



SUR LE TERRAIN

## COMMENT GÉRER LE STRESS ET L'AGRESSIVITÉ ?

Le D<sup>r</sup> Valérie Hanozet, du Service PSE de la Ville de Bruxelles, a participé à la formation organisée par la Croix Rouge, et elle a voulu embrayer sans attendre en lançant un projet santé dans quatre écoles de son ressort, à savoir deux écoles maternelles et deux primaires. Etant membre du Conseil de participation, elle a commencé par présenter ce projet à celui-ci. Ensuite elle s'est adressée aux directions pour obtenir leur accord au sujet de l'enquête par questionnaires qui était envisagée. Ce questionnaire a été distribué en juin 2004 aux instituteurs, aux éducateurs et au personnel administratif et technique ; il leur demandait de donner leur avis sur la façon d'améliorer la santé à l'école. Le taux de réponses, excellent, a atteint 50% et plus selon les équipes.



Photo © Françoise Jacobs

Actuellement, le D<sup>r</sup> Hanozet en est à la phase de communication des résultats aux intéressés : « Deux implantations les ont déjà reçus, une primaire et une maternelle. L'école primaire comprend un personnel important, et il a été décidé de mettre sur pied une cellule santé. Celle-ci est composée de quatre enseignants, d'une éducatrice, d'un membre du personnel technique, de l'infirmière scolaire, Servet Karaca, et de moi-même. Nous avons choisi le lundi midi pour nous réunir, de 12h30 à 13h15. Malheureusement, la cellule s'est vue amputée de deux de ses membres pour cause de maladie. Mais des priorités d'action ont pu être fixées : il s'agit surtout de la gestion du stress et de l'agressivité, notamment pendant les récréations. Les enseignants ont alors souhaité, toujours au moyen d'une enquête, approfondir la vision que les membres du personnel avaient du problème de l'agressivité. » Cette fois, si les personnes qui ont répondu l'ont fait de manière très sérieuse voire fouillée, le taux de réponses était moins satisfaisant bien qu'honorable (25% environ). La cellule continue à « plancher » sur le problème et reste en contact avec la direction pour envisager les réponses que l'on pourrait y donner.

À l'école maternelle, le personnel est moins nombreux, et il n'a pas été jugé pertinent de constituer une cellule santé. Ce sont des

heures de coordination pédagogique qui vont être utilisées pour permettre une discussion collective sur la santé à l'école. Corollaire : il n'a pas encore été possible d'intégrer le personnel technique et les éducateurs à cette réflexion. En effet, quand les institutrices sont libres, les éducatrices, peu nombreuses, sont de service ! Comme toujours dans les projets ou les actions portant sur une communauté de vie, la question du temps, les rythmes qui varient selon les différents acteurs posent un problème difficile à gérer.

Quoi qu'il en soit, l'idée d'un projet santé semble bien acceptée par les acteurs scolaires. Nous avons demandé à Valérie Hanozet ce qui l'avait aidé : « La formation m'a beaucoup motivée. Nous avons eu de très bons formateurs, en particulier les derniers qui étaient d'anciens directeurs d'école, MM. Emile Martin et Jacques Vandercruyzen. Tout le groupe essaie de se revoir au moins une fois par an... Sur le terrain, il y a d'abord le fait que j'ai commencé par en parler au Conseil de participation. Et puis j'ai procédé progressivement, sans harceler les gens mais en revenant régulièrement sur le sujet. Dans une école, je connaissais la directrice depuis longtemps,

depuis mes débuts en fait, et elle m'a conseillé utilement. Par exemple, c'est elle qui m'a suggéré de faire des questionnaires différents pour les enseignants, les éducateurs et le personnel technique. De façon générale, il ne faut pas se poser en expert, il faut reconnaître les compétences des gens et demander leur avis. »

Mais il y a aussi des aspects plus problématiques : « Je ne dis pas que c'est une réussite ! Par exemple, les résumés des résultats de l'enquête, que j'avais communiqués aux directions, n'ont pas circulé dans les écoles : il a fallu que je demande d'organiser une rencontre avec les enseignants pour pouvoir leur transmettre. De plus, il ne faut pas perdre de vue qu'il existe presque à coup sûr des tensions entre certains membres du personnel dans chaque école – comme c'est la règle dans n'importe quel groupe humain ! Et une tendance à se lancer tout de suite dans l'action pour résoudre le problème dès qu'il est repéré (car ce sont toujours les aspects négatifs qui ressortent en premier lieu lors des discussions). Quant à moi, je tenais à ce que le projet soit bien construit avant d'agir. Il ne faut pas oublier des problèmes très prosaïques : trouver un local ad hoc pour se réunir sans être dérangés, par exemple. Et surtout le facteur temps : harmoniser les agendas, c'est un vrai casse-tête.

## EXTRAITS DE LA SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE À L'ÉCOLE PRIMAIRE

C'est l'agressivité et le stress qui sont le plus souvent cités comme nuisant à la santé et devant être un objectif prioritaire par le personnel enseignant et administratif et par les éducatrices. Parmi le personnel technique, c'est le respect du travail de nettoyage qui est demandé, ainsi que l'amélioration de l'organisation des repas chauds.

Au cours des réunions de la cellule santé, les préoccupations se sont regroupées autour de cette problématique : comment améliorer la gestion du temps, en particulier le matin avant les cours, lors des récréations et à l'heure de midi ? En effet, ces périodes nous semblent particulièrement génératrices de stress tant pour les élèves (bruit, manque de temps, bousculades, disputes) que pour les techniciennes (travail peu valorisé et effectué dans la précipitation et le bruit) et les enseignants, qui récupèrent des élèves tendus, énervés et en manque de concentration.

On remarque en particulier les faits suivants. Le matin, les enfants sont mis en rangs à 8h15 alors qu'ils ne montent en classe qu'à 8h25. Or il y a trop peu de place sous le préau pour mettre correctement toutes les classes en rang en même temps. Les surveillantes, trop peu nombreuses, éprouvent des difficultés à obtenir les rangs.

Une fois rangés, les élèves s'agitent de plus en plus. Et certains parents, plutôt que de déposer leur enfant sous le préau, attendent dans la rue le passage de sa classe : certains locaux se situent dans le bâtiment des maternelles, et les rangs passent dans la rue pour s'y rendre.

Au repas de midi, les petits sont servis les premiers ; or ils se déplacent et mangent moins vite que les grands. Face aux enfants qui ont envie de bouger et de parler, le personnel de surveillance, trop peu nombreux, n'arrive pas à obtenir le calme. Après le repas, la formation des rangs rencontre le même problème que le matin, et on ne respecte pas toujours le sens prévu des déplacements dans les deux cages d'escalier, ce qui provoque des bousculades.

Quant aux récréations, l'architecture de la cour se prête mal aux jeux des enfants. Lesquels arrivent avec un trop plein d'énergie et/ou d'agressivité : les disputes sont fréquentes. Leur nervosité est encore plus grande si le temps ne leur a pas permis de sortir. La sélection des heures de récréation n'est pas suffisamment coordonnée pour limiter le nombre des élèves présents en même temps dans la cour. Enfin, la propreté de celle-ci est peu respectée, voire pas du tout.

*De plus, moi je ne suis pas souvent présente à l'école. Donc, pour avoir un temps d'échange avec les institutrices, je dois saisir une occasion (une visite pour venir faire une vaccination, pour déposer des documents...) s'il n'y a pas moyen de prendre le temps d'une réunion. Et encore : c'est surtout possible avec les institutrices maternelles, parce qu'en primaire elles ne peuvent pas prendre 10 minutes pour me parler, comme ça, sans crier gare. Le problème de temps est d'autant plus crucial que, l'année prochaine, j'en aurai encore moins pour travailler à ce projet : on va me confier une visite médicale obligatoire supplémentaire... Et il reste une école secondaire, une fondamentale et une maternelle pour lesquelles je n'ai pas encore travaillé au projet! »*

Ce qui, plus largement, pose la question de la continuité des projets. Celle-ci implique que les fonctions de coordination et de soutien restent assurées. Or c'est au Service PSE de jouer ce rôle, d'autant plus que c'est lui qui est à l'initiative. Dans ce cas-ci, les acteurs scolaires pourront peut-être recevoir le soutien de l'infirmière, qui est présente sur le terrain (elle assure des permanences). En outre, le D' Hanozet a réalisé à l'intention de la cellule santé une sorte de vade-mecum reprenant un résumé du diagnostic issu de l'enquête ainsi que les grandes étapes et les principaux critères méthodologiques d'un projet santé.

Il n'empêche que les équipes PSE devraient elles aussi être soutenues dans les projets qu'elles mènent. Ce qui se traduit au minimum par un temps de travail suffisant...

# PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ DES ADOLESCENTS PRIMO-ARRIVANTS À LA CONSULTATION DE MÉDECINE SCOLAIRE

**E**n Communauté française de Belgique, les enfants et les adolescents primo-arrivants scolarisés, qu'ils soient dans une « classe-passerelle » ou non, rencontrent l'équipe médicale scolaire lors du bilan de santé gratuit et obligatoire organisé la première année de leur arrivée par le Service de Promotion de la Santé à l'École (PSE).

Lors du bilan de santé, la communication avec ces élèves qui ne maîtrisent pas encore le français n'est pas facile pour le médecin et l'infirmière. Les informations fournies dans les questionnaires remplis par les parents sont fréquemment manquantes. Le bilan de santé risque bien souvent de se résumer à un examen somatique sommaire ne reflétant pas

tous les aspects de leur santé. De ce fait, il risque aussi de passer à côté de l'identification d'éventuels besoins qui nécessiteraient la mise en place d'une réponse préventive efficace (conseils et informations, recours à l'aide médicale urgente, référence vers un spécialiste ou un centre de guidance, suivi par l'équipe PMS). Ces enfants et adolescents subissent le même bilan de santé que leurs pairs belges (examens bio-métrique et clinique, état vaccinal) mais reçoivent spécifiquement un suivi du dépistage de la tuberculose, car la prévalence de celle-ci à l'arrivée est de loin supérieure à celle que l'on trouve dans la population belge<sup>2</sup>.

C'est dans ce contexte qu'une recherche-action a été menée par l'unité RESO d'éducation pour

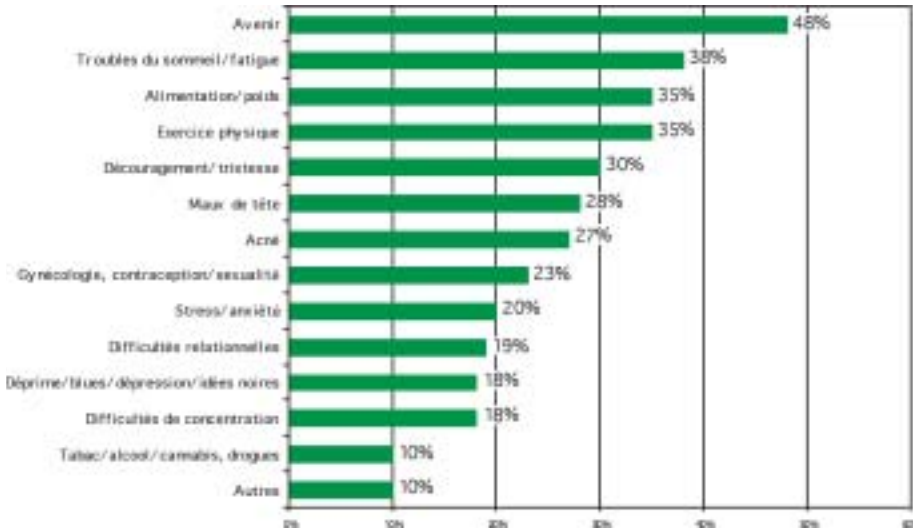
la santé de l'UCL. Cette recherche faisait partie d'un projet plus large impliquant quatre universités francophones<sup>3</sup>: le projet UNISOL (Universités Solidaires pour la santé des défavorisés), piloté depuis 2002 par la Fondation Houtman d'aide à l'enfance en difficulté.

La recherche-action visait à :

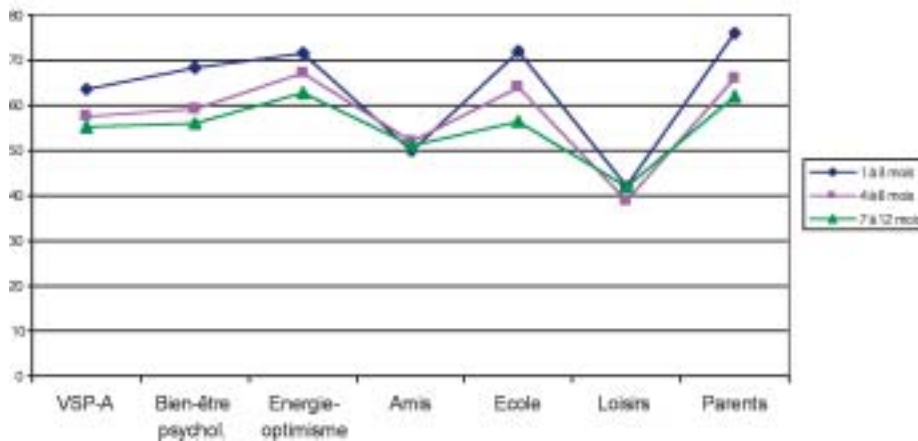
- évaluer la santé globale et la qualité de vie des adolescents primo-arrivants ;
- identifier leurs besoins individuels et collectifs ;
- renforcer la prévention et la promotion de la santé à la consultation de médecine scolaire.

Une recherche documentaire portant sur la santé des adolescents de « première géné-

## PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ DES ADOLESCENTS PRIMO-ARRIVANTS (N=158)



Qualité de vie des adolescents primo-arrivants selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique (n=158)



ration » a tout d'abord été effectuée. Par définition, les adolescents de première génération sont nés dans un pays étranger et ont donc vécu la migration vers un pays plus développé. Les résultats ont montré que les adolescents de première génération présentaient un état de santé physique et des comportements de santé généralement meilleurs que les adolescents de deuxième génération (les adolescents nés dans le pays d'accueil de parents nés à l'étranger). Mais on observe une détérioration de la santé physique et mentale des jeunes avec la durée de séjour dans le pays d'accueil [1].

Une enquête a ensuite été menée auprès de 158 adolescents primo-arrivants. Les adolescents étaient issus de classes-passerelles de 3 écoles secondaires bruxelloises. En plus des données de la visite médicale, ils ont été interrogés directement par un questionnaire de qualité de vie traduit en différentes langues. Ce questionnaire a permis de déce-

ler l'état de santé mentale de ces adolescents, donnée qui n'est habituellement pas recherchée dans les bilans de santé organisés par les Services PSE. Les résultats ont montré des adolescents en bonne santé physique, mais les préoccupations de santé sont nombreuses (graphe 1). La moitié des jeunes mentionnent l'avenir comme préoccupation. On observe une dégradation de la qualité de vie selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique (graphe 2). La qualité de vie est significativement inférieure chez les adolescents n'ayant pas de soutien social : 48,0 contre 60,6 chez les adolescents ayant un soutien social (existence d'une personne ressource dans l'entourage), sur une échelle de 0 à 100 [2].

Un nouveau modèle de consultation médicale scolaire a été mis en place dans un centre de santé scolaire, tenant davantage compte des déterminants psychosociaux et comportementaux de la santé des adolescents

et basé sur un travail en réseau interdisciplinaire. Ce modèle consistait en un *bilan de santé adapté* selon les besoins mis en évidence par le questionnaire, incluant un entretien et un examen clinique, suivi d'une *concertation* avec les intervenants médico-psychosociaux de l'équipe de médecine scolaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social).

La santé perçue et la qualité de vie ont été réévaluées à un an. Les scores de qualité de vie montrent une dégradation du bien-être psychologique des adolescents primo-arrivants, de leur optimisme et de leur bien-être à l'école. Cette dégradation est cependant moindre dans le groupe pilote que dans un groupe témoin ne bénéficiant pas du nouveau dispositif d'intervention.

Cette recherche-action a mis en évidence la nécessité d'une approche spécifique et plus globale de la santé des adolescents migrants récents, et la contribution que peut avoir la médecine scolaire dans l'identification de leurs besoins bio-psychosociaux et la réponse préventive apportée.

**D<sup>r</sup> Florence Renard**

Médecin scolaire et chercheur  
en santé publique  
Unité RESO d'éducation pour la santé  
Université catholique de Louvain

[1] Renard F, Doumont D., *Immigration et santé des adolescents*, Dossier technique UCL, octobre 2004, téléchargeable sur : <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/dossiers/Dos30.pdf>

[2] Renard F. et al., Santé et qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique : dépistage et prévention en médecine scolaire. *Arch Pédiatr*, à paraître.

<sup>1</sup> Par le décret du 14 juin 2001, une structure d'enseignement adaptée a été mise en place pour les élèves primo-arrivants qui sont amenés à entamer ou à continuer leur scolarisation en Communauté française alors qu'ils ne possèdent pas une connaissance suffisante de la langue française : il s'agit des « classes-passerelles » (décret du 14 juin 2001 visant à l'insertion des élèves primo-arrivants dans l'enseignement organisé ou subventionné par la Communauté française). La classe-passerelle vise à assurer l'accueil, l'orientation et l'insertion optimale des élèves primo-arrivants dans l'enseignement fondamental ou secondaire. On en dénombre actuellement 21 en Communauté française.

<sup>2</sup> Le FARES (Fonds des Affections Respiratoires ASBL) en 2004 donnait un chiffre de l'ordre de 30 fois plus de tuberculose chez les demandeurs d'asile que dans la population belge.

<sup>3</sup> L'UCL (Prof. A. Deccache), l'ULB (Prof. P. Humblet), l'ULg (Prof. M. Born) et l'UMH (Prof. Pourtois).

# LES PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE, « ACTEURS CACHÉS » DE LA PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUE

Une « étude-action » de Denis Fontaine et Jean-François Vallette  
Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes / AIDES Alcool, Juin 2004.

La prévention des conduites à risque est confiée à des organismes dont le rôle est de réaliser des animations auprès de différents publics, et notamment les jeunes. Cette recherche part de l'hypothèse qu'il existe d'autres formes de prévention et que des acteurs tels que les professionnels de la petite enfance peuvent jouer un rôle préventif essentiel, même s'il est peu visible (d'où le terme « acteurs cachés »).

Les troubles du lien aux autres sont à la base des conduites à risque. Or ce lien se crée dès les premières semaines de la vie par l'attachement aux parents, et c'est lui qui permet ensuite l'ouverture au monde. Si la petite enfance est une période cruciale de la construction du lien, il n'y a toutefois pas de fatalité : toute souffrance ne conduira pas inéluctablement aux conduites à risque. La résilience dépend de la façon dont la vulnérabilité qui en résulte sera gérée par la personne, son entourage et les professionnels proches.

Les professionnels de la petite enfance jouent un rôle important dans la prévention des conduites à risque, même s'ils n'en ont pas toujours conscience. Les professionnels des lieux d'accueil et de l'enseignement ont un rôle préventif implicite : ils le nomment plutôt « éducation » que « prévention ». Alors que les professionnels de la protection maternelle et infantile et ceux de la santé scolaire ont reçu une mission préventive explicite.

Ce rôle préventif repose sur la prise en compte des souffrances psychiques précoces. Cela ne signifie pas vouloir éviter toute souffrance à l'enfant par une éducation qui serait parfaite : cette approche normative aurait l'effet opposé, étant en elle-même source de souffrance. La souffrance due aux événements de la vie (séparations, deuils...) est inévitable et constitutive de la condition d'être humain. La prévention consiste à éviter que ces souffrances ne se « cristallisent » en traumatisme qui empêche de vivre. Il s'agit de prévention, donc de « bientraitance » au quotidien, et non de soins pour répondre à des problèmes psychiques importants, qui ne relèvent pas de la compétence de ces professionnels. Concrètement, cela consiste à accueillir au

quotidien l'enfant et ses parents dans leur singularité, à observer et être à l'écoute de ce qui vient sans être interventionniste, à aider parents et enfants dans leurs difficultés en leur permettant de les nommer et en les accompagnant dans leurs réponses.

Les professionnels de la petite enfance peuvent essentiellement développer leur fonction de prévention en communiquant mieux avec les enfants et leurs parents. Pour y parvenir, cinq axes d'action prioritaires ont été identifiés.

- *Instaurer un climat préventif, observer, accepter ce qui vient, être proche mais professionnel.* Il y a toujours beaucoup d'émotions autour des petits enfants. Dans ce contexte, instaurer ce climat passe par des valeurs, une proximité affective combinée à un cadre structurant et une méthodologie professionnelle permettant d'assurer la continuité avec la vie familiale et l'articulation entre la singularité individuelle et la gestion d'un groupe.

- *Pour les professionnels, sortir de la solitude face aux difficultés.* Ils ne peuvent être en situation d'aide que s'ils sont eux-mêmes aidés dans leurs difficultés par un encadrement, un soutien, des formations. Un travail de réseau permet également de trouver les relais pertinents vers d'autres professionnels.

- *Instaurer un partenariat avec les parents.* Les professionnels sont plus souvent en difficulté avec les parents qu'avec les enfants. Avec eux aussi il s'agit de poser un cadre permettant à chacun de remplir sa fonction sans rivalité ni dévalorisation. L'appui à la fonction parentale passe par la valorisation du lien parents-enfants, qui reste primordial, et par l'accompagnement dans les situations difficiles.

- *Créer, développer et entretenir un cadre de travail préventif.* Les professionnelles de la petite enfance ne pourront améliorer leur communication avec les parents et les enfants que si elles sont dans un cadre et une organisation du travail qui le permette : aménagement des locaux, per-

sonnel suffisant, temps de réunion en équipe, meilleure formation, accompagnement dans cette dimension préventive par des groupes d'analyse de la pratique, une supervision.

- *Transformer l'image que les décideurs ont du travail avec la petite enfance.* Ce travail est souvent dévalorisé, on considère qu'il suffit aux femmes d'utiliser leurs compétences maternelles « naturelles » pour « garder » des enfants. Or ces métiers sont en pleine évolution. Aujourd'hui leur mission est d'accompagner les enfants dans leur développement et les adultes dans leur fonction parentale, à une étape de la vie qui conditionne l'avenir. Ce qui nécessite des savoirs et attitudes professionnels. La reconnaissance de cette fonction préventive peut être un moyen de valoriser le caractère professionnel des métiers de la petite enfance.

Rapport complet (129 p.) téléchargeable sur le site [www.ors-rhone-alpes.org](http://www.ors-rhone-alpes.org)

Vous pouvez aussi le demander au secrétariat de rédaction de ce journal : Alain Cherbonnier, [question.sante@skynet.be](mailto:question.sante@skynet.be)

« Promouvoir la santé à l'école » est réalisé par le Service communautaire de promotion de la santé / Question Santé asbl, 72 rue du Viaduc, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 41 74 – Fax : 02 512 54 36 Courriel : [question.sante@skynet.be](mailto:question.sante@skynet.be) Site : [www.questionsante.org](http://www.questionsante.org) Secrétaire de rédaction : A. Cherbonnier Conseil de rédaction : D<sup>r</sup> Ph. Demoulin, D<sup>r</sup> F. Henry, M<sup>me</sup> T. Mahy, M. M. Lejeune, D<sup>r</sup> R. Lonfils, D<sup>r</sup> R. Moriaux, D<sup>r</sup> P. Trefois Maquette : Muriel Logist

Les articles non signés sont de la rédaction. Les articles signés n'engagent que leur auteur.

Editeur responsable :

D<sup>r</sup> W. Brunson, 44 boulevard Léopold II, 1080 Bruxelles.

