REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY OF CHILD AND ADOLESCENT JOURNAL
ISSN 1578-1062
Volume, numéro, année, pp. : 1 - 20
Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0
DOI : https://doi.org/10.65549/wjpcev89

Le harcèlement scolaire comme mode de révélation des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent

School bullying as a mode of presentation of psychiatric disorders in children and adolescents

El acoso escolar como forma de presentación de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes

Dr Yasmine Benslimane[1], Pr Bouchra Aabbassi[1 2], Pr Fatiha Manoudi[3]

[1] Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Maroc.

[2] Centre de recherche « Santé, enfance et développement », Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

3 s Équipe de recherche pour la santé mentale, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

Correspondance :
Dr benslimane yasmine
ORCID : https://orcid.org/0000-0003-1461-9173
E-mail : ybenslimane3@gmail.com
Reçu : 16/11/2026
Accepté :23/11/2026

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire les circonstances d'identification du harcèlement scolaire et les troubles psychiatriques associés chez les enfants et adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis (CHU Mohammed VI de Marrakech), ainsi que les caractéristiques et le contexte du harcèlement, son retentissement scolaire, la chronologie par rapport au début des troubles, les facteurs de vulnérabilité et de protection, la prise en charge et la réponse de l'établissement scolaire.

Matériel et méthodes. Étude descriptive monocentrique portant sur 54 enfants et adolescents âgés de 8 à 16 ans, présentant un antécédent de harcèlement scolaire et ayant consulté en pédopsychiatrie. Les fiches ont été saisies du 7 juin au 17 octobre 2026 à l'aide d'une fiche de collecte standardisée et analysées de façon descriptive. Le risque suicidaire a été évalué par la C-SSRS.

Résultats. L'âge moyen était de 11,9 ± 1,9 ans et les garçons représentaient 66,7 % de l'échantillon. Le harcèlement était verbal chez 94 % des patients, quotidien chez 83 %, évoluant depuis plus de 12 mois chez 61 % et survenant dans l'enceinte scolaire dans 93 % des cas. Une violence intrafamiliale était associée chez 41 %. Le harcèlement n'était identifié comme facteur causal lors de la première consultation que chez 37 % des patients, les motifs de consultation dominants étant les difficultés scolaires (46 %) et le syndrome anxieux (26 %). Un diagnostic psychiatrique était retenu chez 81 % des patients (trouble anxieux 31 %, trouble dépressif 24 %, déficience intellectuelle 20 %). Le harcèlement précédait le trouble chez 70 % des patients présentant un trouble dépressif et 60 % de ceux présentant un trouble anxieux, et il était présent depuis l'entrée à l'école chez tous les patients porteurs d'une déficience intellectuelle. Aucune idéation suicidaire active n'était rapportée. La réponse de l'établissement scolaire était inexistante dans 76 % des cas.

Conclusion. Dans cette population clinique hospitalière, le harcèlement scolaire apparaît verbal, quotidien, durable et presque exclusivement scolaire, souvent associé à une violence intrafamiliale et à un cumul d'événements de vie stressants. Il n'est identifié comme facteur causal lors de la première consultation que dans une minorité de cas, le plus souvent derrière des difficultés scolaires ou un syndrome anxieux. Sa recherche systématique lors de toute première consultation de pédopsychiatrie, l'évaluation conjointe du contexte familial et du risque suicidaire et une liaison structurée avec les établissements scolaires s'imposent.

Mots-clés : harcèlement scolaire ; enfant ; adolescent ; pédopsychiatrie ; santé mentale.

ABSTRACT

Objective. To describe the circumstances in which school bullying is identified and the associated psychiatric disorders in children and adolescents attending the child and adolescent psychiatry clinic at Ibn Nafis Hospital (Mohammed VI University Hospital, Marrakesh), as well as the characteristics and context of the bullying, its academic impact, its timing relative to the onset of the disorders, vulnerability and protective factors, management, and the school's response.

Materials and methods. A single-centre descriptive study of 54 children and adolescents aged 6 to 16 years with a history of school bullying who attended the child and adolescent psychiatry clinic. Records were entered between 7 June and 17 October 2026 using a standardised data collection form and analysed descriptively. Suicide risk was assessed with the C-SSRS.

Results. The mean age was 11.9 ± 1.9 years and boys accounted for 66.7 per cent of the sample. The bullying was verbal in 94 per cent of patients, daily in 83 per cent, ongoing for more than 12 months in 61 per cent and occurred on school premises in 93 per cent of cases. Intrafamilial violence was associated in 41 per cent. Bullying was identified as a causal factor at the first consultation in only 37 per cent of patients, the main reasons for consultation being school difficulties (46 per cent) and anxiety syndrome (26 per cent). A psychiatric diagnosis was made in 81 per cent of patients (anxiety disorder 31 per cent, depressive disorder 24 per cent, intellectual disability 20 per cent). Bullying preceded the disorder in 70 per cent of patients with a depressive disorder and 60 per cent of those with an anxiety disorder and had been present since school entry in all patients with intellectual disability. No active suicidal ideation was reported. The school's response was non-existent in 76 per cent of cases.

Conclusion. In this hospital-based clinical population, school bullying appears to be verbal, daily, long-lasting and almost exclusively school-based, often associated with intrafamilial violence and an

accumulation of stressful life events. It is identified as a causal factor at the first consultation in only a minority of cases, most often behind school difficulties or anxiety syndrome. Systematic screening for bullying at every first child psychiatry consultation, joint assessment of the family context and suicide risk, and structured liaison with schools are warranted.

Keywords: school bullying; child; adolescent; child and adolescent psychiatry; mental health.

RESUMEN

Objetivo. Describir las circunstancias en las que se identifica el acoso escolar y los trastornos psiquiátricos asociados en niños y adolescentes atendidos en la consulta de psiquiatría infantil del Hospital Ibn Nafis (Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech), así como las características y el contexto del acoso, su repercusión escolar, la cronología respecto al inicio de los trastornos, los factores de vulnerabilidad y de protección, el tratamiento y la respuesta del centro escolar.

Material y métodos. Estudio descriptivo monocéntrico realizado con 54 niños y adolescentes de entre 8 y 16 años con antecedentes de acoso escolar, atendidos en la consulta de psiquiatría infantil. Las fichas se registraron entre el 7 de junio y el 17 de octubre de 2026 mediante una ficha de recogida de datos estandarizada y se analizaron de forma descriptiva. El riesgo suicida se evaluó con la C-SSRS.

Resultados. La edad media era de 11,9 ± 1,9 años y los chicos representaban el 66,7 % de la muestra. El acoso era verbal en el 94 % de los pacientes, diario en el 83 %, de más de 12 meses de evolución en el 61 % y se producía en el recinto escolar en el 93 % de los casos. En el 41 % se asociaba violencia intrafamiliar. El acoso solo se identificaba como factor causal en la primera consulta en el 37 % de los pacientes, y los principales motivos de consulta eran las dificultades escolares (46 %) y el síndrome ansioso (26 %). Se estableció un diagnóstico psiquiátrico en el 81 % de los pacientes (trastorno de ansiedad 31 %, trastorno depresivo 24 %, discapacidad intelectual 20 %). El acoso precedía al trastorno en el 70 % de los pacientes con trastorno depresivo y en el 60 % de los que presentaban un trastorno de ansiedad, y estaba presente desde el ingreso en la escuela en todos los pacientes con discapacidad intelectual. No se notificó ninguna ideación suicida activa. La respuesta del centro escolar fue inexistente en el 76 % de los casos.

Conclusión. En esta población clínica hospitalaria, el acoso escolar se presenta como verbal, diario, duradero y casi exclusivamente escolar, a menudo asociado a violencia intrafamiliar y a una acumulación de acontecimientos vitales estresantes. Solo en una minoría de casos se identifica como factor causal en la primera consulta, casi siempre detrás de dificultades escolares o de un síndrome ansioso. Se imponen la búsqueda sistemática del acoso en toda primera consulta de psiquiatría infantil, la evaluación conjunta del contexto familiar y del riesgo suicida, y una coordinación estructurada con los centros escolares.

Palabras clave: acoso escolar; niño; adolescente; psiquiatría infantil; salud mental.

INTRODUCTION

Le harcèlement scolaire se définit comme un comportement agressif intentionnel, répété dans le temps, qui s'exerce dans une relation marquée par un déséquilibre de pouvoir entre l'auteur et la victime [1]. Il peut être verbal, physique, relationnel ou se manifester en ligne, et il touche les enfants et les adolescents dans l'ensemble des systèmes éducatifs [2]. Fréquent et souvent durable, il constitue aujourd'hui un problème de santé publique dont les conséquences dépassent largement le cadre de l'école [3].

Au-delà de ses répercussions scolaires et sociales, le harcèlement est reconnu comme un facteur de risque de troubles psychiques, en particulier dépressifs et anxieux [4,5,6], et peut s'accompagner d'une baisse de l'estime de soi [7], d'une dégradation des résultats scolaires [8] et d'un risque suicidaire [9,10]. La relation entre harcèlement et troubles psychiques est toutefois complexe et probablement bidirectionnelle [11] : les difficultés psychiques préexistantes peuvent exposer l'enfant au harcèlement, qui peut à son tour les aggraver ou en favoriser l'apparition.

En pratique clinique, le harcèlement reste souvent méconnu [7,12]. L'enfant le révèle rarement de lui-même [13], et il peut se dissimuler derrière des motifs de consultation variés, tels que des difficultés scolaires, des plaintes somatiques, des manifestations anxieuses ou des troubles du comportement, ou être attribué à une pathologie sous-jacente, notamment chez les enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement [14]. Son identification en consultation de pédopsychiatrie, et la compréhension de sa place dans l'histoire du trouble, sont pourtant essentielles pour proposer une prise en charge précoce et adaptée. À notre connaissance, les données issues de consultations de pédopsychiatrie au Maroc restent rares.

Dans ce contexte, notre travail vise à mieux caractériser le harcèlement scolaire chez les enfants et adolescents suivis en consultation de pédopsychiatrie à Marrakech, afin d'en préciser les circonstances d'identification, les troubles associés et la réponse apportée dans notre pratique.

OBJECTIF

L'objectif principal était de décrire les circonstances d'identification du harcèlement scolaire et les troubles psychiatriques associés chez les enfants et adolescents consultant en pédopsychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis (CHU Mohammed VI, Marrakech) et présentant un antécédent de harcèlement scolaire.

Les objectifs secondaires étaient de décrire : (1) les caractéristiques sociodémographiques des patients ; (2) les caractéristiques et le contexte du harcèlement (milieu scolaire seul ou violence intrafamiliale associée) ; (3) son retentissement scolaire ; (4) la présentation clinique et les diagnostics à l'entrée en consultation, y compris le risque suicidaire ; (5) la chronologie entre le harcèlement et le début des troubles dépressifs, des troubles anxieux et de la déficience intellectuelle ; (6) les facteurs de vulnérabilité et de protection ; (7) la prise en charge et la réponse de

l'établissement scolaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Type d'étude et période

Il s'agit d'une étude descriptive monocentrique réalisée au service de pédopsychiatrie de l'hôpital Ibn Nafis (CHU Mohammed VI de Marrakech). Les fiches ont été saisies du 7 juin au 17 octobre 2026.

Population d'étude et critères d'inclusion

Ont été inclus les patients remplissant les quatre critères suivants : âge compris entre 6 et 16 ans ; au moins une consultation au service de pédopsychiatrie de l'hôpital Ibn Nafis ; présence d'un antécédent de harcèlement scolaire ; consentement éclairé du parent ou du représentant légal à la participation de l'enfant à l'étude. Aucun critère d'exclusion spécifique n'a été défini a priori.

Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de collecte standardisée, élaborée sur Google Forms et renseignée par un enquêteur unique. Lorsque l'enfant n'était pas en mesure de s'exprimer ou était non verbal, le harcèlement scolaire était rapporté par les parents. Les variables étudiées concernaient :

- Les données sociodémographiques et scolaires : âge, sexe, niveau scolaire, type d'enseignement, milieu de résidence, situation familiale, niveau socio-économique estimé.
- Les caractéristiques du harcèlement : formes, durée, fréquence, lieux, auteurs, révélation à un adulte, signalement, délai entre le début du harcèlement et la première consultation, retentissement scolaire.
- Le contexte du harcèlement : limité au milieu scolaire ou associé à une violence ou une dévalorisation intrafamiliale, estimé à partir de la violence intrafamiliale rapportée parmi les événements de vie stressants.
- Les circonstances d'identification du harcèlement à l'entrée en consultation : motif de consultation déclaré d'emblée par la famille, motif révélé secondairement après recherche active du clinicien, ou harcèlement n'étant pas le motif de consultation.
- Les données cliniques : motifs de consultation, symptômes initiaux, diagnostics retenus selon le DSM-5 ou la CIM-11, antécédents psychiatriques personnels et familiaux, troubles du neurodéveloppement.
- La chronologie entre le début du harcèlement et l'apparition du trouble, appréciée pour les troubles dépressifs, les troubles anxieux et la déficience intellectuelle à partir de l'histoire de la maladie rapportée par l'enfant et ses parents.
- Les facteurs de vulnérabilité et de protection : soutien familial perçu (coté sur 5, jugé faible lorsque ≤ 2), adulte référent hors famille, relations avec les pairs avant le harcèlement, estime de soi, événements de vie stressants.
- Les modalités de prise en charge, les traitements prescrits, le suivi ultérieur et la réponse de l'établissement scolaire.

Outils d'évaluation

Les diagnostics ont été établis sur la base de l'évaluation clinique, selon le DSM-5 ou la CIM-11. Des échelles standardisées (SCARED, PHQ-A) n'ont été utilisées que

chez certains patients, lorsque cela était nécessaire pour étayer le diagnostic, et non de façon systématique ; leurs scores ne sont donc pas rapportés. L'estime de soi a été appréciée cliniquement (faible, moyenne, bonne). Le risque suicidaire a été évalué à l'aide de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) : les niveaux d'idéation sont classés de 1 à 5, du souhait d'être mort à l'existence d'une intention suicidaire avec plan, et les comportements suicidaires sont évalués séparément.

Analyse statistique

L'analyse était descriptive. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type lorsque leur distribution le permettait, ou par la médiane et l'intervalle interquartile dans le cas contraire. Les variables cliniques ont été décrites à l'évaluation initiale (T0). Aucune analyse comparative n'a été réalisée et aucune association statistique n'est conclue.

Aspects éthiques et conflits d'intérêts

L'étude a été menée dans le respect des principes éthiques applicables à la recherche impliquant des mineurs. Le consentement éclairé du parent ou du représentant légal a été recueilli avant l'inclusion. La confidentialité des données et l'anonymat des participants ont été préservés lors du recueil, du traitement et de l'analyse des informations. Les données ont été utilisées exclusivement à des fins scientifiques. Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré dans le cadre de ce travail.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon comprend 36 garçons (66,7 %) et 18 filles (33,3 %). L'âge moyen est de 11,9 ± 1,9 ans. La tranche 12–14 ans est la plus représentée (50 %), devant les 10–11 ans (31,5 %). Les patients sont majoritairement scolarisés en primaire (54 %), puis au collège (35 %). L'enseignement public concerne 76 % des patients, et 87,0 % des patients résident en milieu urbain (donnée non renseignée pour un patient). Les enfants vivent le plus souvent dans une famille nucléaire (65 %) ; 24 % sont en situation de parent isolé. Le niveau socio-économique estimé est moyen dans 56 % des cas (**tableau 1**).

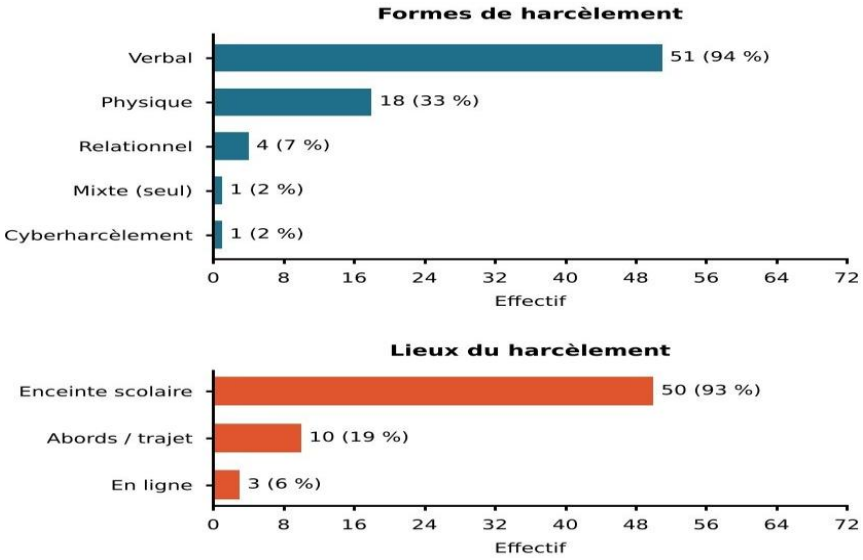
2. Caractéristiques du harcèlement

Le harcèlement est verbal dans 94 % des cas (insultes, moqueries), physique dans 33 %, relationnel dans 7 %, et 35 % des patients subissent au moins deux formes combinées. Un seul cas de cyberharcèlement pur est rapporté ; trois patients (5,6 %), dont ce cas, signalent des faits en ligne, mais 93 % des situations se déroulent dans l'enceinte scolaire et 19 % aux abords ou sur le trajet. Des auteurs collectifs sont signalés dans 57 % des cas et des auteurs individuels dans 48 % (**figure 1**).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques (n = 54).

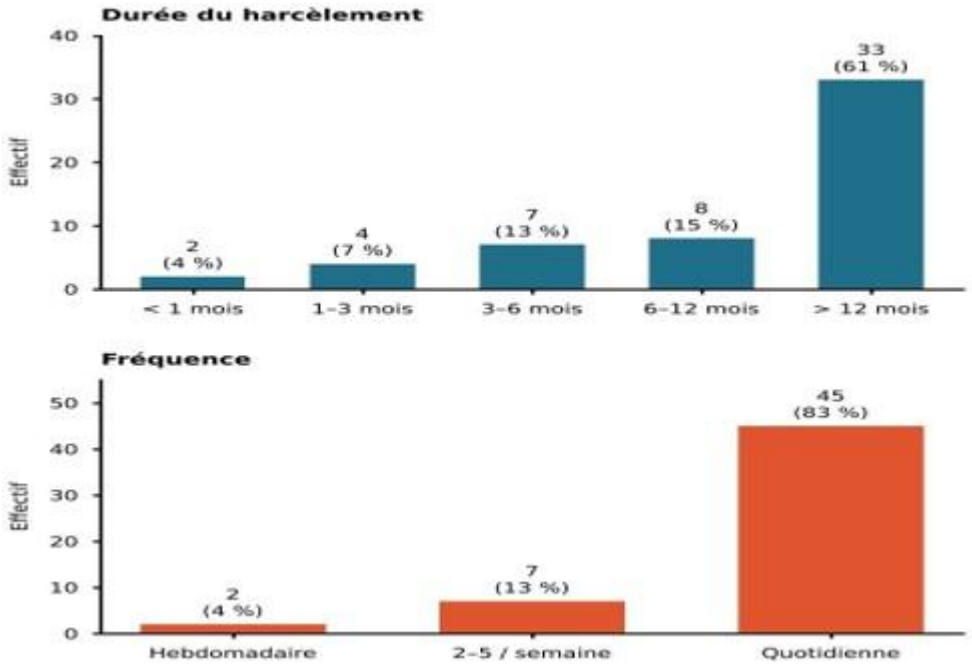
Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sexe		
Garçons	36	66,7
Filles	18	33,3
Âge moyen ± écart-type	11,9 ± 1,9 ans	
Tranches d'âge		
8–9 ans	6	11,1
10–11 ans	17	31,5
12–14 ans	27	50,0
15–16 ans	4	7,4
Niveau scolaire		
Primaire	29	54
Collège	19	35
Lycée	5	9
Déscolarisé	1	2
Type d'enseignement		
Public	41	76
Privé	13	24
Milieu de résidence		
Urbain	47	87,0
Rural	6	11,1
Non renseigné	1	1,9
Structure familiale		
Famille nucléaire	35	65
Parent isolé	13	24
Placement/tutelle, adoption ou famille élargie	4	7,4
Famille recomposée	2	3,7
Niveau socio-économique estimé		
Moyen	30	55,6
Faible	22	40,7
Élevé	2	3,7

Figure 1. Formes et lieux du harcèlement (réponses multiples)



La situation est chronique et intense : le harcèlement dure depuis plus de 12 mois chez 61 % des patients (76 % depuis plus de 6 mois) et il est quotidien dans 83 % des cas, plurihebdomadaire dans 13 % (**figure 2**). Quatre-vingt-cinq pour cent des enfants en ont parlé à un adulte. Le délai médian entre le début du harcèlement et la première consultation est de 12 mois (moyenne 17,9 ; intervalle interquartile 7,5 -19,5 (donnée disponible pour 32 patients (**figure 2**)

Figure 2. Durée et fréquence du harcèlement.



3. Contexte du harcèlement : milieu scolaire seul ou violence intrafamiliale associée

Le harcèlement se déroule dans l'enceinte scolaire dans 93 % des situations. Afin de préciser si l'école est la seule source de dévalorisation de l'enfant, le contexte familial a été estimé à partir de la violence intrafamiliale rapportée parmi les événements de vie stressants (**tableau 2**). Celle-ci est retrouvée chez 22 patients (41 %), pour lesquels le harcèlement s'inscrit dans un contexte de maltraitance ou de dévalorisation au domicile, contre 32 patients (59 %) chez lesquels il semble limité au milieu scolaire.

Tableau 2. Contexte relationnel du harcèlement (n = 54).

Contexte	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Harcèlement limité au milieu scolaire	32	**59,3**
Harcèlement scolaire associé à une violence ou une dévalorisation intrafamiliale	**22**	**40,7**

Cette estimation repose sur la violence intrafamiliale et ne distingue pas la dévalorisation verbale parentale des autres formes de violence ; elle peut sous-estimer les situations de rabaissement de l'enfant sans violence rapportée.

4. Retentissement scolaire

Les résultats scolaires sont en baisse pour 63 % des patients (modérée 37 %, importante 24 %, déscolarisation 2 %) et restent inchangés pour 37 % (figure 3). Un absentéisme est rapporté chez 6 patients sur 54 (11 %), ce qui est vraisemblablement une sous-estimation compte tenu de la fréquence des symptômes d'évitement scolaire.

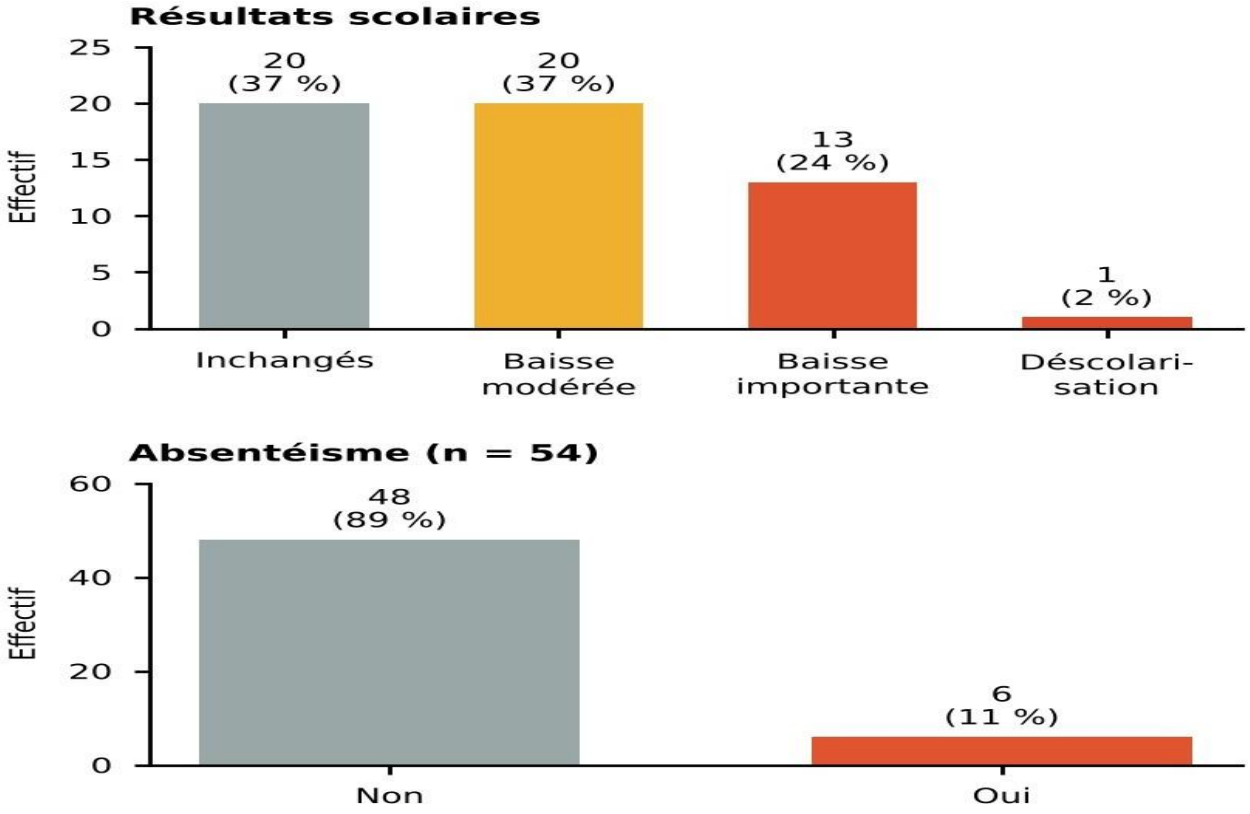


Figure 3. Évolution des résultats scolaires et absentéisme.

5. Présentation clinique à l'entrée en consultation

Motifs de consultation. Les difficultés scolaires viennent en tête (46 %), suivies du syndrome anxieux (26 %), du syndrome dépressif (9 %) et des troubles du comportement (9 %). Un cas isolé est adressé pour plaintes somatiques, refus scolaire anxieux, idéation suicidaire, mouvements anormaux ou signalement externe.

Circonstances d'identification du harcèlement. Le harcèlement n'a été identifié comme facteur causal lors de la première consultation que dans 37 % des cas (n = 20) (figure 4). Il constituait le motif de consultation déclaré d'emblée par la famille dans 28 % des cas (n = 15), et n'a été identifié que secondairement, lors de l'entretien et après une recherche active du clinicien, dans 9 % des cas (n = 5). Dans 63 % des cas (n = 34), le harcèlement n'était pas le motif de consultation.

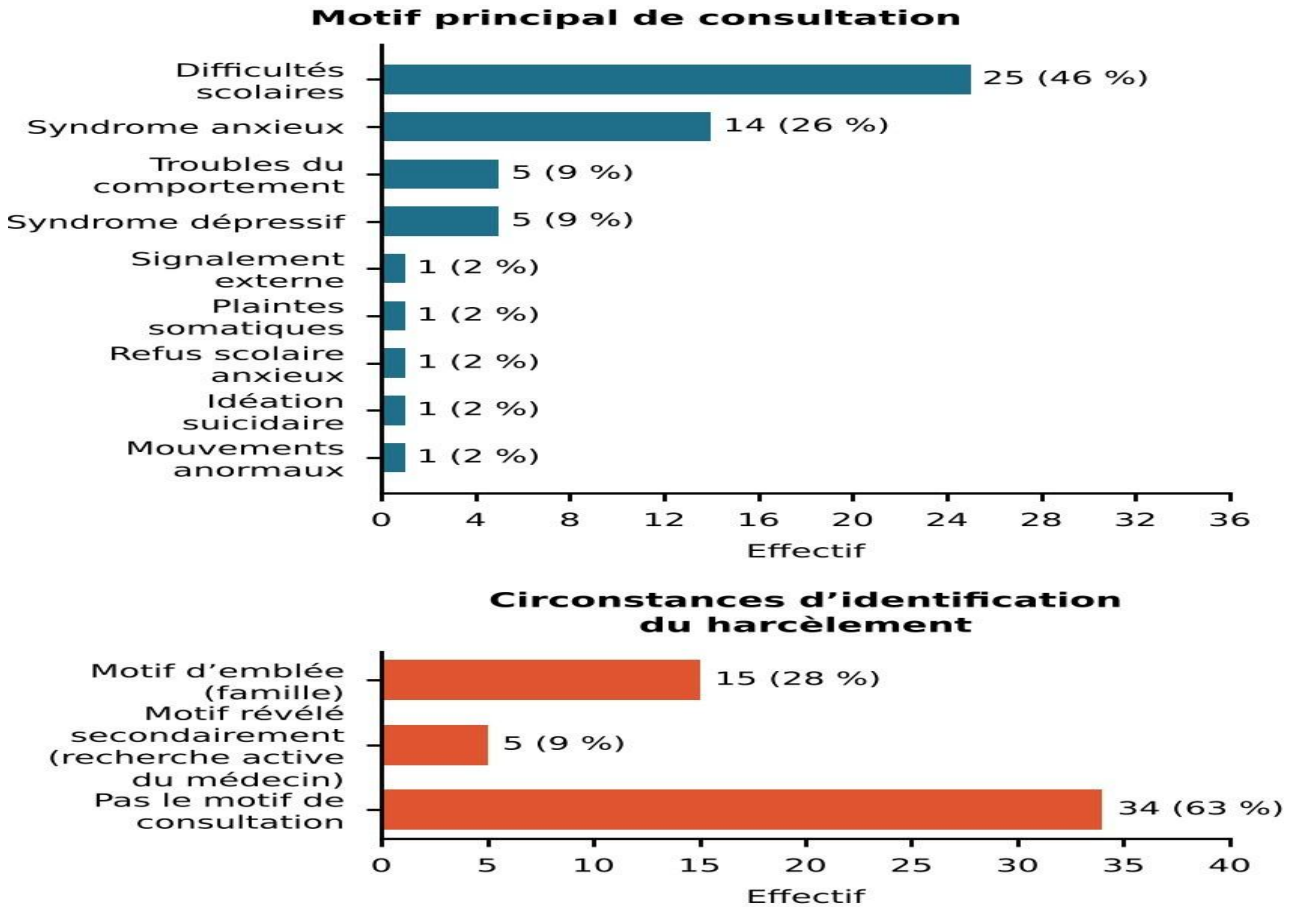


Figure 4. Motif principal de consultation et circonstances d'identification du harcèlement.

Les enfants porteurs d'un trouble neurodéveloppemental confirmé (21 patients) consultent pour des difficultés scolaires dans 86 % des cas (18/21), contre 21 % (7/33) des autres, ce qui suggère que le harcèlement est facilement masqué par le tableau scolaire chez ces patients.

Risque suicidaire. Aucune idéation active n'est rapportée ; 4 patients (7,4 %) ont une idéation passive (3 enfants de 11 ans et un enfant de 12 ans ; 2 filles, 2 garçons), dont le patient adressé pour idéation suicidaire. Aucun de ces quatre patients ne reçoit de traitement médicamenteux à T0.

Diagnostics. Au moins un diagnostic est retenu chez 44 patients (81 %), plusieurs chez 12. Les plus fréquents sont le trouble dépressif (24 %), la déficience intellectuelle (20 %), les troubles spécifiques des apprentissages (19 %) et l'anxiété de séparation (15 %). Au total, 31 % des patients (17/54) présentent au moins un trouble anxieux (anxiété de séparation, TAG, phobie sociale, trouble panique), 24 % (13/54) un trouble dépressif et 6 % un état de stress post-traumatique. Dix patients (19 %) n'ont aucun diagnostic psychiatrique retenu.

Les antécédents psychiatriques personnels sont quasi absents (1 cas) ; les antécédents familiaux au premier degré concernent 30 % (16/54) des patients, essentiellement des troubles dépressifs ou anxieux (figure 5).

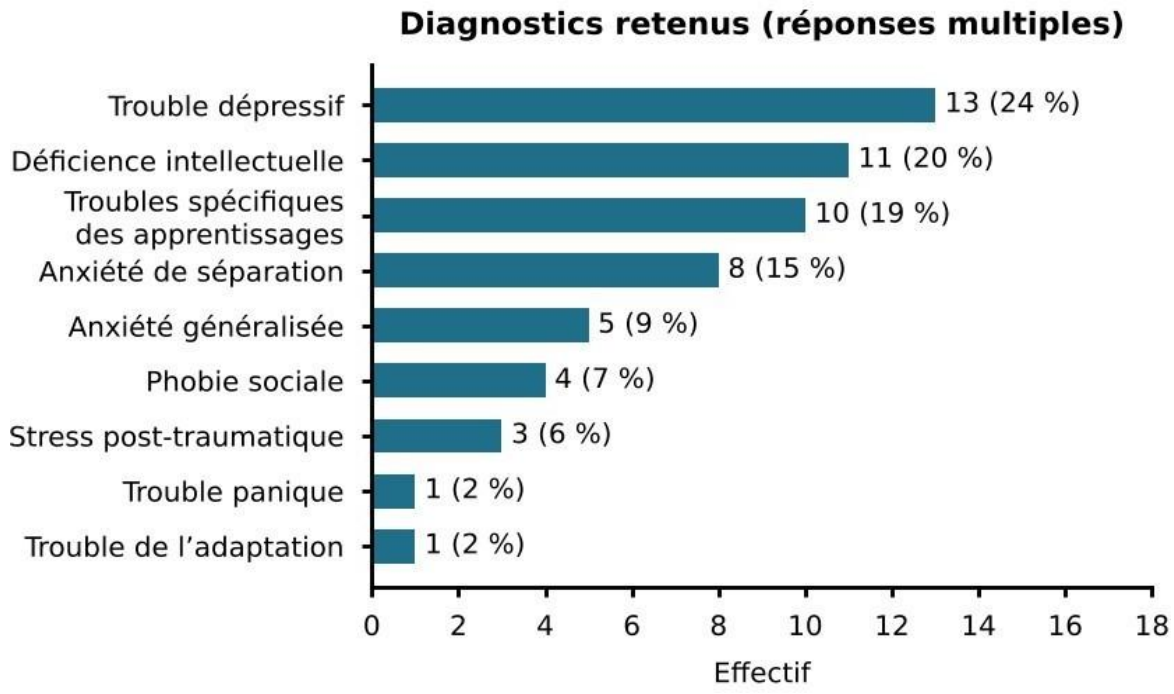


Figure 5. Diagnostics retenus à l'issue de l'évaluation initiale (réponses multiples).

6. Chronologie du harcèlement et début du trouble selon le diagnostic

La chronologie entre le harcèlement et le début du trouble a été étudiée selon le diagnostic. Parmi les patients présentant un trouble dépressif, le harcèlement précédait la survenue de la dépression dans 70 % des cas. Parmi ceux présentant un trouble anxieux, il précédait le développement de l'anxiété dans 60 % des cas. Chez les patients porteurs d'une déficience intellectuelle, tous (100 %) avaient subi le harcèlement depuis leur entrée à l'école.

7. Facteurs de vulnérabilité et de protection

Le soutien familial perçu est en moyenne de 2,8/5 et jugé faible (≤ 2) pour 43 % des enfants. Un adulte référent hors famille existe pour 67 % ; en revanche, 74 % avaient des relations avec les pairs seulement partielles (61 %) ou un isolement préexistant (13 %) avant le harcèlement. L'estime de soi est faible chez 30 % des patients (figure 6). Des événements de vie stressants concomitants sont retrouvés chez 74 % des patients : violence intrafamiliale (41 %), séparation ou divorce des parents (35 %), déménagement ou changement d'établissement (19 %) (figure 7). Le contexte est donc fréquemment celui d'un cumul d'adversités, ce qui rend difficile l'attribution des symptômes au seul harcèlement.

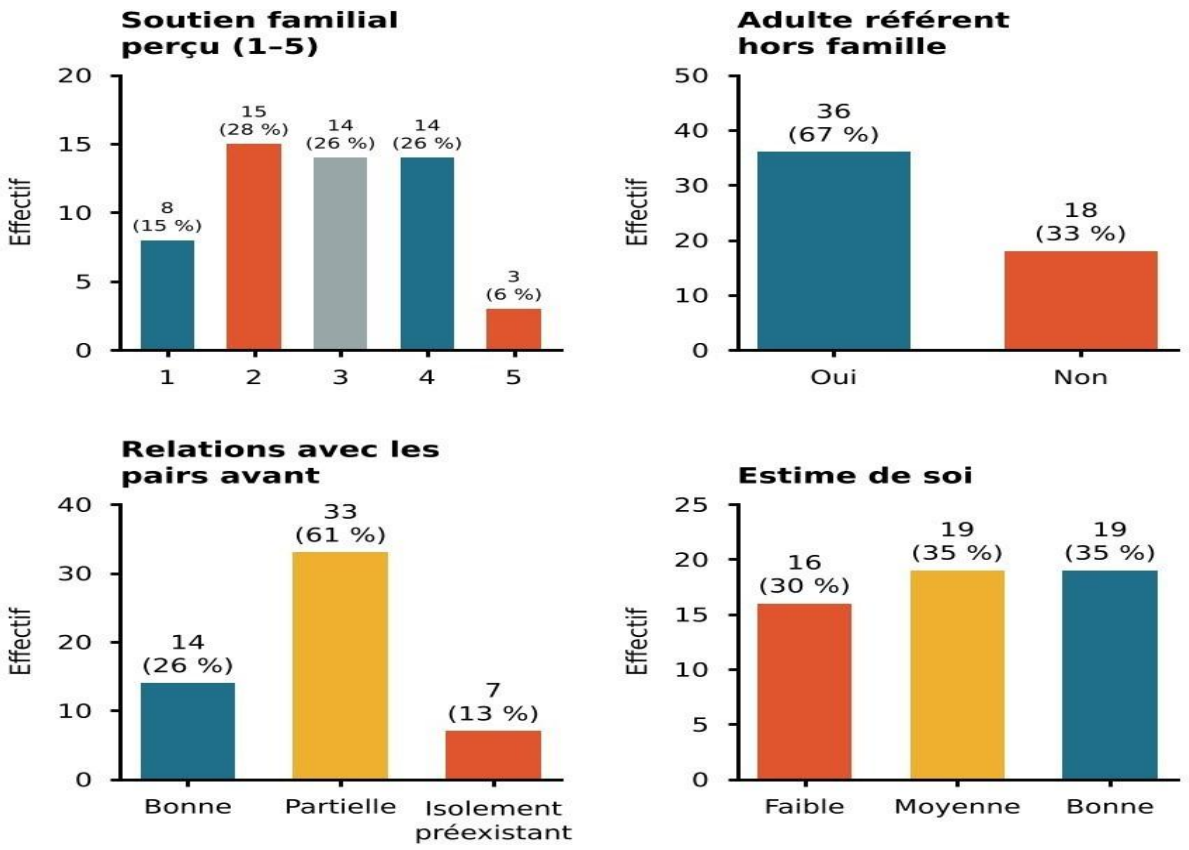


Figure 6. Soutien familial, adulte référent, relations avec les pairs et estime de soi.

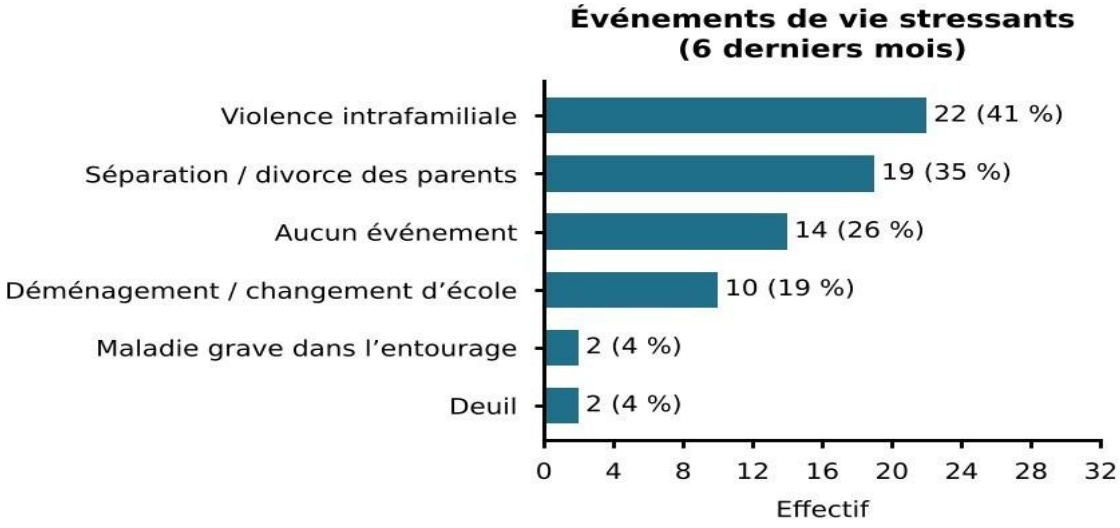


Figure 7. Événements de vie stressants dans les 6 derniers mois.

8. Prise en charge et réponse de l'école

La psychothérapie individuelle est instaurée chez 98 % des patients et la psychoéducation chez 76 %. Dix patients (19 %) reçoivent un traitement médicamenteux : antidépresseur de type ISRS (8 patients : fluoxétine ou sertraline), dont un associé à de la rispéridone à faible dose, ou hydroxyzine

(2 patients). La liaison structurée avec l'établissement (RASED) et la thérapie familiale ne sont rapportées que pour un patient chacune (**figure 8)**, alors qu'un signalement est réalisé dans 67 % des cas (**figure 9**).

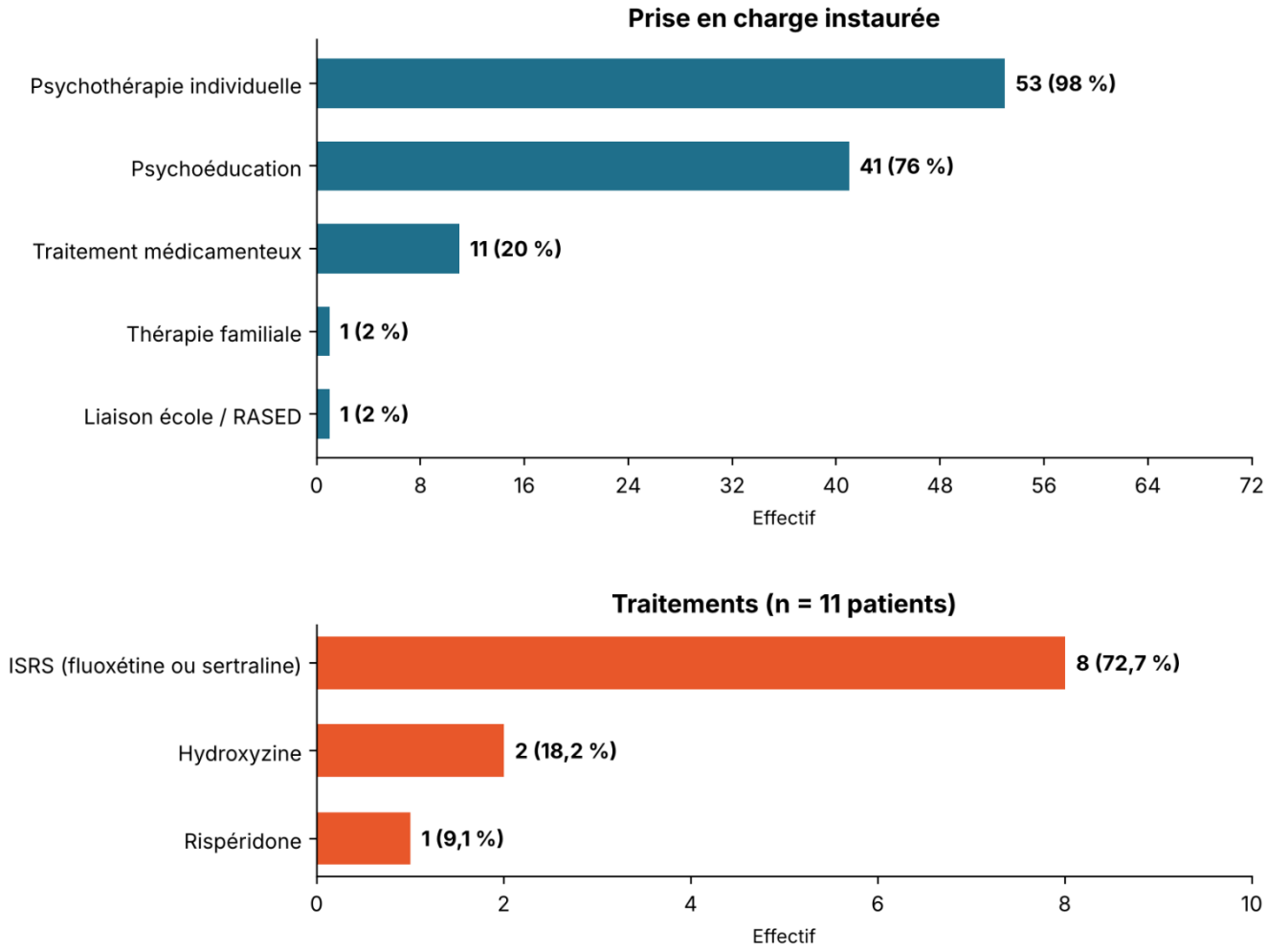


Figure 8. Types de prise en charge instaurés à l'issue de T0 et traitements prescrits.

Un signalement officiel ou un travail avec le cadre pédagogique est réalisé dans 67 % des cas; il n'est pas jugé nécessaire dans 17 % et refusé ou freiné par la famille dans 17 %. La réponse de l'école est inexistante dans 76 % des cas (n = 54) ; un aménagement scolaire est obtenu dans 11 % et un changement d'école dans 13 %. Le suivi est maintenu pour 57 % des patients (31/54), 35 % sont perdus de vue (19) et 7 % absents avec motif connu (4).

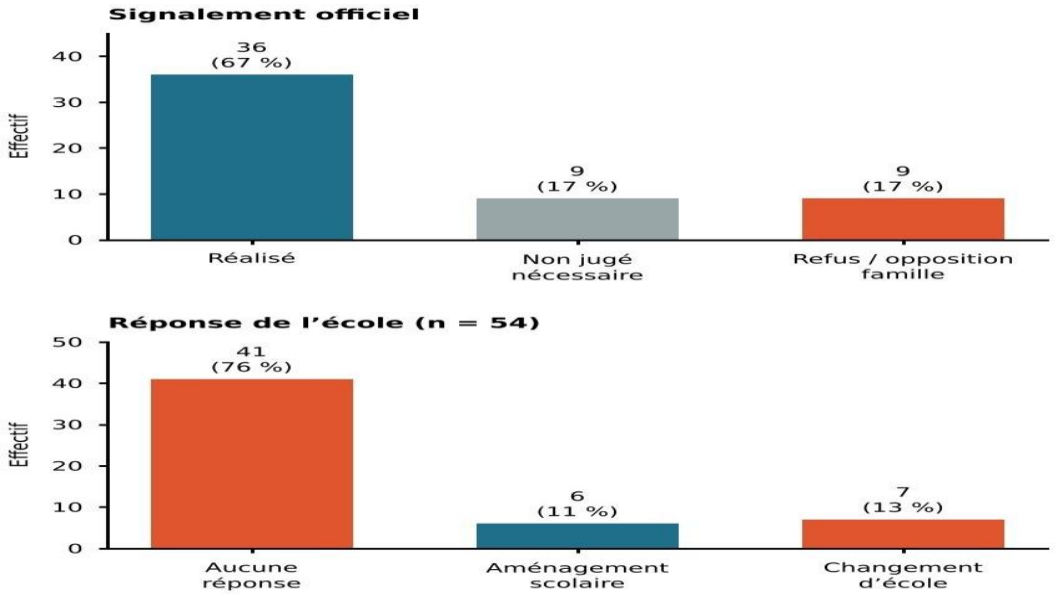


Figure 9. Signalement officiel et réponse de l'école.

DISCUSSION

Notre étude, menée auprès de 54 enfants et adolescents suivis en pédopsychiatrie pour un antécédent de harcèlement scolaire, met en évidence cinq constats : un harcèlement presque exclusivement scolaire, verbal, quotidien et durable ; un cumul fréquent d'adversités familiales ; une présentation clinique polymorphe dans laquelle le harcèlement n'est identifié comme facteur causal lors de la première consultation que dans 37 % des cas ; une antériorité du harcèlement par rapport au trouble dans 70 % des troubles dépressifs et 60 % des troubles anxieux, et depuis l'entrée à l'école chez tous les patients présentant une déficience intellectuelle ; et une réponse de l'établissement scolaire inexistante dans trois cas sur quatre.

Caractéristiques des patients

La prédominance masculine (66,7 % ; sex-ratio de 2) est concordante avec les analyses internationales [2], moins avec les données de Fès, où les prévalences sont voisines entre les sexes [15], et diffère d'une consultation de psychothérapie où les victimes étaient plus souvent des filles [12]. Elle tient sans doute autant au recrutement d'un service de pédopsychiatrie, où les troubles neurodéveloppementaux sont fréquents (39 %) et associés à une exposition accrue au harcèlement [14], qu'à une réelle différence d'exposition. La part du primaire (54 %) diverge des données marocaines en population scolaire, où les victimes sont plus nombreuses au secondaire [16] ; elle pourrait refléter le mode de recrutement, d'autant qu'au moins six enfants de 12 ans et plus sont encore scolarisés en primaire, ce qui évoque des retards scolaires. Le profil urbain, public et de niveau socio-économique moyen ou faible est compatible avec l'association, de faible amplitude, entre niveau socio-économique bas et victimisation [2].

Caractéristiques du harcèlement

La prédominance du harcèlement verbal (94 %) concorde avec les données internationales [2] et marocaines [16]. La fréquence du harcèlement physique (33 %) est proche de celle des élèves

marocains du primaire [16], les définitions n'étant toutefois pas comparables, alors que la faible fréquence du harcèlement relationnel (7 %) diverge des données internationales [2]. Le cyberharcèlement, peu fréquent ici (trois patients, soit 5,6 %), est inférieur à celui rapporté à Fès [15] et chez les jeunes porteurs de troubles psychiques ou neurodéveloppementaux [14], ce qui peut tenir à l'âge relativement jeune de notre échantillon. Le harcèlement se déroule dans l'enceinte scolaire dans 93 % des cas, avec des auteurs collectifs dans 57 % : l'école est à la fois le lieu où il s'exerce et celui où peut s'organiser la réponse, ce qui plaide pour des interventions à l'échelle de l'établissement. Son ancienneté (plus de 12 mois chez 61 % des patients) et sa fréquence quotidienne (83 %) dépassent nettement celles des enquêtes en population scolaire [2] et suggèrent que les enfants qui consultent sont les plus sévèrement exposés, la répétition et la persistance de l'exposition amplifiant le risque de troubles anxieux et dépressifs [5]. Le délai médian de 12 mois traduit une exposition prolongée avant la première consultation.

Reconnaissance du harcèlement

Quatre-vingt-cinq pour cent des enfants en avaient parlé à un adulte, proportion supérieure à celle observée en population scolaire [13], ce qui tient vraisemblablement au recrutement clinique et au recueil auprès des parents pour les enfants non verbaux. Pourtant, le harcèlement n'est reconnu comme facteur causal lors de la première consultation que dans 37 % des cas, les motifs dominants étant les difficultés scolaires (46 %) et le syndrome anxieux (26 %). L'obstacle ne semble donc pas être seulement le silence de l'enfant, mais le lien établi par les adultes entre ce qu'il dit et les symptômes qui motivent la consultation. Ce constat rejoint la littérature, selon laquelle le harcèlement n'est pas évalué de façon routinière en santé mentale [7,12], et plaide pour une question systématique sur les relations avec les pairs et le vécu scolaire lors de toute première consultation. Chez les enfants porteurs d'un trouble neurodéveloppemental, les difficultés scolaires motivent la consultation dans 86 % des cas (18/21) contre 21 % (7/33) des autres : le tableau scolaire tend à masquer le harcèlement, car le trouble suffit à expliquer les difficultés [14].

Contexte familial et retentissement scolaire

Une violence intrafamiliale est associée chez 41 % des patients, en concordance avec le lien établi entre maltraitance et victimisation par les pairs [19], le cumul des victimisations étant associé à une plus grande détresse [20]. Pour ces enfants, ni l'école ni le domicile ne constituent peut-être un refuge, ce qui pourrait freiner leur demande d'aide [7] : la prise en charge doit alors inclure l'évaluation de la violence intrafamiliale et la protection de l'enfant. Les résultats scolaires baissent chez 63 % des patients, en accord avec l'association entre harcèlement et moindre réussite scolaire [8].

Risque suicidaire et diagnostics

Aucune idéation active n'est rapportée, ce qui diffère de la littérature établissant un lien entre victimisation et idées suicidaires [9,10], dont la force varie toutefois selon les études [9]. La présence d'une idéation passive chez quatre enfants, non traités,

justifie une réévaluation régulière du risque (C-SSRS). La fréquence des troubles anxieux (31 %) et dépressifs (24 %) concorde avec les revues systématiques [4,5] et les échantillons cliniques [12,21]. Le faible taux d'état de stress post-traumatique (6 %) diverge de la littérature [12,22,23], peut-être parce que le harcèlement ne figure pas explicitement dans le critère A, ce qui fait débat. Les 19 % de patients sans diagnostic peuvent refléter une détresse sous le seuil diagnostique : l'évaluation ne doit pas se réduire à la recherche d'un diagnostic précis.

Chronologie du harcèlement et début du trouble

Le harcèlement précède le trouble chez 70 % des patients dépressifs et 60 % des patients anxieux, en concordance avec les données longitudinales [4,5,6], et son ancienneté rend plausible un rôle déclenchant ou aggravant [5]. Cette antériorité n'est toutefois pas constante, ce qui est cohérent avec la relation bidirectionnelle entre victimisation et troubles internalisés [11,24] ; la vulnérabilité préexistante (antécédents familiaux chez 30 %, relations avec les pairs partielles ou isolement chez 74 %) a pu favoriser à la fois le harcèlement et le trouble. Chez les patients porteurs d'une déficience intellectuelle, le harcèlement est présent depuis l'entrée à l'école dans tous les cas, en accord avec la forte victimisation décrite dans cette population [14,25]. Le harcèlement ne pouvant causer une déficience d'origine développementale, la question pertinente est celle de la précocité et de la durée de l'exposition, qui justifie une vigilance dès la scolarisation.

Facteurs de vulnérabilité et de protection

Un soutien familial faible (43 %), des relations avec les pairs fragiles avant le harcèlement (74 %) et une estime de soi basse (30 %) sont cohérents avec les modérateurs décrits dans la littérature [5,7]. Un adulte référent hors famille existe chez 67 % des enfants, ce qui contraste avec la réponse très limitée de l'école. Le cumul d'événements de vie stressants (74 %) rend difficile l'attribution des symptômes au seul harcèlement, mais n'exonère pas celui-ci : il impose de le rechercher et de le prendre en charge parallèlement aux autres facteurs [3].

Prise en charge et réponse de l'école

La prise en charge privilégie la psychothérapie individuelle (98 %) et la psychoéducation (76 %), le recours aux médicaments restant limité (19 %), en accord avec les recommandations de soutien psychologique individuel [7] ; les interventions centrées sur le harcèlement en contexte clinique restent à développer [12]. Compte tenu de la violence intrafamiliale (41 %) et du faible soutien familial (43 %), le recours très limité à la thérapie familiale est un point d'amélioration. Un signalement ou un travail avec le cadre pédagogique est réalisé dans 67 % des cas (refusé ou freiné par la famille dans 17 %, frein qui mérite une exploration qualitative), mais la réponse de l'école est inexistante dans 76 %, alors que les élèves harcelés se confient rarement au personnel scolaire [13] et que les programmes scolaires réduisent la victimisation [26], surtout chez les plus fortement victimisés [17]. Ce constat plaide pour un protocole de liaison entre la consultation et les établissements scolaires. Enfin, 35 % de patients perdus de vue fragilisent la

continuité des soins et incitent à renforcer le lien avec les familles.

Forces et limites

Cette étude apporte des données locales sur un phénomène peu documenté en pédopsychiatrie au Maroc, avec un recueil standardisé, le consentement des représentants légaux et une évaluation du risque suicidaire par une échelle validée (C-SSRS). Elle reste monocentrique, descriptive et d'effectif limité (n = 54). Le suivi (T1) permettra d'étudier l'évolution clinique et scolaire de ces enfants, et une étude comparative incluant des enfants consultant sans antécédent de harcèlement permettrait de tester le masquage du harcèlement par le tableau scolaire chez les enfants porteurs d'un trouble neurodéveloppemental.

CONCLUSION

Dans cette série de 54 enfants et adolescents consultant en pédopsychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis, le harcèlement scolaire apparaît verbal, quotidien, durable et presque exclusivement scolaire, souvent associé à une violence intrafamiliale (41 %) et à un cumul d'événements de vie stressants. Il n'est identifié comme facteur causal lors de la première consultation que dans 37 % des cas, le plus souvent derrière des difficultés scolaires ou un syndrome anxieux, et la réponse de l'établissement scolaire est inexistante dans trois cas sur quatre.

Le harcèlement précède le trouble chez 70 % des patients présentant un trouble dépressif et chez 60 % de ceux présentant un trouble anxieux, et il est présent depuis l'entrée à l'école chez tous les patients porteurs d'une déficience intellectuelle. Il ne doit donc pas être banalisé : même lorsqu'il n'est pas le motif de la consultation, il s'inscrit dans l'histoire du trouble.

Ces résultats descriptifs, propres à une population hospitalière, plaident pour la recherche systématique du harcèlement lors de toute première consultation de pédopsychiatrie, pour l'évaluation conjointe du contexte familial et du risque suicidaire, et pour la mise en place d'une liaison structurée avec les établissements scolaires. Des études comparatives et longitudinales sont nécessaires pour préciser les liens entre harcèlement et troubles psychiatriques dans le contexte marocain.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. J Child Psychol Psychiatry. 1994;35(7):1171-90. doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x.

2. Hosozawa M, et al. Bullying victimisation in adolescence: prevalence and inequalities by gender, socioeconomic status and academic performance across 71 countries. EClinicalMedicine. 2021;41:101142. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101142.

3. Arseneault L. Annual Research Review: The persistent and pervasive impact of being

bullied in childhood and adolescence: implications for policy and practice. J Child Psychol Psychiatry. 2018;59(4):405-21. doi:10.1111/jcpp.12841.

4. Moore SE, et al. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. World J Psychiatry. 2017;7(1):60-76. doi:10.5498/wjp.v7.i1.60.

5. Giuliani A, Petruccelli I, D'Urso G. Longitudinal evidence on peer victimisation and persistent mental health outcomes in youth: a systematic review. Behav Sci. 2025;15(12):1734. doi:10.3390/bs15121734.

6. Jadambaa A, Thomas HJ, Scott JG, Graves N, Brain D, Pacella R. The contribution of bullying victimisation to the burden of anxiety and depressive disorders in Australia. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020;29:e54. doi:10.1017/S2045796019000489.

7. Roques M, et al. The experience of bullying among adolescents receiving mental health care: an interpretative phenomenological analysis. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2022;16:69. doi:10.1186/s13034-022-00505-7.

8. Samara M, et al. How can bullying victimisation lead to lower academic achievement? A systematic review and meta-analysis of the mediating role of cognitive-motivational factors. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(5):2209. doi:10.3390/ijerph18052209.

9. Wilson E, et al. The longitudinal course of childhood bullying victimization and associations with self-injurious thoughts and behaviors in children and young people: a systematic review of the literature. J Adolesc. 2023;95(1):5-33. doi:10.1002/jad.12097.

10. van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. JAMA Pediatr. 2014;168(5):435-42. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4143.

11. Christina S, et al. The bidirectional relationships between peer victimization and internalizing problems in school-aged children: an updated systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2021;85:101979. doi:10.1016/j.cpr.2021.101979.

12. Kranhold AL, et al. Not all wounds are visible: peer bullying and psychopathology in child and adolescent psychotherapy outpatients. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2026;20:101. doi:10.1186/s13034-026-01146-w.

13. Blomqvist K, Saarento-Zaprudin S, Salmivalli C. Telling adults about one's plight as a victim of bullying: student- and context-related factors predicting disclosure. Scand J Psychol. 2020;61(1):151-9. doi:10.1111/sjop.12521.

14. Abregú-Crespo R, et al. School bullying in children and adolescents with neurodevelopmental and psychiatric conditions: a systematic review and meta-analysis. Lancet Child Adolesc Health. 2024;8(2):122-34. doi:10.1016/S2352-4642(23)00289-4.

15. Organisation mondiale de la Santé. Global School-based Student Health Survey (GSHS), Morocco (Fez): 2023 Fact Sheet. 2023.

https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/982/dow nload/7020 [consulté le 08/11/2026].

16. Conseil supérieur de l'éducation, de la formation et de la recherche scientifique (CSEFRS). La violence en milieu scolaire. Rapport thématique – Résumé. 2022. https://www.csefrs.ma/wp-content/uploads/2023/08/Resume-Rapport-Violence-en-milieu-scolaire-FR.pdf [consulté le 04/11/2026].

17. Hensums M, et al. What works for whom in school-based anti-bullying interventions? An individual participant data meta- analysis. Prev Sci. 2023;24(8):1435-46. doi:10.1007/s11121-022-01387-z.

18. Evans-Lacko S, et al. Childhood bullying victimization is associated with use of mental health services over five decades: a longitudinal nationally representative cohort study. Psychol Med. 2017;47(1):127-35. doi:10.1017/S0033291716001719.

19. Martín-Babarro J, et al. Association of different forms of child maltreatment with peer victimization in Mexican children and adolescents. Front Psychol. 2021;12:662121. doi:10.3389/fpsyg.2021.662121.

20. Sharpe H, Fink E, Duffy F, Patalay P. Changes in peer and sibling victimization in early adolescence: longitudinal associations with multiple indices of mental health in a prospective birth cohort study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022;31(5):737-46. doi:10.1007/s00787-020-01708-z.

21. Hansen HH, et al. Bullying behaviour among Norwegian adolescents: psychiatric diagnoses and school well-being in a clinical sample. Nord J Psychiatry. 2014;68(5):355-61. doi:10.3109/08039488.2013.845689.

22. Idsoe T, et al. Bullying victimization and trauma. Front Psychiatry. 2021;11:480353. doi:10.3389/fpsyt.2020.480353.

23. Sachser C, et al. Understanding bullying as a significant predictor of posttraumatic stress symptoms in adolescents: insights from clinical samples in Norway, The Netherlands and Germany. Eur J Psychotraumatol. 2025;16(1):2589566. doi:10.1080/20008066.2025.2589566.

24. Nicola E, Mastroyannopoulou K, Reeves H, Pass L. Longitudinal associations between peer victimisation subtypes and children and adolescents' anxiety: a meta-analysis. Aggress Violent Behav. 2024;79:102013. doi:10.1016/j.avb.2024.102013.

25. Maïano C, Aimé A, Salvas MC, Morin AJS, Normand CL. Prevalence and correlates of bullying perpetration and victimization among school-aged youth with intellectual disabilities: a systematic review. Res Dev Disabil. 2016;49-50:181-95. doi:10.1016/j.ridd.2015.11.015.

26. Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. Evaluating the effectiveness of school-bullying prevention programs: an updated meta-analytical review. Aggress Violent Behav. 2019;45:111-33. doi:10.1016/j.avb.2018.07.001.