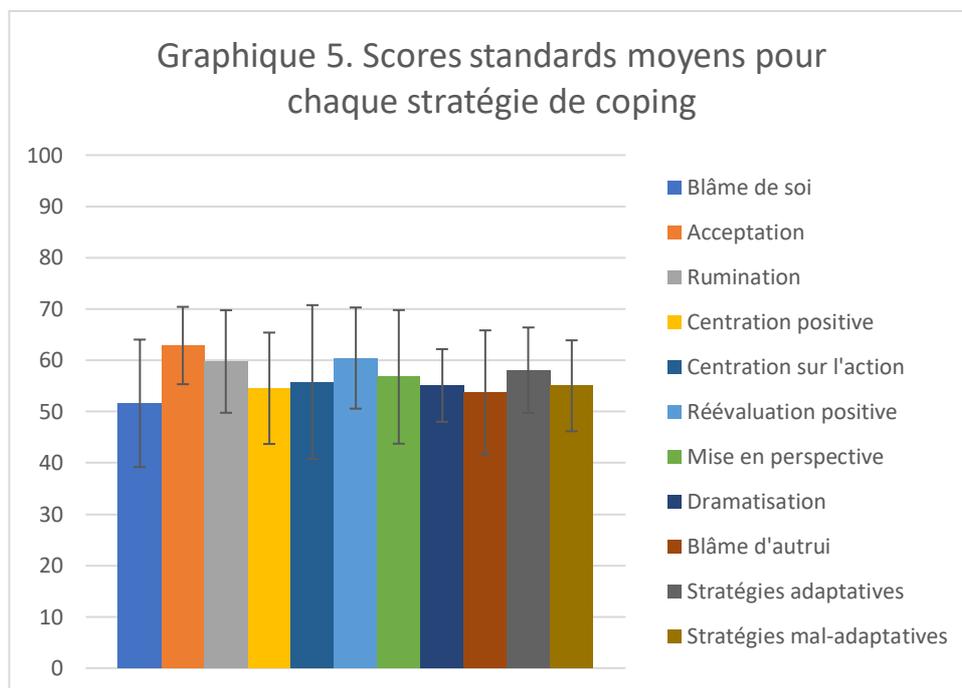


Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

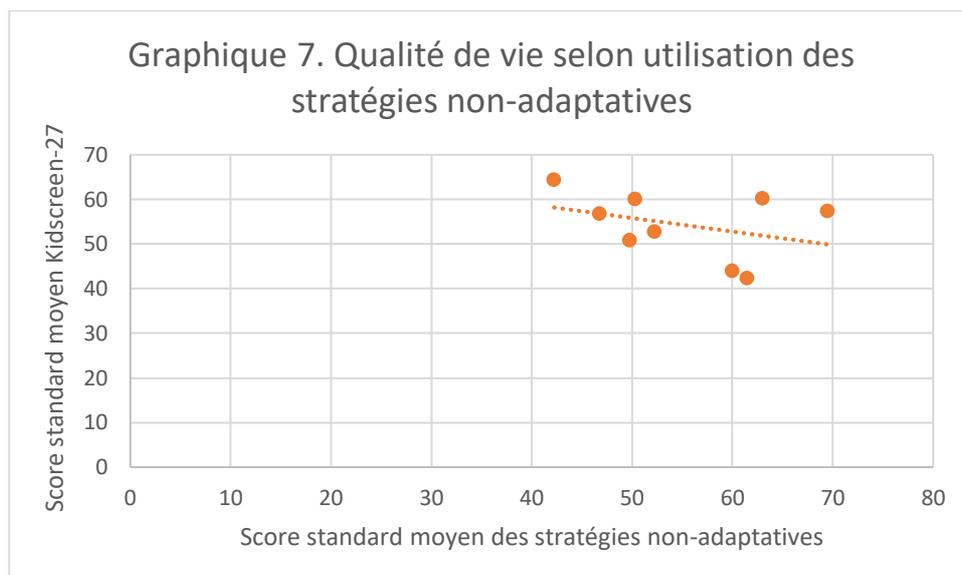
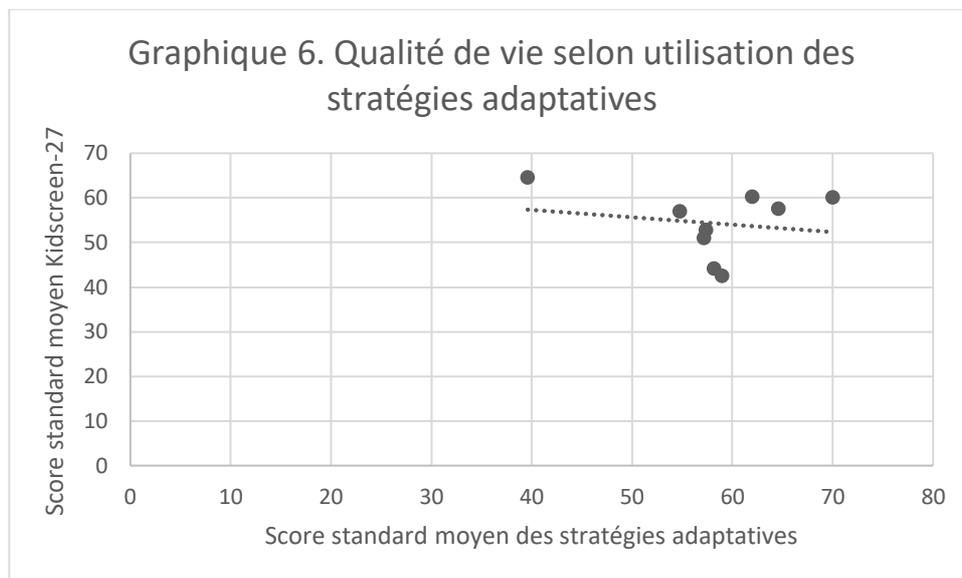
Pour ce questionnaire, les scores pour chaque participant ont été comparés aux scores normatifs des adolescents de 13 à 15 ans selon le genre (filles comparées avec les normes pour les filles, de même pour les garçons). Les moyennes des scores de tous les participants pour chaque stratégie de coping ont été comparées aux scores normatifs dans la population de garçons de 13 à 15 ans, étant donné que la grande majorité de notre échantillon est constitué de garçons, et qu'il n'y a pas de normes décrites pour les enfants plus jeunes que 13 ans.

On constate alors que le score moyen d'utilisation de chaque stratégie est plus haut que la norme, et ceci de manière la plus marquée pour les stratégies Acceptation, Réévaluation positive et Ruminantion (scores standards de 62.9, 60.4 et 59.8). En regroupant les différentes stratégies dans les deux catégories – adaptatives et non-adaptatives – on remarque que le score standard moyen est légèrement plus élevé pour les stratégies adaptatives (58.1) que pour les stratégies non-adaptatives (55.0) dans notre population. Le score standard le plus bas d'utilisation des stratégies adaptatives était de 39.6 avec un score standard maximal de 70. Pour les stratégies non-adaptatives, le score standard le plus bas était de 42.3 avec un score standard maximal de 69.5.

Les scores standards moyens avec les écart-types pour chaque stratégie sont présentés dans le graphique 5.

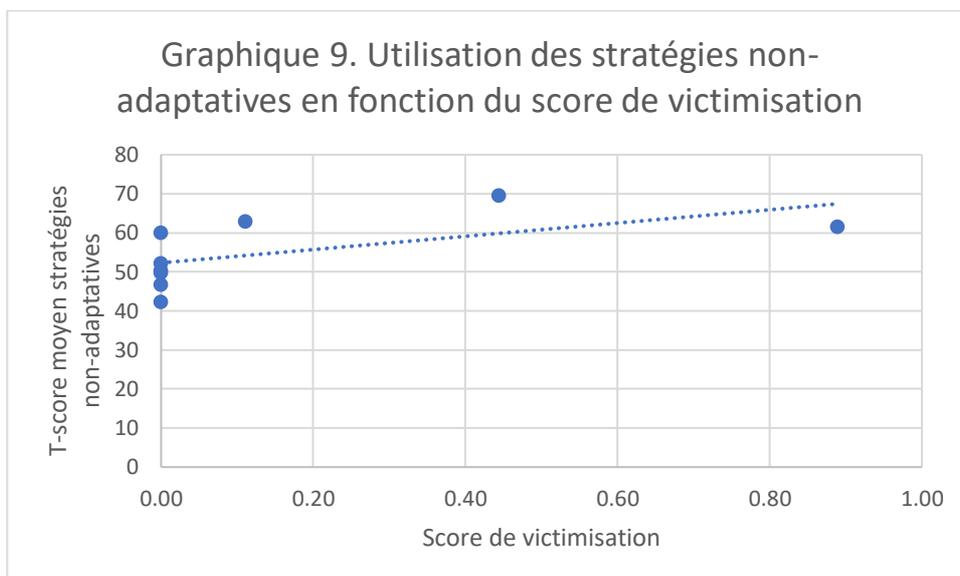
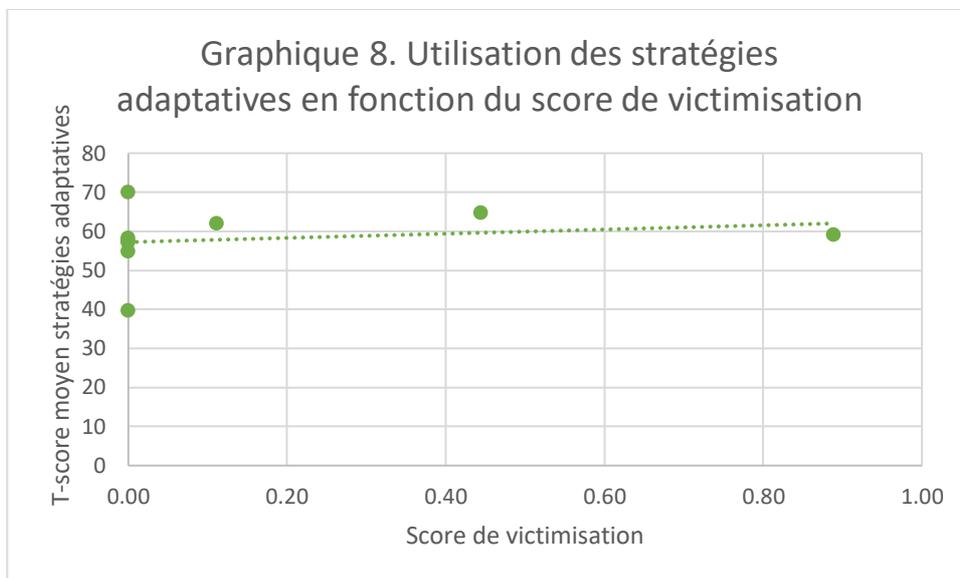


Dans les graphiques 6 et 7, on peut observer la qualité de vie générale (score standard moyen de toutes les dimensions) en fonction de l'utilisation des stratégies adaptatives et non-adaptatives. Ces graphiques ne semblent montrer qu'en partie ce que nos hypothèses suggéraient : en effet, la qualité de vie moyenne semble diminuer avec le niveau d'utilisation des stratégies adaptatives, résultat opposé à ce à quoi nous nous attendions. Pour ce qui est des stratégies non-adaptatives, on note une diminution un peu plus importante tout de même, ce qui coïncide avec nos hypothèses. Mis ensemble, il ressort alors qu'une qualité de vie globalement inférieure est corrélée avec un plus haut taux d'utilisation des stratégies de coping en général.



Dans les graphiques 8 et 9, il est représenté le taux d'utilisation des stratégies respectivement adaptatives et non-adaptatives en fonction du score de victimisation. On remarque alors que plus l'enfant est victime de harcèlement, plus il a recours à l'utilisation de stratégies de coping, et ce de façon plus marquée pour les stratégies de type non-adaptatives en comparaison aux adaptatives.

Les graphiques 8a et 9a, qui présentent les taux d'utilisation des stratégies adaptatives et non-adaptatives en fonction du score de harcèlement infligé aux autres, sont situés dans les annexes. Ils montrent également une petite augmentation de l'utilisation des deux types de stratégies lorsque le score de harcèlement infligé augmente. Cependant, ces graphiques sont peu fiables en raison de la présence d'uniquement 2 valeurs différentes de 0 dans le score de harcèlement infligé aux autres (la troisième valeur différente de 0 qui était mentionnée précédemment correspond à un participant qui n'a pas répondu au CERQ).



Description de différents profils

Etant donné la petite taille de notre échantillon, nous avons souhaité analyser un peu plus spécifiquement les données de certains profils.

Prenons tout d'abord l'enfant (n°1 dans la table 2) ayant le score standard moyen le plus haut pour le Kidscreen-27, avec une valeur de 64.4, qui était une fille de 7.5 ans (la plus jeune de l'échantillon). Celle-ci a donc une qualité de vie générale plus haute que la norme, ceci le plus accentué au niveau du bien-être psychologique (score standard 73.5, significativement plus élevé que la norme puisque supérieur à 69.6). Si l'on s'intéresse aux stratégies de coping, on remarque qu'elle utilise les stratégies Centration sur l'action et Mise en perspective significativement moins que la moyenne, avec des scores standards de 25 et 28 respectivement – valeurs inférieures à 30.4, qui est le seuil de significativité ; seuls 2.5% des enfants de l'échantillon normatifs se situent en-dessous. Ces stratégies étant adaptatives, on se serait attendu à une importante utilisation de celles-ci menant à une meilleure qualité de vie, mais ce n'est pas le cas dans cette situation. Les autres stratégies sont utilisées au même taux que la population normative. En moyenne, elle obtient un score standard de 39.6 pour les stratégies adaptatives et de 42.3 pour les stratégies non-adaptatives. Cela rejoint ce qui a été démontré plus tôt, à savoir qu'une meilleure qualité de vie correspond à une utilisation moindre des stratégies de coping en général. Pour ce qui est du questionnaire bully/victim, cette jeune fille ne rapportait aucun harcèlement subi ni infligé aux autres.

Intéressons-nous ensuite à l'enfant ayant rapporté être le plus souvent victime de harcèlement (n°2 dans la table 2), qui est un garçon de 8 ans, avec un score quantitatif de victimisation de 1.63. Celui-ci se révèle avoir une qualité de vie générale un peu plus basse que la normale, avec un score standard à 45.5, toutefois de manière non significative puisque situé dans l'intervalle des 95% de l'échantillon normatif. Il est intéressant de noter que cet enfant possède un score de 0.33 au harcèlement infligé aux autres enfants, ce qui le situe à la deuxième place du plus haut score. En se référant aux réponses à chaque item de la 2^{ème} partie, on remarque qu'il dit avoir adopté ce type de comportement seulement une fois ou deux, mais rapporte pousser, bousculer, taper ou enfermer dans une pièce son/ses camarade(s) deux ou trois fois par mois. Concernant le CERQ, il n'a malheureusement répondu à aucune question, raison pour laquelle nous nous intéresserons plus particulièrement à l'enfant ayant le deuxième plus haut score en tant que victime (n°3 dans la table 2), un garçon de 11 ans, avec un score de 0.89. Au score de harcèlement infligé aux autres, il occupe la première place avec une valeur de 0.56 (entre « jamais durant les 2/3 derniers mois » et « seulement une fois ou deux »). Celui-ci rapporte alors un score standard moyen au Kidscreen-27 de 42.3 (qualité de vie légèrement moins bonne que la norme, mais non significativement), avec un bien-être psychologique à 44.8. Les stratégies de coping les plus utilisées par cet enfant sont le Blâme de soi, la Ruminantion, la Centration positive et le Blâme d'autrui, avec des scores standards respectifs de 63, 63, 68 et 63. Le score standard moyen pour les stratégies adaptatives est alors de 59, contre 61.5 pour les stratégies non-adaptatives. Ces résultats semblent alors montrer que ce garçon a recours un peu plus fréquemment que la normale à des stratégies de coping en général, et ce de façon prédominante pour les stratégies non-adaptatives ; voilà un exemple du lien entre victimisation et taux d'utilisation des stratégies de coping, illustré dans les graphiques 8 et 9.

Par ailleurs, Il est intéressant de noter que les deux enfants ayant relevé les plus hauts scores de victimisation, sont les mêmes qui ont obtenu les plus hauts scores de harcèlement en tant qu'agresseur.

Si l'on s'intéresse à présent à l'enfant qui utilise le plus de stratégies adaptatives dans l'échantillon (score standard 70.0, significativement plus élevé que la norme), un jeune garçon de 12 ans (n°4 dans la table 2), on voit qu'il utilise les stratégies non-adaptatives au même niveau que la normale, avec un score standard de 50.3. Concernant la qualité de vie globale, il se situe à la troisième position la plus haute avec un score standard moyen de 60.1, ce qui représente une valeur plus élevée que la normale. Les champs dans lesquels il est le plus satisfait sont le soutien social et les pairs (score standard 66.3) et l'environnement scolaire (score standard 62.8). Ce jeune garçon ne rapporte ni harcèlement subi, ni infligé aux camarades, ce qui participe probablement à son sentiment d'être à l'aise en milieu scolaire.

En comparaison, le jeune qui utilise le plus de stratégies non-adaptatives (score standard 69.5), un garçon de 16 ans (n°5 dans la table 2), est tout de même à la deuxième place dans les taux d'utilisation de stratégies adaptatives (score standard 64.6). Il a une qualité de vie légèrement meilleure que la normale (score standard 57.4), et ne rapporte aucun harcèlement infligé aux autres. Cependant, il obtient un score de victimisation de 0.44 (entre « jamais durant les 2/3 derniers mois » et « seulement une fois ou deux »).

Table 2. Présentation des différents profils

N°	ÂGE	GENRE	SCORE VICTIME	SCORE AGRESS	VICTIME OU NON	AGRESS OU NON	QOL	STRAT ADAPT	NON-ADAPT
1	7.5	F	0	0	Non	Non	64.44	39.6	42.25
2	8	G	1.63	0.33	-	Non	45.47	-	-
3	11	G	0.89	0.56	Non	Non	42.34	59	61.5
4	12	G	0	0	Non	Non	60.05	70	50.33
5	16	G	0.44	0	Non	Non	57.44	64.6	69.5
Valeur située à plus d'1.96 écart-types de la moyenne									

Discussion

Le premier but de cette étude était d'établir une prévalence, très grossière, du harcèlement scolaire dans notre population étudiée, constituée de 11 enfants de 7.5 à 16 ans nés avec une fente oro-faciale. La variable dichotomique montre alors une prévalence nulle, ce qui est plus faible que les taux établis par toutes les recherches précédentes. Cependant, l'enfant n'ayant pas répondu à l'item global 1.0 révèle un score quantitatif de victimisation à 1.63 (score le plus élevé), ce qui se rapproche le plus de la réponse « deux ou trois fois par mois » en moyenne. On pourrait alors s'imaginer qu'il se serait retrouvé dans la catégorie victimes s'il avait répondu à la question 1.0. Dans ce cas, la prévalence du profil de victime dans notre échantillon serait arrivé à 9%, valeur qui est concordante à celle mesurée par Piguet, Moody et Bumann en 2013 dans le Valais (5 à 10%)(3). Nous pourrions alors postuler, de façon toujours très préliminaire, que la prévalence des victimes de harcèlement dans notre population est similaire à celle de la population scolaire standard en Suisse. Pour ce qui est des agresseurs, nous n'en retrouvons aucun dans notre échantillon. On estimerait alors une

prévalence plus faible chez les enfants porteurs d'une fente oro-faciale par rapport à la population normative. Une recherche chez des enfants vaudois montrait qu'une faible supervision par les parents augmentaient le risque pour l'enfant d'harcéler les autres (2). On pourrait alors postuler que les enfants porteurs d'une fente bénéficient d'un encadrement plus proche par leurs parents, qui se soucient plus de leur bien-être, raison pour laquelle ils pourraient être moins souvent positionnés comme agresseurs.

D'une part, en regard de la variable de quantification du harcèlement, les garçons de notre échantillon semblent être plus souvent impliqués que les filles dans une relation de *bullying*, que ce soit en tant que victime ou agresseur, mais cela reste une conclusion très préliminaire au vu du très petit nombre de filles dans nos participants (2 filles). Cela reste néanmoins une notion concordante avec les précédentes recherches (1–5). D'autre part, on observe chez nos participants une diminution des taux de harcèlement subi et infligé avec l'âge, ce qui rejoint aussi les anciennes recherches, qui le démontraient en particulier chez les garçons (1,3,4,8).

Concernant la qualité de vie, la conclusion est la suivante : les participants à notre étude obtiennent des scores globalement similaires à la population normative européenne, avec toutefois une tendance vers une meilleure qualité de vie. Cette étude ayant seulement pour but d'explorer quelques pistes préliminaires, nous ne pouvons en aucun cas tirer des conclusions sur la base de ces résultats, et ne pouvons qu'encourager l'investigation plus précise et consistante de ces tendances dans les recherches futures. Plusieurs facteurs pourraient expliquer l'absence d'impact de leur fente faciale sur la qualité de vie de ces enfants. Premièrement, une très petite visibilité de leur atteinte physique, étant donné la qualité des corrections chirurgicales actuelles. Deuxièmement, la bonne capacité de ces jeunes à faire face à des difficultés dans la vie, soit parce qu'ils ont dû le faire depuis un très jeune âge et ont acquis une certaine expérience, soit grâce à l'assistance psychologique qui leur est proposée et qui leur a permis de trouver des solutions à leurs difficultés, par exemple par l'entraînement de stratégies de coping adaptatives. Depuis plus de 25 ans au CHUV, cette assistance psychologique est mise à disposition des familles avant la naissance du bébé (le diagnostic peut être posé lors des ultrasons effectués pendant la grossesse), puis tout au long de la croissance de l'enfant. Il est à noter que les enfants – et leurs parents – en Suisse et en Europe n'ont pas tous la possibilité de profiter de cette proximité de soutien, au vu des variations de prise en charge dans les différents établissements.

Ensuite, le bien-être général semble diminuer à mesure que le taux d'implication dans une relation de *bullying* augmente, ce qui confirme alors une de nos hypothèses de base, et qui va dans le sens des différentes études mentionnées dans l'introduction (3,4,6,9–12). Plus spécifiquement, le bien-être psychologique diminue chez les enfants les plus souvent victimes de harcèlement, ce qui reflète potentiellement un risque de troubles internalisés.

Si l'on s'intéresse maintenant aux résultats du CERQ, on constate que les enfants avec une fente ont légèrement plus souvent recours à des stratégies de coping que la normale, et ce de manière plus marquée pour l'Acceptation et la Réévaluation positive, qui sont des stratégies classées comme adaptatives. Les fréquences d'utilisation des stratégies adaptatives en comparaison aux non-adaptatives semblent cependant à peu près égales chez nos participants. Pour ce qui est du lien avec la qualité de vie, il ressort que celle-ci a tendance à diminuer avec la fréquence d'utilisation des stratégies adaptatives et, de manière un peu plus accentuée, des stratégies non-adaptatives. Ces conclusions sont en accord avec l'étude initiale de développement du CERQ, qui évoquait une présence plus importante de symptômes de dépression et/ou d'anxiété chez les individus rapportant une utilisation plus fréquente des stratégies de coping en général (23), mais toujours avec un lien plus fort avec les stratégies

placées dans la catégorie non-adaptative. Ces éléments sont alors partiellement en contradiction avec une de nos hypothèses de départ, qui était de découvrir une qualité de vie augmentée chez les enfants ayant recours à des stratégies adaptatives par rapport aux enfants ayant une moindre utilisation de stratégies de coping en général. Cependant, nous pourrions expliquer ce phénomène par l'idée que si les enfants ont recours plus souvent à des stratégies de coping (qu'elles soient adaptatives ou non-adaptatives), c'est peut-être parce qu'ils ont dû faire face à plus d'événements stressants dans leur vie, ce qui pourrait alors expliquer une qualité de vie globalement plus basse.

Similairement, on remarque une utilisation plus fréquente des stratégies de coping en général chez les enfants les plus victimes de harcèlement, ce qui coïncide avec un élément mentionné plus haut : une qualité de vie inférieure chez ces victimes. Cela coïncide également avec notre idée que les événements stressants, tels que le harcèlement, poussent l'enfant à faire preuve d'une certaine adaptation par l'intermédiaire des stratégies de coping.

Lors de l'analyse plus ciblée de certains profils, on remarque que la jeune fille n°1 n'a que peu souvent recours à l'utilisation de stratégies de coping, possiblement car elle n'a pas eu affaire à beaucoup de stressseurs dans sa vie – notamment du harcèlement – ce qui lui permet de rapporter une bonne qualité de vie. L'enfant n°3, quant à lui, utilise fréquemment des stratégies de coping et a été auteur ainsi que victime de harcèlement plus souvent que les autres enfants de notre population ; ceci pourrait constituer un stress dans sa vie - qui peut aussi être associé à d'autres stress – et conduire à une moins bonne qualité de vie que la normale, ce qui a été observé ici.

Limitations de l'étude

La première limitation claire de notre étude est le fait que nous n'ayons pas de groupe contrôle. Cela rend l'analyse des données plus difficile d'un point de vue statistique, puisque nous devons nous référer à des valeurs tirées d'une population n'ayant pas les mêmes caractéristiques que la population que nous étudions. En parallèle, comme mentionné précédemment, le très petit nombre de données incluses dans notre étude pose un réel problème de puissance pour les résultats obtenus. Malgré la concordance de la plupart de nos résultats avec les précédentes recherches, on ne peut en aucun cas inférer les prévalences et scores obtenus à toute la population vaudoise des enfants de 8 à 16 ans porteurs d'une fente oro-faciale. De plus, les tendances ressortant des différents graphiques présentés sont très souvent en lien avec uniquement deux ou trois participants qui se démarquent des autres ; il est alors délicat de les interpréter. Le point fort reste alors la description de différents profils un peu plus extrêmes qui ressortaient de notre échantillon, mais là encore nous ne pouvons pas généraliser les notions qui ressortent de l'analyse de ces profils.

Notre étude étant constituée de questionnaires auto-rapportés, il apparaît alors un potentiel biais de mesure. En effet, il est possible que les enfants se sentant en position de victime ou d'agresseur n'aient pas osé se définir comme tels dans le questionnaire, en raison d'une peur d'être révélé au public ou à leurs parents, ou tout simplement par évitement de la situation. On aurait alors pu s'intéresser à la perspective des parents sur la situation de leurs enfants. Cependant, il a été montré à l'aide du Kidscreen-27 que, dans la majorité des cas, les parents et enfants rapportaient des réponses similaires, et que dans les cas de divergences celles-ci étaient mineures (33). Néanmoins, ces divergences étaient plus marquées chez les enfants ayant des problèmes de santé. Plus spécifiquement, la qualité de vie rapportée par l'enfant était très souvent plus haute que celle rapportée par le parent (33). De même, des difficultés d'ajustement psychosocial non relevées par des adolescents porteurs d'une fente oro-faciale

étaient alors relevées par leurs mères (18). Ces conclusions poussent les futures recherches à inclure l'avis des parents pour augmenter la sensibilité de détection de problème chez ces jeunes, tout en gardant en tête un possible sur-rapport de ces problèmes par les parents.

Concernant les refus de participation, on pourrait parler d'un éventuel biais de sélection si certains enfants ou parents avaient refusé de répondre à l'étude parce qu'ils se trouvaient dans un processus d'évitement. Pour tenter de limiter ces biais, nous avons essayé d'insister sur l'anonymat des réponses, et sur le fait que personne dans l'entourage des enfants ne lirait leurs réponses.

Finalement, le fait que notre étude soit cross-sectionnelle est une limite quant à l'interprétation des résultats, puisqu'elle ne permet aucune conclusion sur la causalité des relations découvertes. Nous encourageons alors la mise en place d'études longitudinales sur le sujet.

Au contraire, il a été noté qu'un faible nombre d'études sur le *bullying* s'intéressait aux écoliers du canton de Vaud (2) ; le fait d'étudier cette population constitue alors un point fort de notre recherche.

Néanmoins, il est à noter que cette étude s'inscrit comme premier échelon dans un projet beaucoup plus conséquent mené par le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent en collaboration avec le Service de Chirurgie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHUV, avec pour objectif de recruter les témoignages d'au moins 40 enfants nés avec une fente orofaciale ainsi que de leurs parents, avec également le recrutement d'un groupe contrôle dans les écoles du canton de Vaud. Plusieurs limitations de notre première étude seront alors éliminées, permettant finalement l'obtention de conclusions plus consistantes et fiables.

Conclusions

Pour conclure, nous sommes plutôt rassurés par ces résultats - bien que très préliminaires - notamment du fait que les enfants nés avec une fente oro-faciale, dans notre échantillon, font preuve de bonnes capacités d'un point de vue social puisqu'ils ne sont pas plus impliqués dans des situations de harcèlement que les autres enfants, et se révèlent avoir une tout aussi bonne qualité de vie que la normale. Ils ont souvent recours à des stratégies de coping, ce qui est possiblement en lien avec les difficultés auxquelles ils ont dû faire face dans le contexte de leur malformation. Il est possible que ces bonnes capacités soient en lien avec la prise en charge minutieuse dont ces enfants bénéficient, notamment de l'assistance psychologique qui permet de détecter de potentiels problèmes à un stade précoce, et de les prendre en charge de façon adaptée.

Une compréhension plus approfondie du phénomène de harcèlement scolaire chez ces enfants pourrait fournir un outil aux écoles pour cibler ces éventuels problèmes, d'autant plus qu'il a été montré qu'avec un programme interventionnel dans les écoles, notamment celui développé par Olweus (Olweus Bullying Prevention Program) (34), il est possible de faire diminuer les taux de harcèlement dans les écoles. Il pourrait être intéressant d'étudier l'impact d'un tel programme avec une analyse plus poussée du point de vue des enfants nés avec une fente. Nous encourageons également la mise en place d'études longitudinales sur le sujet, afin de comprendre les directions de différentes influences, notamment à propos des stratégies de coping, dont l'utilisation augmentée semble être associée à la présence d'une fente oro-faciale traitée.

La méta-analyse citée dans l'introduction (12) relève une grande variabilité dans la manière d'évaluer la victimisation et les plaintes de santé dans les différentes études sur le harcèlement scolaire, et regrette le faible nombre de données comparant les différents témoignages à propos de l'enfant (parents, professionnels, etc.). Cela pourrait constituer, encore une fois, différentes pistes pour les futures recherches sur le sujet.

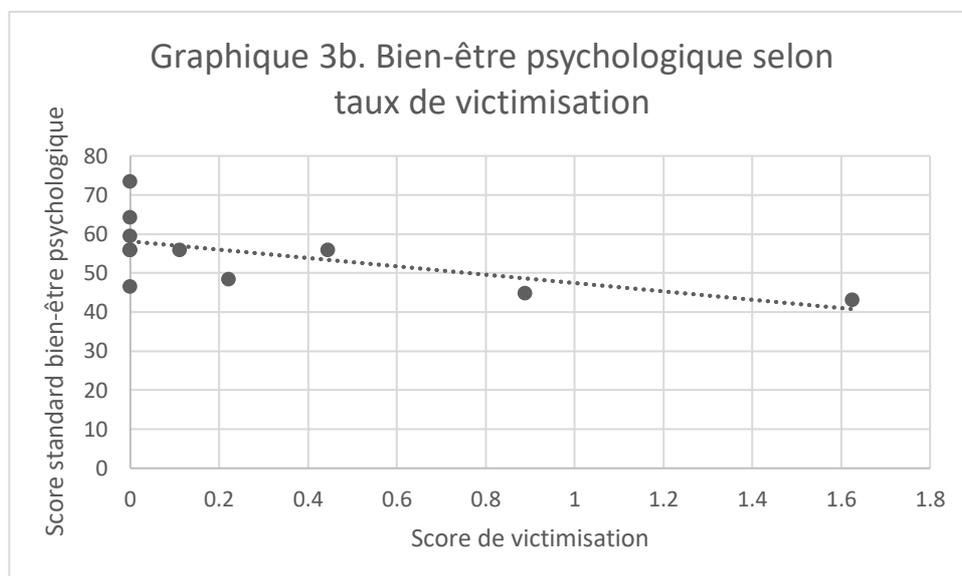
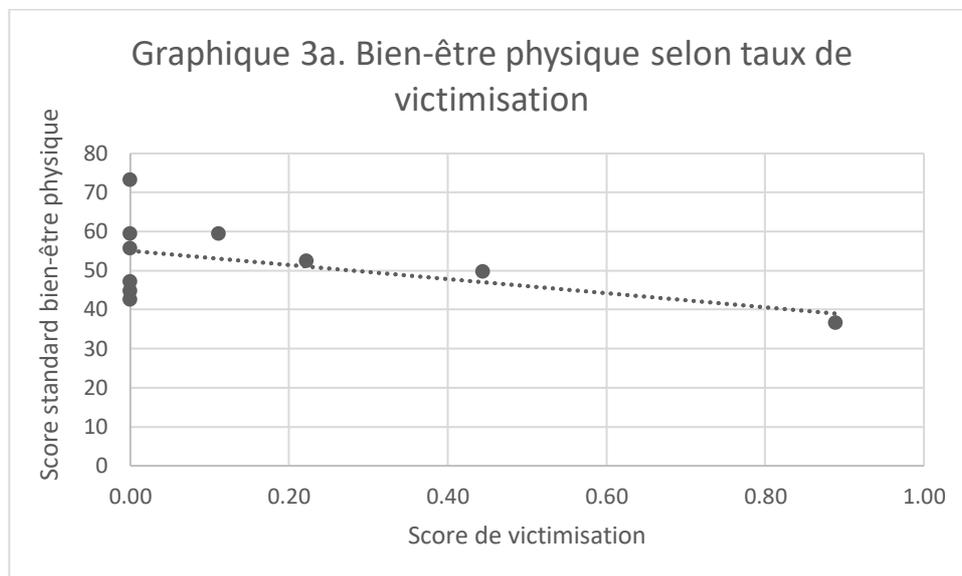
Bibliographie

1. Olweus D. Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *Eur J Psychol Educ.* 1 déc 1997;12(4):495.
2. Lucia S. Correlates of bullying in Switzerland. *Eur J Criminol.* janv 2016;13(1):50-66.
3. Colloque printanier de l'Institut universitaire Kurt Bösch et de l'Institut international des droits de l'enfant, Jaffé PD, éditeurs. *Harcèlement entre pairs: agir dans les tranchées de l'école : actes du 4e Colloque printanier de l'Institut universitaire Kurt Bösch et de l'Institut international des droits de l'enfant.* 2013.
4. Solberg ME, Olweus D. Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggress Behav.* juin 2003;29(3):239-68.
5. Solberg ME, Olweus D, Endresen IM. Bullies and victims at school: Are they the same pupils? *Br J Educ Psychol.* juin 2007;77(2):441-64.
6. Kubiszewski V, Fontaine R, Chasseigne G, Rusch E. Évaluation du bullying scolaire (harcèlement scolaire) chez les adolescents français : validité de l'adaptation française du questionnaire Agresseur/Victime révisé d'Olweus (1996). *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juin 2014;172(4):261-7.
7. Guilheri J, Cogo-Moreira H, Kubiszewski V, Yazigi L, Andronikof A. Validité de construit du questionnaire rBVQ d'Olweus pour l'évaluation du harcèlement scolaire (bullying) auprès d'élèves français de cycle 3. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 juin 2015;63(4):211-7.
8. Analitis F, Velderman MK, Ravens-Sieberer U, Detmar S, Erhart M, Herdman M, et al. Being Bullied: Associated Factors in Children and Adolescents 8 to 18 Years Old in 11 European Countries. *Pediatrics.* 1 févr 2009;123(2):569.
9. Brand S, Blechschmidt A, Muller A, Sader R, Schwenzer-Zimmerer K, Zeilhofer H-F, et al. Psychosocial functioning and sleep patterns in children and adolescents with cleft lip and palate (CLP) compared with healthy controls. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc.* mars 2009;46(2):124-35.
10. Bogart LM, Elliott MN, Klein DJ, Tortolero SR, Mrug S, Peskin MF, et al. Peer Victimization in Fifth Grade and Health in Tenth Grade. *Pediatrics.* mars 2014;133(3):440-7.
11. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. *Arch Dis Child.* sept 2015;100(9):879-85.
12. Gini G, Pozzoli T. Bullied Children and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 1 oct 2013;132(4):720.
13. Hohlfeld J, de Buys Roessingh A. Prise en charge des fentes labio-maxillo-palatines au CHUV. *Rev Med Suisse.* 2009;5:402-8.
14. Hunt O, Burden D, Hepper P, Stevenson M, Johnston C. Self-Reports of Psychosocial Functioning Among Children and Young Adults With Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofac J.* sept 2006;43(5):598-605.
15. Ward JA, Vig KWL, Firestone AR, Mercado A, da Fonseca M, Johnston W. Oral Health-Related Quality of Life in Children With Orofacial Clefts. *Cleft Palate Craniofac J.* 11 janv 2012;50(2):174-81.

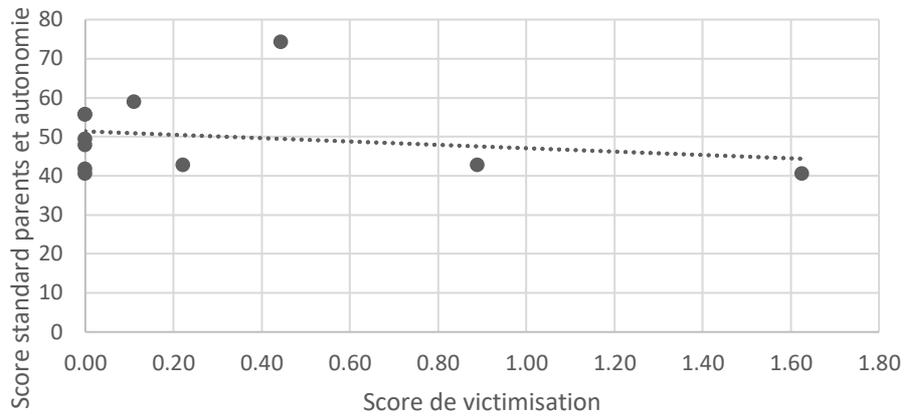
16. Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *Eur J Orthod.* juin 2005;27(3):274-85.
17. Masnari O, Schiestl C, Rossler J, Gutlein SK, Neuhaus K, Weibel L, et al. Stigmatization Predicts Psychological Adjustment and Quality of Life in Children and Adolescents With a Facial Difference. *J Pediatr Psychol.* 1 mars 2013;38(2):162-72.
18. Berger ZE, Dalton LJ. Coping with a Cleft: Psychosocial Adjustment of Adolescents with a Cleft Lip and Palate and Their Parents. *Cleft Palate Craniofac J.* juill 2009;46(4):435-43.
19. Berger ZE, Dalton LJ. Coping with a Cleft II: Factors Associated with Psychosocial Adjustment of Adolescents with a Cleft Lip and Palate and Their Parents. *Cleft Palate Craniofac J.* janv 2011;48(1):82-90.
20. Feragen KB, Stock NM. A longitudinal study of 340 young people with or without a visible difference: The impact of teasing on self-perceptions of appearance and depressive symptoms. *Body Image.* mars 2016;16:133-42.
21. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships Between Cognitive Strategies of Adolescents and Depressive Symptomatology Across Different Types of Life Event. *J Youth Adolesc.* 1 déc 2003;32(6):401-8.
22. Garnefski N, Kraaij V. Bully victimization and emotional problems in adolescents: moderation by specific cognitive coping strategies? *J Adolesc.* oct 2014;37(7):1153-60.
23. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personal Individ Differ.* 1 juin 2001;30(8):1311-27.
24. d'Acremont M, Van der Linden M. How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Adolesc.* 1 avr 2007;30(2):271-82.
25. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp Neth DATEC. 2002;
26. Lovegrove E, Rumsey N. Ignoring it doesn't make it stop: adolescents, appearance, and bullying. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc.* janv 2005;42(1):33-44.
27. Olweus D. The revised Olweus Bully/victim questionnaire [Internet]. University of Bergen, Research Center for Health Promotion; 1996. Disponible sur: <https://books.google.ch/books?id=IgyLtwAACAAJ>
28. Herdman M, Rajmil L, Ravens-Sieberer U, Bullinger M, Power M, Alonso J. Expert consensus in the development of a European health-related quality of life measure for children and adolescents: a Delphi study. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 2002;91(12):1385-90.
29. Rajmil L, Herdman M, Fernandez de Sanmamed M-J, Detmar S, Bruil J, Ravens-Sieberer U, et al. Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* janv 2004;34(1):37-45.
30. Robitail S, Ravens-Sieberer U, Simeoni M-C, Rajmil L, Bruil J, Power M, et al. Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* oct 2007;16(8):1335-45.
31. Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, Gosch A, Rajmil L, Bruil J, et al. The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual Life Res.* 1 oct 2007;16(8):1347-56.
32. Aguert M, Capel A. Mieux comprendre les scores z pour bien les utiliser. 2018;61-85.

33. Dey M, Landolt MA, Mohler-Kuo M. Assessing parent–child agreement in health-related quality of life among three health status groups. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* mars 2013;48(3):503-11.
34. Limber SP, Olweus D, Wang W, Masiello M, Breivik K. Evaluation of the Olweus Bullying Prevention Program: A large scale study of U.S. students in grades 3–11. *J Sch Psychol.* 1 août 2018;69:56-72.

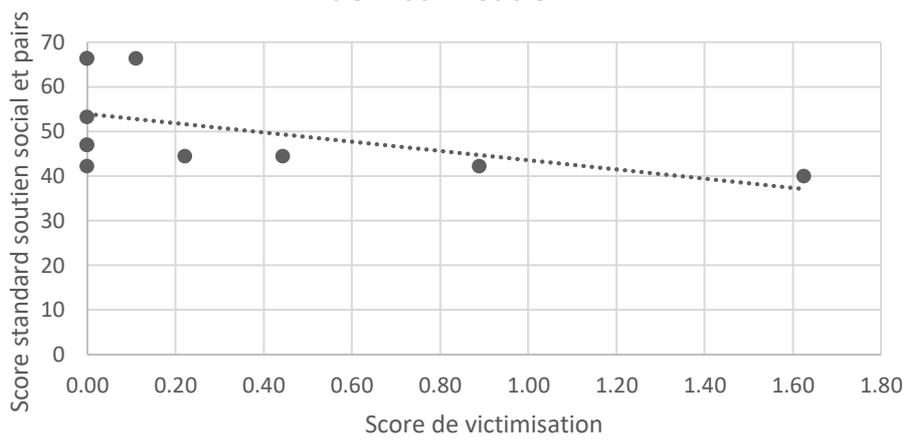
Annexes



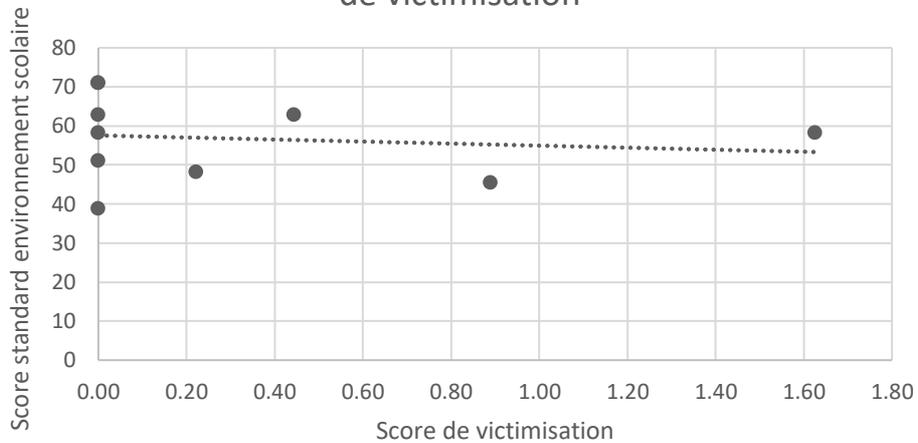
Graphique 3c. Relation avec les parents et autonomie selon taux de victimisation



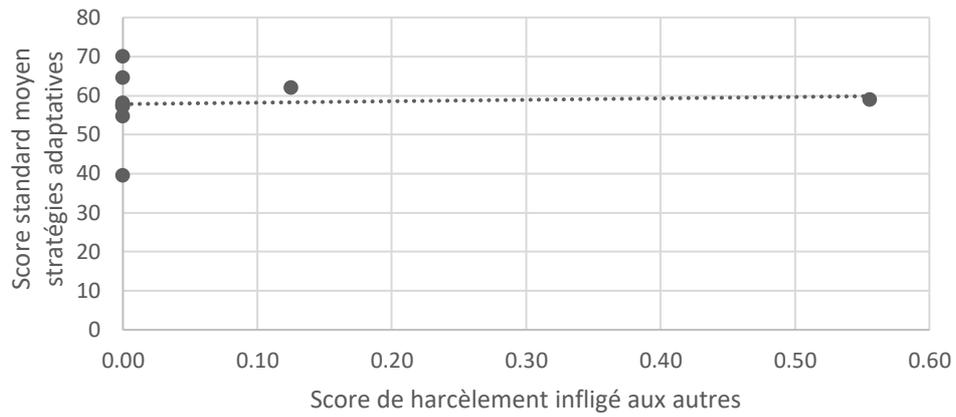
Graphique 3d. Soutien social et pairs selon taux de victimisation



Graphique 3e. Environnement scolaire selon taux de victimisation



Graphique 8a. Utilisation des stratégies adaptatives en fonction du score de harcèlement infligé



Graphique 9a. Utilisation des stratégies mal-adaptatives en fonction du score de harcèlement infligé

