

ÉDUCATION SANTÉ

OCTOBRE 2018

348

*La santé et le bien-être
à l'école, une priorité
en Écosse !*

Et chez nous ?



UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

www.educationsante.be

En 2015, l'ONE comptait 22 % de fumeuses au sein des consultations prénatales⁵. Le tabagisme durant la grossesse reste un problème de santé publique au vu de sa prévalence élevée et des risques encourus à court et à long terme pour la santé de la mère et de son futur enfant. À court terme, le comportement tabagique de la mère augmente le risque d'accouchement prématuré, de mort fœtale in utero et de retard de croissance intra-utérin. Un syndrome de sevrage a également été identifié à la naissance chez le nouveau-né ainsi qu'un risque de mort subite accru. À long terme, d'autres risques pour la santé du futur enfant ont été soulignés tels que l'hypertension, l'hyperactivité et l'obésité.⁶

Malgré que le métabolisme général de la femme enceinte est accéléré (donc le manque de nicotine se fait plus rapidement ressentir chez celle-ci), la grossesse reste un moment propice à l'arrêt du tabac. Actuellement, différents moyens d'aide à l'arrêt tabagique sont disponibles pour les femmes enceintes. Si le soutien comportemental des professionnels, du conjoint et de l'entourage⁷ est le premier moteur pour arrêter de fumer, les substituts nicotiques peuvent également être utilisés même si leur efficacité durant la grossesse reste controversée et que le taux d'adhérence semble faible⁸.

Les cigarettes électroniques peuvent-elles aussi être utilisées comme moyen de substitution ?

On peut voir un intérêt croissant pour son utilisation notamment chez les femmes enceintes. En Belgique, le pourcentage de fumeurs utilisant la cigarette électronique est passé de 6 % à 13 % de 2015 à 2017⁹. Oncken a montré que la moitié

des femmes enceintes qui avaient des difficultés à arrêter de fumer avaient essayé la cigarette électronique¹⁰. Une étude du Lancet¹¹ a mis en évidence une adhésion plus importante à la cigarette électronique qu'aux substituts nicotiques, sans avoir une puissance statistique suffisante pour montrer une efficacité supérieure à celle des substituts nicotiques. 43 % des femmes enceintes de l'étude de Mark percevaient la cigarette électronique comme moins nocive¹². Cette perception d'innocuité relative légitime son utilisation dans la population générale et son acceptabilité sociale renforce son utilisation chez les femmes enceintes.

En Belgique, le principe de prudence est actuellement de mise, vu la toxicité potentielle débattue au sein de la littérature. Le positionnement de la communauté scientifique par rapport à la cigarette électronique est d'autant plus compliqué dans le cadre de la grossesse où les enjeux en matière de santé ne sont plus uniquement centrés sur la personne qui fume mais concernent également le fœtus.

Une étude indique une exposition moindre aux métaux lourds¹⁰, une autre, au contraire, une exposition accrue¹³. La toxicité des arômes pourrait également être délétère pour la santé au vu de leur nombre important et de la méconnaissance de leurs conséquences sur l'organisme. L'exposition au formaldéhyde serait plus élevée dans les cigarettes électroniques, ce qui pourrait potentiellement mener à des fausses couches; mais cette hypothèse faite à partir d'expériences en laboratoire n'est pour l'instant qu'une piste de réflexion¹⁰. Une autre étude montre que la nicotine aurait un effet nocif sur la croissance des voies aériennes chez le fœtus. Les résultats de cette étude suggèrent que l'e-cigarette peut avoir le même effet néfaste sur le développement pulmonaire que les cigarettes traditionnelles. Ses limites sont l'utilisation de modèles animaux et le manque de données épidémiologiques concernant l'e-cigarette. Elle suscite cependant une réflexion concernant la toxicité potentielle des cigarettes électroniques¹⁴.

1. Sage-femme, UCL Santé Publique.

2. Assistant de cours et de recherche en Santé Publique à l'UCL.

3. Assistante de cours et de recherche en Santé Publique à l'UCL.

4. Chef de service clinique associée Mont-Godinne, tabacologue.

5. ONE. Rapport 2015: banque de données médico-sociales Office de la naissance et de l'enfance 2015.

6. Behrakis P, Vardavas C, Papadakis S. Tobacco cessation guidelines for high risk population Athens; 2017.

7. Berlin I, Grange G, Jacob N, Tanguy ML. Nicotine patches in pregnant smokers: randomised, placebo controlled, multicentre trial of efficacy. *BMJ*. 2014;348:g1622.

8. Bryce R, Robson SJ. E-cigarettes and pregnancy. Is a closer look appropriate? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2015;55(3):218-21.

9. GfK. comportement des fumeurs en Belgique 2017. Available from: https://www.cancer.be/sites/default/files/fondation_contre_le_cancer_-_enquete_tabac_2017_0.pdf.

10. Oncken C, Ricci KA, Kuo CL, Dornelas E, Kranzler HR, Sankey HZ. Correlates of Electronic Cigarettes Use Before and During Pregnancy. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(5):585-90.

11. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2013;382(9905):1629-37.

12. Mark KS, Farquhar B, Chisolm MS, Coleman-Cowger VH, Terplan M. Knowledge, Attitudes, and Practice of Electronic Cigarette Use Among Pregnant Women. *J Addict Med*. 2015;9(4):266-72.

13. Bryce R, Robson SJ. E-cigarettes and pregnancy. Is a closer look appropriate? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2015;55(3):218-21.

14. Spindel ER, McEvoy CT. The Role of Nicotine in the Effects of Maternal Smoking during Pregnancy on Lung Development and Childhood Respiratory Disease. Implications for Dangers of E-Cigarettes. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016;193(5):486-94.



Photo © Fotolia

« Je pensais que c'était plus serein pour mon bébé de vapoter avant que j'aie l'avis de mon médecin. Et quand j'ai eu l'avis de mon médecin, je me suis dit si mon médecin le dit c'est qu'il sait mieux que moi. »

La diminution du tabac conseillée par le professionnel de santé a légitimé le comportement tabagique durant la grossesse. Alors que la place du professionnel de santé apparaît comme particulière, on peut observer que des informations erronées sont perçues par les patientes. La prise en charge du tabac n'est pas apparue comme une priorité au sein de l'ONE, un manque de réaction de la part des professionnels a été relevé par les participantes.

La **littératie en santé** (la recherche d'information, la prise de décision, la résolution de problèmes, la pensée critique et la communication se rapportant à la santé¹⁸) est influencée par les professionnels de santé. L'interprétation et la compréhension des faits concernant le tabac et la cigarette électronique est très influencée par l'avis de professionnels.

« Ils (professionnels de santé) m'ont dit de pas arrêter parce que c'était pas bon pour le bébé si j'arrêtais comme ça. Le bébé, il allait être comme moi, il allait être trop nerveux. Ils m'ont dit de diminuer si je savais. »

Dans tous les entretiens réalisés, on peut remarquer l'importance de l'avis des professionnels concernant la perception de la dangerosité de la cigarette ou de la cigarette électronique.

Le gradient de gravité a été utilisé par les participantes pour légitimer leur comportement en le comparant à d'autres comportements perçus comme plus nocifs. De **fausses croyances** telles que la nocivité d'un arrêt brutal du tabac sur le fœtus ou encore le bénéfice d'un fœtus de petit poids

Des études complémentaires sont dès lors nécessaires, en particulier durant la grossesse, en sachant toutefois que l'absence de monoxyde de carbone (CO) dans la vapeur de cigarette électronique constitue un avantage potentiel pour son utilisation durant la grossesse.

Que pensent les principales intéressées de ces différents constats ? Quelles informations les femmes enceintes prennent-elles en considération ? Quelle conduite adopter en tant que professionnel de la santé, concernant la cigarette électronique durant la grossesse ?

Cet article a pour objectif d'établir une analyse de la perception des femmes enceintes sur cette problématique et de mettre en évidence des pistes d'amélioration du dispositif de prise en charge des femmes fumeuses durant la grossesse.

Méthodologie

Nous avons opté pour une méthode qualitative afin de tenter d'analyser la perception

des femmes enceintes. En effet, l'éducation à la santé sur le tabagisme devrait avoir comme point de départ les connaissances et le point de vue des femmes¹⁵. Douze entretiens semi-directifs ont été réalisés en région namuroise dans deux centres de consultation prénatale de l'ONE.

L'analyse de ces entretiens a été réalisée à partir des cadres conceptuels de Tod¹⁶ et Karh¹⁷. Les catégories prédéfinies utilisées pour ce travail sont l'expérimentation de la cigarette électronique, le rôle et le sens du tabac, l'influence du réseau. Au fil de l'analyse, des catégories émergentes (l'influence du professionnel de santé, la littératie en santé et la culpabilité) sont venues renforcer le modèle d'analyse.

Ce que les femmes enceintes en disent...

L'**influence du professionnel** est apparue comme un facteur clé, un conformisme à l'avis médical a été observé chez les femmes enceintes.

¹⁵ Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, Ottosson T. Making sense of the challenge of smoking cessation during pregnancy: a phenomenographic approach. Health Educ Res. 2005;20(3):367-78.

¹⁶ Tod A. Barriers to smoking cessation in pregnancy: a qualitative study British Journal of community nursing 2003 8:8

¹⁷ Kahr MK, Padgett S, Shope CD, Griffin EN, Xie SS, Gonzalez PJ, et al. A qualitative assessment of the perceived risks of electronic cigarette and hookah use in pregnancy. BMC Public Health. 2015;15:1273.

¹⁸ Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. Arch Public Health. 2014;72(1):10.



Photo © Fotolia

pour l'accouchement ont pu être identifiées tant chez les professionnels que les participantes, les femmes enceintes s'appropriant alors les injonctions erronées des professionnels.

L'expérience personnelle ou celle de l'entourage a pu mener à une minimisation des risques.

« De toute façon pour le bébé, pour moi personnellement, il n'y a pas de risque quoi. Je dis bien personnellement car on a déjà eu 3 enfants ils sont en pleine forme. »

Les participantes peuvent être confortées dans leur choix concernant le tabac par leur propre expérience vécue, lors des grossesses précédentes ou celle de leur entourage, notamment par le fait qu'il n'y ait eu aucun effet sur le fœtus malgré une consommation tabagique. Ces expériences positives concernant le tabac mènent alors à une minimisation des risques de celui-ci, voire à un certain fatalisme concernant les risques.

Par rapport à la dangerosité de la cigarette électronique, le risque d'explosion est apparu dans plusieurs entretiens comme un risque majeur. La méconnaissance des liquides a été mise en avant. La nicotine a été perçue comme un élément nocif ainsi que l'eau et l'alcool contenus dans les e-liquides.

Les participantes ont mis en évidence un rôle particulier du tabac dans leur vie et en particulier pendant la grossesse, notamment dans le domaine de la gestion du stress et d'un plaisir perçu comme unique.

L'expérience de l'entourage a pu conférer une valeur positive ou négative à la cigarette électronique et constituer une porte d'entrée vers celle-ci. **Le conjoint peut être un facteur de rechute** de la cigarette électronique vers le tabac mais également **un appui** pour l'utilisation de la cigarette électronique.

« C'est un peu à cause de monsieur aussi car il a repris avant moi... Il a fumé dans la maison comme on n'a pas de jardin. Du

coup, il a fumé dans la cuisine et rien que l'odeur ben ça m'a donné envie. »

Du point de vue **sociétal**, la e-cigarette peut être perçue comme un moindre mal. Un climat favorable à son sujet a ainsi pu être observé alors que d'autres mettaient en avant une norme sociétale par rapport au tabac.

« Ça montre aussi que je fais un effort... Ma famille aurait été plus conciliante si je fumais la cigarette électronique car dans l'imaginaire des gens la cigarette électronique est moins nocive que la cigarette. »

La notion de légitimité est apparue au travers des différents entretiens. Friedson¹⁹ permet de faire un parallèle entre le rôle du malade et le rôle de mère. Elle doit se traiter car elle est responsable de la vie du fœtus pas uniquement de la sienne. Ce n'est plus une question de choix personnel. La stigmatisation ou la culpabilité qui peut parfois être ressentie en réponse au tabac est liée à ce rôle, la notion de compromis entre l'arrêt et la poursuite du tabac en utilisant une e-cigarette ou en diminuant sa consommation prenant alors tout son sens.

Pistes pour la promotion de la santé

La cigarette électronique doit être prise en considération dans la prise en charge des femmes enceintes fumeuses. Quelle attitude adopter en tant que professionnel de la santé ? Ne pas décourager une patiente qui souhaite vapoter durant sa grossesse mais aborder la question des **substituts nicotiniques**, l'informer de l'existence de centres d'aide aux fumeurs (**CAF**), de tabacologues, et des risques du tabac et des risques potentiels de la cigarette électronique durant la grossesse.

¹⁹ Friedson E. La profession médicale Payot, editor. Paris 1985.

Vous recherchez un article en particulier ? De l'information sur un sujet donné ? Les textes auxquels vous avez contribué ? Un numéro spécial de la revue ? www.educationsante.be, c'est aussi un moteur de recherche avancé. Il vous propose près de 2 000 articles parus depuis janvier 2001 ainsi que 154 numéros, depuis sa première parution en 1978 jusqu'en décembre 2000, archivés au format pdf.

Au vu de l'importance de l'avis médical dans l'adoption d'un comportement chez les femmes enceintes¹⁵, il est nécessaire d'arriver à des pratiques uniformisées des différents professionnels de santé. La place spécifique des professionnels de santé dans la légitimité auprès des femmes enceintes peut être expliquée par son fondement scientifique se basant donc sur des données probantes et évitant les jugements moraux. Les femmes enceintes pensent donc se référer à des données probantes sur le tabac ou la cigarette électronique quand elles suivent l'avis du professionnel de santé.

Pour faciliter la transmission d'un message adapté, un module de formation régulier et obligatoire pourrait être en mis en place pour tous les professionnels travaillant en consultations prénatales. Par ailleurs, un **tabacologue** pourrait être intégré aux consultations ONE afin de favoriser la diffusion d'un message juste par le professionnel représentant le savoir scientifique en la matière. En outre, l'**item « e-cigarette »** pourrait être ajouté au dossier de consultation dès la période préconceptionnelle et une information aux futures mamans devrait être envisagée, axée sur la prévention des risques. Par la formation des professionnels de santé, on peut aider à lutter contre les nombreuses fausses croyances sur le tabagisme durant la grossesse. En effet, pour un certain nombre de gynécologues, la diminution du tabac est encore préconisée. Conforter les patientes dans le bénéfice d'une diminution pourrait mener à l'amoindrissement de l'effort d'arrêt tabagique.

Concernant la cigarette électronique, il



Photo © Fotolia

pourrait être utile de relativiser le risque minime d'explosion souvent amplifié²⁰.

La littératie en santé chez les femmes enceintes et leur entourage est également apparue comme un élément clé de la perception. Les informations en santé étant maintenant à la portée de tous, le modèle traditionnel de transmission d'informations doit être adapté. Internet semble largement utilisé par les femmes enceintes²¹; or les informations qui y sont présentes peuvent être de qualité médiocre. Un **site internet centralisé et contrôlé** voire l'utilisation d'applications contrôlées pourrait constituer des pistes de solution²².

La transmission d'une information juste ne doit pas se faire uniquement auprès

des femmes enceintes mais également en **impliquant le réseau social de la femme enceinte**. Impliquer le conjoint pourrait alors lui permettre d'avoir une place privilégiée dans le suivi de la prise en charge.

Notre responsabilité en tant que professionnels de la santé est de mettre fin aux nombreuses fausses croyances en apportant une information de qualité et un soutien inconditionnel à nos patientes, leur partenaire de vie et leur entourage. L'éducation à la santé concernant le tabac dans les soins prénataux doit être développée davantage dans les années à venir en partant des besoins, des idées reçues et des demandes des femmes au travers d'un dialogue avec le professionnel de santé.

²⁰ England LJ, Anderson BL, Tong VT, Mahoney J, Coleman-Cowger VH, Melstrom P, et al. Screening practices and attitudes of obstetricians-gynecologists toward new and emerging tobacco products. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211(6):695 e1-7.

²¹ DNF. grossesse et tabagisme 2011. Available from: <http://docplayer.fr/17943904-Grossesse-et-tabagisme-observatoire-des-perceptions-et-comportements-de-la-femme-enceinte-face-au-tabac-sur-les-forums-internet.html>.

²² Slomian Jea. The internet as a source of information used by women after childbirth to meet their need for information: A web-based survey. *Midwifery* 2017;48:6.

Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ? Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ? Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ? Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ? L'équipe d'Éducation Santé peut publier votre article sur le sujet ou vous rencontrer pour une interview. Contactez-nous : education.sante@mc.be

L'allaitement maternel, encore et toujours sous influences ?

Emmanuelle Robert, École de Santé publique - ULB

Trop peu de mères allaitent en Wallonie, et la majorité n'allaitent pas assez longtemps. Décrire la situation de l'allaitement en abordant différentes dimensions offre une lecture et un éclairage permettant de mieux comprendre les raisons d'une situation épidémiologique parmi les moins favorables des pays à hauts revenus.

Afin de pallier le manque de données représentatives de l'allaitement maternel à l'échelle régionale, un module d'une vingtaine de questions sur le sujet a été introduit dans les enquêtes de couverture vaccinale (ECV) ayant lieu en Wallonie et à Bruxelles et qui portent sur les enfants de 18 à 24 mois. Au-delà de quelques données épidémiologiques qui balisent l'article, la réflexion portera essentiellement sur les principales raisons qui pourraient expliquer des taux et durées d'allaitement parmi les plus bas des pays ou régions à hauts revenus. Un bref éclairage historique permettra de constater que l'allaitement a toujours été sous influences multiples. L'hypothèse que celui-ci n'a jamais véritablement été, parmi la population autochtone, un comportement profondément inscrit dans la culture peut clairement être posée. Par ailleurs, l'« emprise » que l'allaitement maternel subit, que celle-ci soit médicale, féministe, maritale, politique...

Le pourcentage de mères qui allaitent ainsi que les durées d'allaitement sont en Wallonie, et de façon générale, en Belgique, parmi les plus faibles des pays à hauts revenus (1,2).

ne laisse pas suffisamment la place à une information objective, scientifique et rigoureuse. En 2012 et 2015, ces enquêtes qui portaient sur plus de 520 familles montrent que le sevrage est plus souvent subi que désiré, que celui-ci est souvent dû à des problèmes directement liés à l'allaitement

(engorgement, douleurs, perception de manque de lait entre autres), ce qui laisse supposer une prise en charge non adéquate ou non efficace des diverses difficultés rencontrées. Par ailleurs, l'information reçue par les professionnels de santé en la matière est lacunaire.

Moins de 12 % des enfants allaités exclusivement pendant 6 mois

Alors que dans certains pays nordiques l'allaitement dépasse 95 %, en Wallonie celui-ci est initié par 82 % des mères. Une diminution significative est observée entre l'allaitement à la naissance et à la sortie de la maternité puisque celui-ci chute à 77 % (et de 74 % à 69 % pour l'allaitement exclusif). En Wallonie, seuls 12 % des enfants sont allaités exclusivement à 6 mois, durée pourtant recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Depuis un certain nombre d'années, des efforts sont réalisés dans notre pays, notamment au travers de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB). Cette stratégie élaborée en 1992 par l'OMS et l'UNICEF en vue d'améliorer les taux d'allaitement maternel partout dans le monde a été initiée en Belgique en 2002. À ce jour, 23 % des sites de maternités sont labellisés en Belgique¹. Dans le sud du pays, ce sont 25 % des enfants qui naissent dans l'une de ces maternités.

D'après les enquêtes de couverture vaccinale, les caractéristiques des parents qui instaurent plus fréquemment l'allaitement exclusif sont cohérentes par rapport à la

littérature scientifique internationale (3) : notamment, un niveau d'études supérieur des parents, une nationalité étrangère, le fait d'avoir un emploi, un conjoint soutenant, le fait d'être primipare... Il en est de même pour les paramètres liés à la naissance, comme le fait d'être né par voie basse ou à terme qui sont associés positivement à l'allaitement. En ce qui concerne la durée, le profil des mères qui allaitent plus longtemps est assez proche de celui décrit par ailleurs, par exemple être multipare, être de nationalité étrangère, avoir un congé de maternité prolongé par un congé parental (4), mais aussi ne pas avoir introduit de compléments lactés à la maternité. La littérature regorge d'analyses épidémiologiques à propos de ces différents facteurs ou prédicteurs des différents modes d'allaitement (exclusif, total, complété), les données wallonnes et bruxelloises ont été discutées dans différents articles publiés précédemment (3-5). Connaître ces différents facteurs de risque permet de mieux cerner les sous-groupes de la population plus à même de ne pas adopter le comportement attendu et devrait donc permettre par la même occasion de mieux cibler la population sur laquelle devraient porter les messages de promotion de l'allaitement. Oui, mais... en Belgique, il semblerait que nous n'en soyons pas encore là !

Trop peu d'informations dispensées aux (futurs) mamans

Près de 53 % des mères déclarent avoir été informées par un prestataire de soins sur les avantages de l'allaitement pour

¹ Pour être « labellisable » une maternité doit respecter « les 10 conditions pour favoriser le succès de l'allaitement » énoncées dans « la Déclaration conjointe OMS/UNICEF sur l'allaitement et les services de maternité » ainsi qu'avoir un taux d'allaitement maternel exclusif de minimum 75 %.

l'enfant à naître et 42 % sur les avantages pour elles. Or, la littérature internationale (5) et nos données antérieures (3,5) démontrent que le fait de connaître les avantages mais aussi d'avoir pris tôt la décision d'allaiter, et si possible avant même la grossesse, sont gages de fréquence et de durée d'allaitement plus importantes. De façon générale, les données récoltées en 2012 montrent le trop peu d'informations reçues sur le sujet pendant la période prénatale. L'information est plus fréquente, et ceci de façon statistique, quand les mères ont été suivies par une sage-femme plutôt que par un gynécologue. En Wallonie, pourtant, le gynécologue est de loin le prestataire de soins le plus consulté pendant la grossesse. Dans le même ordre d'idées, alors que l'OMS recommande d'allaiter 6 mois exclusivement, selon les ECV, seules 20 % des mères connaissent cet objectif. Les mères ayant accouché dans une maternité IHAB ne connaissent pas plus souvent cette durée « idéale » que celles ayant accouché dans une maternité non labellisée. Pourtant, les enfants sont allaités plus longtemps (6 mois) quand la mère connaît cette durée que dans le cas contraire (3,5 mois) (4).

Manque de formation des prestataires de soins

À ce stade, nous pouvons ébaucher plusieurs hypothèses pour expliquer ces données qui démontrent une faible transmission des connaissances sur le sujet entre professionnels et patientes, notamment avant l'accouchement. Les gynécologues pensent-ils qu'il n'est pas toujours de leur ressort de promouvoir l'allaitement, considèrent-ils suffisamment l'importance d'entamer la réflexion le plus tôt possible ? Ne pensent-ils pas trop souvent que la discussion pourra avoir lieu au moment même ou peu après la naissance de l'enfant ? Ceux-ci possèdent-ils suffisamment de temps lors des consultations prénatales pour faire la promotion de l'allaitement ? De façon générale, en Belgique francophone, contrairement à d'autres pays (Australie, États-Unis...) (6) ou régions (Québec...) (7), il n'existe pas de lignes directrices interprofessionnelles, ni

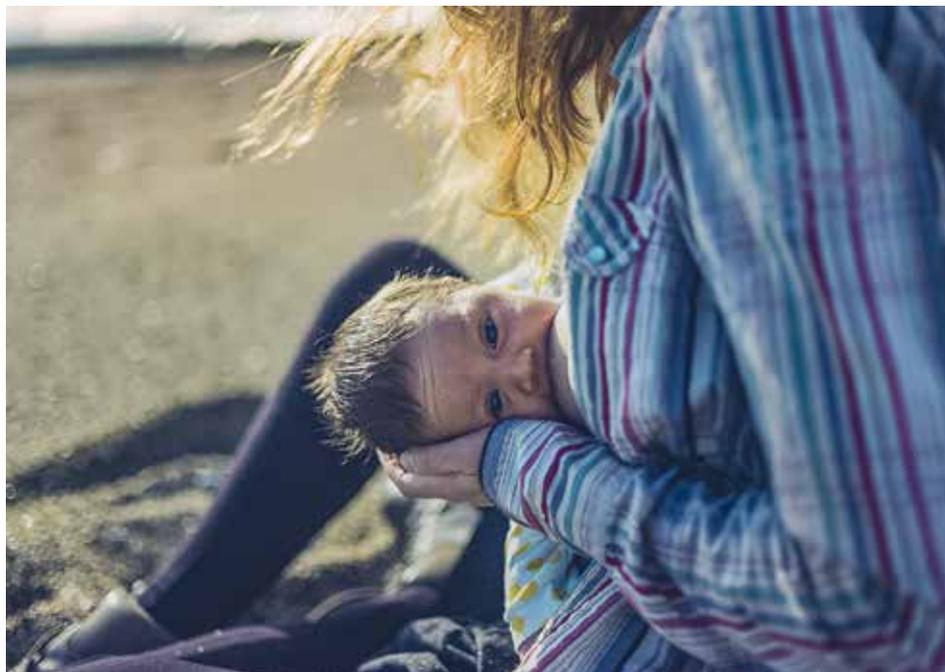


Photo © Fotolia

a fortiori intraprofessionnelles, en matière d'allaitement ni de promotion de celui-ci. Par ailleurs, les médecins ne sont pas suffisamment formés. Une étude flamande publiée en 2006 démontre le manque de connaissances des différents types de prestataires de soins qui ont un lien avec la dyade mère/enfant (entre autres : gynécologue, puéricultrice, travailleur médico-social, pédiatre...) (8).

Les mères suivies par une sage-femme pendant la grossesse ont une meilleure connaissance des durées idéales de l'allaitement et des avantages de celui-ci.

Ce même constat a été dressé il y a une quinzaine d'années déjà (9) et plus récemment dans le plan opérationnel du Plan nutrition santé (PNNS-B) (10). Il semble donc que les professionnels ne possèdent pas de connaissances suffisantes pour pouvoir promouvoir correctement l'allaitement, le soutenir et intervenir adéquatement en cas de difficultés, bien plus fréquentes qu'on ne le croit. Or, de façon générale en Belgique, « les mères se montrent en

général très influencées par leur médecin » (9), alors qu'elles « sont peu souvent conscientes du fait qu'ils n'ont pas reçu de solide formation en matière d'accompagnement pratique de l'allaitement et qu'ils ont tendance à décourager la poursuite de celui-ci dès qu'il y a des difficultés, tout simplement parce qu'ils ne savent pas comment y remédier (9) ».

La moitié des mères ont rencontré des difficultés liées à l'allaitement

Avant leur premier accouchement, 47 % des mères ont déclaré ne pas avoir eu conscience que l'allaitement est une pratique qui pouvait s'avérer douloureuse et parfois compliquée à mettre en place. Or la littérature montre que les mères qui sont averties de la possibilité de douleurs et difficultés liées à l'allaitement dépasseront plus facilement celles-ci si elles doivent y faire face.

En 2012, l'analyse détaillée sur les raisons de sevrage a démontré que :

- les difficultés y compris la perception de manque de lait étaient responsable de près de 60 % de sevrage avant que l'enfant ait atteint l'âge de 3 mois (11).
- la majorité des mères (plus de 60 %) ont déclaré avoir eu le désir d'allaiter plus longtemps.

Ce constat ne doit pas être une fatalité puisque l'on sait qu'une prise en charge correcte à la maternité mais aussi à la sortie de celle-ci a un impact considérable sur la durée de l'allaitement. *A contrario*, sans aide adéquate, la plupart des mères sont amenées à sevrer leur enfant (12). Dans ce sens, une revue systématique de la littérature publiée en 2016 arrive à la conclusion que le soutien communautaire apparaît comme essentiel pour maintenir l'effet de l'IHAB sur la durée de l'allaitement (13). Or, en 2014, le Centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE) dénonçait l'existence d'« un vide de soins » dans notre pays, malgré la mosaïque de possibilités de prise en charge (en général disparates et peu connues) (14).

Raccourcissement du séjour à la maternité : contrainte supplémentaire ?

Dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux, sept projets pilotes portant sur le thème « accouchement avec séjour hospitalier écourté » ont cours dans les différents hôpitaux sélectionnés (15). Ces projets pilotes prendront fin en 2018. Au terme de cette période, le gouvernement décidera quels aspects des projets seront introduits à plus grande échelle (16). Il reste à espérer qu'une fois le raccourcissement de séjour effectif, la prise en charge à domicile de la parturiente soit suffisamment efficace afin de réduire le nombre de mères sevrant leur enfant par manque de soutien approprié. En effet, il semble assez évident qu'un séjour hospitalier raccourci ne joue pas en faveur d'un meilleur soutien à l'allaitement maternel. La parturiente plus rapidement livrée à elle-même devrait trouver seule ou avec l'aide de ses proches des solutions en cas de nécessité. Par conséquent, si aucun programme de soutien n'est mis en place, le risque de ne pouvoir dépasser les difficultés liées à la montée de lait (engorgement, crevasses, entre autres) augmentera de façon drastique. Ce moment s'avère pourtant périlleux pour un nombre important de mères. Dans notre échantillon, plus de la moitié de celles-ci ont déclaré avoir rencontré

des difficultés les premières semaines de vie de l'enfant.

Quelle culture de l'allaitement dans nos régions ?

Un petit détour historique montre l'importance de la mise en nourrice aux 18^e et 19^e siècles principalement en France (17) où cette pratique est massive et tardive (50 % des enfants à Lyon en 1890) (17), et dans une moindre mesure en Belgique (18), ainsi que l'usage répandu du lait d'animaux pour la préparation de biberons.

Un article publié en décembre 2016 démontre qu'au sein des pays occidentaux les plus densément peuplés de catholiques, les taux d'allaitement sont moins élevés (Irlande, France, Pologne, Belgique...). L'inverse est vrai pour les pays à majorité protestante (Suède, Danemark, Islande...) (24).

Ces pratiques trouvent notamment leur origine dans le fait que la religion catholique interdisait les relations sexuelles pendant la période de l'allaitement (avec l'effet d'une surfécondité chez les mères non allaitantes qui pouvaient avoir jusqu'à 8, 10 enfants à Lyon au 18^e siècle). Autrement dit, dès que les moyens financiers le permettaient, l'enfant était placé en nourrice, parfois à plusieurs centaines de kilomètres des parents (17). Ces pratiques liées à la mise en nourrice et à l'usage du lait animal de qualité souvent médiocre (frelaté ou coupé d'eau douteuse (19) à une époque où la pasteurisation n'était pas connue (il a fallu attendre 1865) ont été responsables d'une surmortalité des enfants en bas âge jusqu'à la fin du 19^e siècle (17,18). En France, il a fallu attendre la première guerre mondiale pour voir la pratique de la mise en nourrice disparaître (17). L'usage des wet nurses a été nettement moindre en

Angleterre et aux États-Unis où le modèle de la mère au foyer était dominant (17).

Les premiers laits en poudre de qualité sont apparus en Europe dès la fin de la seconde guerre mondiale, période où le travail des femmes à l'extérieur du domicile a pris toute son ampleur. Le féminisme égalitariste, avec Simone de Beauvoir comme chef de file, aura lui aussi joué un rôle néfaste pour l'allaitement. Celle-ci écrira en 1949 : « l'allaitement ne leur apporte aucune joie, au contraire, elles redoutent d'abîmer leur poitrine ; c'est avec rancune qu'elles sentent leurs seins crevassés, leurs glandes douloureuses, la bouche de leur enfant les blesse : il leur semble qu'il aspire leurs forces, leur vie, leur bonheur. Il leur inflige une dure servitude, et il ne fait plus partie d'elles : il apparaît comme un tyran, elles regardent avec hostilité ce petit individu étranger qui menace leur chair, leur liberté, leur moi tout entier » (20). *A contrario*, pour les féministes d'outre-Atlantique, l'allaitement et la maternité étaient considérés comme une manifestation de libération des femmes.

Le nadir des taux d'allaitement du 20^e siècle a été atteint dans les années 1960. Époque qui correspond à l'extension de la médicalisation de l'accouchement (à la veille de la seconde guerre mondiale, 80 % des accouchements avaient encore lieu à domicile) (18). Le biberon est alors vu « comme l'instrument de l'alimentation scientifique » (21) puisqu'il permet de mesurer de façon objective la quantité de liquide absorbé. Le paradigme pasteurien, dominant à l'époque, dans cette volonté de tout mesurer, tout quantifier, impose par le biais des médecins aux mères allaitantes la régularité des tétées ou les tétées à heures fixes comme règle absolue, quitte à devoir réveiller ou laisser le nourrisson pleurer, s'il désire des tétées complémentaires (22). Ces conditions qui ont été observées jusque dans les années 1980 (17) ne respectaient pas la physiologie de l'allaitement et nuisaient à la production lactée. Les mères n'arrivaient, par conséquent, pas à poursuivre l'allaitement ou le poursuivre de façon optimale.

Transmission des savoirs : modèle « savant » versus modèle « populaire »

Depuis les années 60, la diffusion des règles d'alimentation s'est principalement faite par les professionnels de santé, majoritairement masculins, dans un premier temps. Ceux-ci étaient détenteurs d'un savoir considéré comme légitime. La transmission des connaissances s'est faite selon un modèle que l'on peut définir de « savant » (21). Le corps médical reste encore à l'heure actuelle la principale source de transmission de connaissances en la matière. En Belgique, en 2003, le rapport de l'asbl Réseau Allaitement Maternel soulignait que « le médecin belge prend une place prédominante [...] pour ce qui concerne la naissance, les soins et l'alimentation des jeunes enfants. (9) » Les parents ne remettent pas en question le savoir médical (9). Le statut de médecin implique automatiquement une légitimation des conseils qu'il donne.

Il n'existe pas en Belgique francophone de lignes directrices communes intraprofessionnelles ni interprofessionnelles au sujet de l'allaitement maternel.

En opposition à ce modèle de transmission « savant », le modèle « populaire » est basé sur une transmission familiale et intergénérationnelle (21). Ce mode de transmission est plus fréquent dans les populations allochtones. Dans un tel contexte où les comportements de maternage sont observés, les messages issus du discours savant ont moins d'impact et d'influence, tout particulièrement en matière de puériculture.

La religion : influence positive, influence négative...

Plus largement dans la culture arabo-musulmane, et juive aussi, l'allaitement a



Photo © Fotolia

toujours été considéré comme un devoir sacré. La durée de l'allaitement est du reste recommandée, selon le Livre considéré, pour une période de 18 mois, 2 ans, 5 ans (Coran, Haddith, Torah). L'usage d'une nourrice est possible mais uniquement dans des conditions définies (décès ou maladie de la mère, jumeaux...). Dans le droit positif d'un certain nombre de pays arabo-musulmans, des dispositions légales sont consacrées à l'allaitement et à la mise en nourrice (prohibition de mariage entre frères et sœurs de lait y compris sur leur descendance...) (23).

Ce constat se retrouve à l'intérieur même des pays où les taux d'allaitement sont inférieurs dans les provinces ou régions les plus catholiques (en France, Irlande, Canada) (24). Dans les années 60, à Bruxelles, la propagande pour l'allaitement semblait plus importante dans les maternités laïques que catholiques (25).

D'après les différentes étapes historiques brièvement décrites jusqu'ici, on peut se poser la question de l'existence (ou plutôt de l'inexistence) d'un mode de transmission « populaire » dans la population autochtone. Encore aujourd'hui, la plupart des (futurs) mères d'origine belge n'ont pas reçu conseils et recommandations de leur propre mère. Ces dernières n'ont pour ainsi dire pas allaité et ne peuvent être en conséquence des références en la matière.

En France et en Belgique, le résultat se marque par une faible connaissance en matière d'allaitement tant dans la population autochtone que chez les praticiens, probablement parce que cette « culture de l'allaitement » n'a jamais été profondément ancrée dans les mœurs et par conséquent n'est jamais arrivée à contrer les différents « effets de mode » auxquels l'allaitement a dû et doit encore faire face.

L'ensemble de ces diverses influences façonnent les normes socioculturelles. Ces dernières influencent les choix individuels qui à leur tour renforcent les normes et les habitudes. Celles-ci cautionnent des comportements qu'on peut finir par ne plus remettre en question tellement ceux-ci apparaissent comme « normaux » (exemple : le lait en poudre considéré comme la norme).

Trop peu de promotion de l'allaitement en Belgique

Un hiatus existe entre l'évidence scientifique de la supériorité du lait maternel et le manque de volonté de promouvoir l'allaitement. En effet, la promotion de l'allaitement doit encore trouver ses marques dans notre pays. Il existe aujourd'hui un paradoxe entre « la philosophie » de l'IHAB qui promeut l'allaitement à la maternité et le manque de prise en charge à la sortie de celle-ci ainsi que l'inexistence pour ainsi

dire de promotion de l'allaitement dans la durée. La promotion de l'allaitement maternel doit devenir une affaire de responsabilité partagée par tous. Or à présent c'est un consensus mou que l'on observe par peur de culpabiliser les mères qui feraient le choix de ne pas allaiter. Par la même occasion, on observe une complaisance par rapport aux préparations pour nourrissons qui est en parfaite contradiction par rapport au *Code international de commercialisation des substituts de lait maternel*² (1981) (28) et son application en Belgique par l'arrêté royal du 18/02/1991 relatif aux denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière.

Les sociétés commerciales de préparations lactées sont plus dynamiques et convaincantes pour imposer une image positive et favorable de leurs produits que ne l'est le secteur public pour promouvoir l'allaitement maternel.

« Dans une culture où le poids des règles imposées par l'alimentation artificielle est si fort » (29), où l'allaitement nocturne n'est pas discuté, où le besoin élevé de tétées est mal compris (et par conséquent mal vécu), où l'autonomie et l'indépendance des tout petits sont valorisées dès les premières semaines (l'enfant « doit » pouvoir faire ses nuits rapidement)..., les conditions nécessaires à une mise en route efficace de l'allaitement sont peu fréquemment réunies.

La prévention reste la solution la plus adéquate mais nécessite :

- la prise de conscience de taux et durées inférieurs aux autres pays européens ou de l'OCDE;
- la formation de tous les types de professionnels de l'enfance (médecins mais aussi puéricultrice, travailleuses médico-sociales...) afin d'éviter les messages

contradictoires et contre-productifs dénoncés par les mères.

Trop souvent, comme le dit Gojard, les discours de promotion de l'allaitement (souvent peu cohérents et mal maîtrisés) correspondent à un modèle « savant » de l'allaitement et sont donc voués à l'échec auprès de mères qui ne relèvent pas de ce modèle et ont un effet de stigmatisation pour les mères de milieux supérieurs qui pour une raison ou l'autre ne veulent pas allaiter (21).

L'allaitement maternel reste un enjeu majeur de santé publique qui demande et nécessite avant tout un questionnement sur la place qu'on veut lui réserver dans notre pays. Il est temps de définir une stratégie de promotion de l'allaitement qui aille bien au-delà de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé car cette dernière seule ne suffit pas à maintenir les bénéfices gagnés par la qualité de la prise en charge de ces maternités.

Vers une vision pluridisciplinaire et multidimensionnelle

À l'heure où les compositions les plus diverses de laits commerciaux s'inventent (hypoallergéniques, anti-reflux, diarrhées chroniques, confort digestif, satiété...) et dans un marché en pleine expansion, la promotion de l'allaitement maternel semble pour certains ne pas nécessiter de déployer attention et soutien spécifiques, alors que pour d'autres l'allaitement maternel semble être à la pédiatrie ce que la vaccination est à la santé publique. Certes, les laits commerciaux sont de qualité suffisante pour assurer une croissance correcte mais c'est trop rapidement oublier ou faire fi de toutes les vertus immunologiques, anti-inflammatoires, anti-infectieuses, trophiques, épigénétiques mais aussi écologiques et économiques du lait maternel. Les approches sociologiques, anthropologiques, historiques, psychosociales... sont essentielles pour mieux cerner les représentations de l'allaitement

maternel dans la société actuelle et mieux expliquer les raisons des taux et durées si faibles. Ces différentes représentations traduisent plus profondément le rapport mère/enfant particulier la place de la mère dans la société, les pratiques de la puériculture et la pédiatrie dans la sphère du maternage, la perception de la mère par rapport à sa responsabilité en matière de soins maternels...

Réduire les études sur des comportements, tels que l'allaitement, à l'analyse des facteurs sociodémographiques ou socio-économiques ne permet en aucun cas d'expliquer les causes et mène trop souvent à un discours simpliste, manichéen dans lequel on fige les patientes (en l'occurrence les mères) dans une catégorie dans laquelle il est difficile de s'extraire. Ouvrir la réflexion au contexte plus global (politique, sociétal, religieux...) et moins ciblé sur l'individu permet d'être moins stigmatisant, accusateur et culpabilisant.

Références

1. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I, et al. Protection, Promotion and Support of Breast-Feeding in Europe: Progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutr.* 2010;13(06):751-9.
2. Hunsberger M, Lanfer A, Reeske A, Veidebaum T, Russo P, Hadjigeorgiou C, et al. Infant feeding practices and prevalence of obesity in eight European countries - the IDEFICS study. *Public Health Nutr.* févr 2013;16(2):219-27.
3. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. Facteurs associés de l'allaitement maternel à la maternité : données rétrospectives issues d'une enquête de couverture vaccinale. *Rev Médecine Périnatale.* 2015;7(1):46-54.
4. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. Breastfeeding Duration: A Survival Analysis, Data from a Regional Immunization Survey. *BioMed Res Int.* 2014;2014:e529790.

2. Ce Code cherche à protéger le consommateur contre les pratiques commerciales susceptibles de décourager l'allaitement maternel, par exemple la promotion de laits artificiels, la distribution d'échantillon gratuit, la promotion d'aliments pour bébés comme les petits pots, céréales, jus, eau embouteillée afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif...

5. Robert E, Coppieters V, Swennen B, Dramaix M. [Determinants of breastfeeding in the Brussels Region]. *Rev Médicale Brux.* 2015;36(2):69-74.
6. Australian Health Ministers' Conference. Australian National Breastfeeding Strategy 2010-2015. 2009.
7. L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices. Santé et services sociaux; 2001.
8. Adams, J, Dedry A. Kennis van gezondheidswerkers rond borstvoeding Wat ze vandaag (al?) weten en morgen (nog?) moeten leren, om overmorgen voedende moeders succesvol te begeleiden. *De Bakermat.*
9. Réseau Allaitement maternel. Protection et soutien de l'allaitement maternel en Belgique. 2003.
10. Plan national Nutrition-Santé pour la Belgique, 2005-2010, Plan opérationnel, version finale.
11. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. The Reasons for Early Weaning, Perceived Insufficient Breast Milk, and Maternal Dissatisfaction: Comparative Studies in Two Belgian Regions. *Int Sch Res Not.* 2014:e678564.
12. Groleau D, Sigouin C, D'souza NA. Power to negotiate spatial barriers to breastfeeding in a western context: when motherhood meets poverty. *Health Place.* 2013;24:250-9.
13. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402-17.
14. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. L'organisation des soins après l'accouchement. KCE; 2014.
15. Maggie Be Block. Communiqué de Presse. 2016.
16. Cabinet de la Ministre Maggie de Block. Appel à candidatures : projets pilotes « accouchement avec séjour hospitalier écourté ». Juillet 2015.
17. Rollet-Echalier C. La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République, Puf, Travaux et document; 1990.



Photo © Fotolia

18. Masuy-Stroobant G. Les déterminants de la mortalité infantile, la Belgique d'hier et d'aujourd'hui. Ciaco Éditeur, Louvain; 1983.
19. François A. Marissal Claudine, Protéger le jeune enfant. Enjeux sociaux, politiques et sexués. *Rev D'histoire L'enfance « Irrégul » Temps Hist.* 2015;(17):244-7.
20. de Beauvoir S. Le deuxième sexe. Gallimard. Paris : Le livre de poche; 1949. (Folio/Essais).
21. Gojard S. L'alimentation dans la prime enfance : Diffusion et réception des normes de puériculture. *Rev Fr Sociol.* 2000;41(3):475.
22. Masuy-Stroobant et P. Humblet G. Mères et nourrissons, de la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945). Bruxelles : Labor; 2004.
23. Abdelhafid Ossoukine. L'interdit matrimonial induit par le co-allaitement en droit musulman. *Rev Int Droit Comparé.* 2009;61(2(1)):359-82.
24. Bernard JY, Cohen E, Kramer MS. Breast feeding initiation rate across Western countries: does religion matter? An ecological study. *BMJ Glob Health.* 2016;1(4):e000151.
25. Sand EA. Allaitement maternel et artificiel chez le nouveau-né. *Acta Paediatr Belg.* 1960;5:239-59.
26. Hassiotou F, Geddes DT, Hartmann PE. Cells in Human Milk: State of the Science. *J Hum Lact.* 2013;29(2):171-82.
27. Langhendries J-P. Colonisation bactérienne de l'intestin dans l'enfance : pourquoi y accorder autant d'importance ? *Arch Pédiatrie.* 2006;13(12):1526-34.
28. Organisation mondiale de la santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève; 1981.
29. Gremmo-Féger. Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. *Revue Spirale, Erès;* 2003.
30. Suizzo Marie-Anne. FRENCH AND AMERICAN MOTHERS' CHILDREARING BELIEFS Stimulating, Responding, and Long-Term Goals. *Journal of Cross-Cult Psychol.* 2004;35(5).

INITIATIVES

La santé et le bien-être à l'école, une priorité en Écosse ! Et chez nous ?

Dale Koninckx et Dianora Piraccini, responsables de projets chez Latitude Jeunes asbl

Certes, les poétiques paysages des Highlands ainsi que la culture écossaise nous séduisaient depuis quelques années, mais Sophie, Benjamin et moi n'avons pas entrepris d'affronter un climat capricieux dans le but unique de déguster le fameux haggis ou de siroter quelques whiskeys. Nous nous sommes en effet lancés dans ce voyage d'études en vue de découvrir d'un peu plus près le système scolaire du pays qui, selon nos sources, promeut la santé et le bien-être des élèves à l'école. Quelques questions remplissaient ainsi nos petits bagages en cabine : qu'est-ce que ça donne dans la pratique ? Quels parallèles entre notre travail et cette réalité de terrain ? Quels liens peut-on faire entre le fameux *Curriculum for Excellence* et le futur Pacte d'Excellence en Belgique ?

Filgood : un projet international de promotion de la santé en milieu scolaire

C'est donc en tant qu'organisation de jeunesse partenaire de Solidaris et active en promotion de la santé que nous avons décidé d'effectuer ce voyage. En effet, Latitude Jeunes travaille depuis plusieurs années avec la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN, France) et le Réseau Éducation et Solidarité (RES) autour d'un projet de promotion de la santé dans des écoles secondaires, *Filgood*. Celui-ci consiste à mesurer le niveau de bien-être ressenti des élèves et à proposer, sur base des résultats, des actions de sensibilisation calibrées ou des animations plus larges destinées à relever ce niveau tout en collaborant avec les enseignants, les directions et les élèves.

D'une part, le travail de nos animateurs dans nos antennes régionales donne à ce projet une dimension locale, en tenant compte par exemple des déterminants socio-économiques, démographiques et culturels des établissements scolaires avec lesquels nous travaillons. D'autre part, l'aspect international de ce partenariat – qui s'est plus récemment étendu à l'Allemagne, la Suède et la Roumanie – contribue à enrichir nos ressources pédagogiques mais également à élargir notre réflexion autour des notions de santé et de bien-être à l'école. Ces allers-retours entre terrains belges et étrangers nous permettent de décortiquer et mieux comprendre les problématiques de notre système scolaire et des réalités vécues par les enseignants et élèves au quotidien.

Destination : Écosse.

C'est donc dans le même ordre d'idée que nous avons choisi d'approcher de plus près le système scolaire écossais les 28, 29 et 30 janvier 2018 à Glasgow. Au programme de ce voyage : rencontres, débats, visites d'une école primaire et d'une école secondaire et échange de bonnes pratiques. Nous étions notamment accompagnés d'acteurs du département de l'éducation écossais (*Education Scotland*), du représentant d'une large organisation syndicale pour les enseignants (NASUWT), d'une chercheuse pour l'organisme de santé publique au Royaume-Uni (NHS) et de *School for Health Consultancy*, une organisation de consultance qui organisait en partie le voyage. Nos collègues de la MGEN et du RES étaient bien

entendu de la partie et nous avons pu, au détour d'une salle des profs ou au coin d'une cour de récréation en compagnie d'élèves en uniforme, en apprendre plus sur le fameux *Curriculum for Excellence*.

La santé et le bien-être au cœur du Curriculum for Excellence

En 2002, *Education Scotland* entreprend la réforme du système éducatif écossais. D'une part, ce vaste chantier part d'un constat : en Écosse, les élèves provenant d'un milieu précarisé réussissent moins bien que les plus nantis, surtout en math et en langues. Comblar cet écart de développement des compétences et prévenir les inégalités sociales devient ainsi un des objectifs centraux de la réforme¹. D'autre part, ce travail institutionnel se déploie dans un contexte effervescent où la santé et le bien-être sont placés au-devant de la scène² et clairement identifiés comme déterminants en ce qui concerne le fondement des inégalités sociales. Ainsi, aux côtés des langues et des mathématiques, *Health and Wellbeing* devient progressivement l'une des trois plus importantes matières du *Curriculum for Excellence*³ en ce qu'elle est explicitement définie comme étant de la « responsabilité de tous » (*Responsibility of All*)⁴. Ceci lui confère un caractère global et transversal où chaque personne au sein de l'école – qu'elle soit enseignante ou non – doit l'inclure dans ses pratiques et interactions quotidiennes avec les enfants.

Dans le même ordre d'idées, le nouveau programme a également pour ambition de

1. <https://beta.gov.scot/policies/schools/pupil-attainment/>

2. <https://beta.gov.scot/publications/schools-health-promotion-nutrition-scotland-act-health-promotion-guidance-local/>

3. L'éducation religieuse, les technologies, les arts d'expression, les sciences sociales, les sciences sont les cinq autres matières.

4. <https://education.gov.scot/improvement/documents/hwb30-booklet.pdf>

décloisonner l'institution scolaire en créant des ponts avec la communauté extérieure : parents, commerçants locaux, organisations et associations, réseaux sociaux, etc. Dans ce cadre, *Health and Wellbeing* prend une place très pertinente et les idées de partenariats foisonnent. Pour les mettre en pratique et réussir à travailler ensemble, les acteurs ont toutefois besoin de partager une définition claire et commune de leurs objectifs. Ainsi, après sa première implantation en 2010, le *Curriculum for Excellence* continue d'évoluer et se nourrit du *Children and Young People's (Scotland) Act 2014* qui donne une définition du bien-être et fournit des indicateurs destinés à le mesurer. SHANARRI devient notamment un mot-clé employé largement dans les communautés éducatives et apparaît sur les murs d'écoles et dans les bricolages des enfants, comme nous avons pu le voir à *Doone Primary School*.

Le *Curriculum for Excellence* se développe également dans le cadre du *Getting it Right for Every Child*, un travail national et plus large qui rebondit sur la convention des droits de l'enfant des Nations Unies. Il établit des principes et valeurs que toute personne travaillant de près ou de loin avec des enfants doit respecter. On parle notamment de la nécessité de collaborer avec les familles, d'adopter une approche « holistique » concernant la santé et le bien-être ainsi que de placer l'enfant au centre des pratiques éducatives. Ces éléments sont, aujourd'hui, les piliers du *Curriculum for Excellence* et détiennent la finalité suivante : développer les compétences avant les connaissances et permettre aux jeunes de devenir des citoyens confiants, responsables, actifs et qui ont la capacité d'apprendre et d'évoluer continuellement (*confident individuals, responsible citizens, effective contributors, successful learners*). Tout un... programme!

Un petit tour de terrain

Concrètement, 5,2 millions de personnes vivent en Écosse, dont 684 415 élèves et



Photo © Dale Kinnickx

50 970 enseignants qui se répartissent dans 2524 établissements scolaires. Ceux-ci sont circonscrits par 32 *Local Authorities*, soit des régions qui ont la responsabilité de créer et soutenir ces établissements scolaires. Dans le pays, les écoles ont davantage de marge de manœuvre qu'en Belgique : les directions ont une liberté quasi complète sur le fonctionnement de leur établissement ainsi que sur la façon dont le curriculum y est mis en œuvre. D'un côté, cela augmente considérablement la diversité entre les établissements, ce qui rend leur évaluation et leur gestion plus complexe⁵. D'un autre côté, ce fonctionnement favorise l'adaptation de l'établissement aux réalités locales, renforçant ainsi leur pertinence au sein d'une communauté.

Allons donc en témoigner! Nous sortons de Glasgow accompagnés par un unique ciel bleu et mettons le cap vers *Doone Primary School*, une école primaire de la région de Stirling. Aux abords de l'établissement : un potager collectif. Dans l'école : une cuisine super équipée dans laquelle des élèves nous font goûter leurs dernières préparations. La directrice contextualise : « *l'agriculture est fort présente dans la région et nous permettons aux élèves de l'expérimenter depuis le potager jusqu'à leur assiette. Ils sont accompagnés par*

des chefs étoilés et présentent leurs productions dans le restaurant du village ». Autre exemple : un partenariat a été établi avec les guides du château de Doune et les élèves sont régulièrement amenés à prendre part aux visites en tant que guides eux-mêmes, après avoir fait des recherches sur l'histoire de ce bâtiment médiéval.

Selon les enseignants rencontrés, ces activités permettent aux élèves de développer un ensemble de compétences essentielles à leur avenir et celui de la société, comme la confiance en soi, la prise de parole en public ou la motivation à s'investir dans le développement de leur région. Mais ce n'est pas tout : ces liens entre l'école et les réalités locales permettent aux élèves de donner du sens à leur scolarité, élément fondamental de leur bien-être. À côté de ça, les réguliers conseils étudiants permettent à ces derniers d'exprimer leurs attentes et préoccupations. C'est dans ce cadre que des classes ont, par exemple, été réaménagées. Un élève nous explique du reste que la sienne comprend maintenant des espaces différenciés (coussins, tables et balles pour s'asseoir) et accessibles en fonction de l'heure, du projet sur lequel ils travaillent ou de leur attitude générale.

⁵ Il est utile de noter, au passage, qu'il n'y a pas de système éducatif commun à tout le Royaume-Uni : chaque gouvernement (anglais, gallois, irlandais et écossais) gère séparément son contenu, son fonctionnement et son financement.



Photo © Dale Kominckx

La visite se termine sur une rapide dégustation de mets concoctés par les élèves. Une heure de route nous suffit pour rejoindre *Wallace High School*, une école secondaire située au cœur même de Stirling. Là, le contraste est frappant : un grand bâtiment moderne et fraîchement rénové se dresse fièrement au creux de la vallée. Nous y apprenons que le curriculum est largement orienté « activités physiques » et découvrons en effet des vestiaires très équipés, des salles de danse et de gymnastique ainsi que plusieurs terrains de rugby et de football. En effet, le sport est prépondérant dans la région car plusieurs équipes sont très réputées dans le pays. La construction de ce bâtiment résulte ainsi d'un partenariat avec des clubs sportifs et le projet de cet établissement se décrit comme suit : répondre à la demande des élèves, inspirés par leurs stars locales, former la génération de sportifs de demain et favoriser leur bien-être physique.

Mais l'aspect physique n'oriente pas seul le programme de l'école. Témoins des problèmes psychologiques que peut induire la compétition à un niveau professionnel dans la région, des enseignants, en collaboration avec des parents et une association externe, ont notamment mis en place un projet de prévention en matière de santé mentale. Les étudiants ont créé dans ce cadre une mascotte (*The Pink Elephant*) et contribuent à tour de rôle à faire vivre la campagne de

SHANARRI – Indicateurs de la santé et du bien-être

- **Safe** – La protection contre les abus, négligences et dangers présents à la maison, à l'école, ou au sein de la communauté plus large.
- **Healthy** – Le fait de présenter une bonne santé physique et mentale avec accès à des structures appropriées et une capacité à faire des choix pour sa santé.
- **Achieving** – La faculté de pouvoir réaliser ses ambitions et développer des compétences socioémotionnelles tout en étant soutenu dans le processus.
- **Nurtured** – Le fait d'avoir un endroit sain et où se sent bien pour vivre en famille ou en dehors de celle-ci.
- **Active** – Le fait d'avoir des occasions de jeu, de récréation, de sport, de divertissement, tant à l'école qu'en dehors de celle-ci.
- **Respected** – Le fait d'avoir l'occasion d'être entendu et de pouvoir prendre part aux décisions qui nous concernent.
- **Responsible** – Pouvoir jouer et être encouragé à jouer un rôle responsable et actif à l'école et en dehors, et pouvoir trouver le soutien nécessaire pour ce faire.
- **Included** – Transcender les différences et disparités économiques, culturelles, sociales, etc. et ne pas être victime de discrimination sur base de celles-ci.

communication sur les réseaux sociaux, tandis qu'ils peuvent s'entretenir dans l'école avec 18 chargés de prévention. À côté de ce projet, une structuration des espaces originale est destinée à promouvoir le bien-être psychique de ses occupants. Le directeur nous explique : « *les élèves ont besoin de comprendre l'environnement dans lequel ils évoluent tous les jours pour s'y sentir bien. L'aile gauche, c'est les sciences. Tous les cours de sciences s'y donnent. Aux murs : Neil Armstrong, Albert Einstein et des planètes. C'est simple, ça inspire et ça fait du bien. Tandis qu'ils s'y retrouvent plus facilement dans l'école, les élèves font des liens entre les matières scolaires et leurs héros* ».

Le programme, ça fonctionne ?

Fin des visites. Place aux débats et échanges au cours desquels nous nous interrogeons sur les méthodes d'évaluation et sur l'impact de ces exemples et du *Curriculum for Excellence* au sens large. On nous annonce que la particularité de ces activités est qu'elles ne sont pas « extrascolaires » mais bel et bien intégrées dans le curriculum, qu'elles se retrouvent ainsi au cœur des évaluations des élèves. Nous recherchons alors un « bulletin » et tentons de savoir comment on peut dire, en fin d'année scolaire, que tel élève a

réussi ou échoué. En vain. Il semble que la nature de ces activités généralement « non formelles » donne un caractère très qualitatif aux évaluations qui prennent la forme de rapports écrits réalisés en concertation avec les élèves, d'entretiens réguliers avec ceux-ci et de plusieurs grilles d'indicateurs variables d'une activité à l'autre. Nous trouvons-nous là face à un système culturellement éloigné au nôtre, à tel point que nos propres grilles de lecture de l'institution scolaire n'ont aucun sens sur le terrain ? Et puis, est-ce qu'il fonctionne, ce *Curriculum for Excellence* ? Qu'en est-il du niveau de bien-être et des inégalités en matière d'accès à la scolarité, de réussite et de développement des compétences des élèves ?

L'OCDE a publié une première évaluation⁶ de celui-ci en 2015. Le côté noir du tableau révèle que ce système nécessite clairement une charge de travail supplémentaire dans le chef des enseignants et de l'inspection qui font face à une diversité sans précédent et des retours qualitatifs denses – ce qui pose question par rapport à leur propre bien-être. Beaucoup de travail reste à fournir côté mathématiques ; les écoles manquent cruellement d'enseignants qualifiés et les programmes doivent encore plus se focaliser sur l'inclusion des minorités et des publics

6 <https://www.oecd.org/education/school/Improving-Schools-in-Scotland-An-OECD-Perspective.pdf>

précarisés. Les points forts concernent surtout la santé et le bien-être. Cette réforme et le foisonnement de la scène politique ont conduit à une harmonisation des priorités à l'échelle nationale et au décloisonnement des établissements scolaires, ramenant un grand nombre d'acteurs autour de cette thématique. Cette notion est davantage comprise par les communautés et à travers les âges, et l'école est désormais perçue comme un acteur central de promotion de la santé. L'augmentation des financements en 2017 (*Pupil Equity Funding*), la réforme de la formation des enseignants et les plus récentes notes de cadrage politique (*National Improvement Framework*)⁷ indiquent que l'Écosse au sens large, et pas uniquement *Education Scotland*, a de solides bases pour relever les défis qu'elle se fixe dans les domaines santé et bien-être.

La Belgique et son futur « Pacte d'Excellence ».

En attendant, nous sommes de retour en Belgique et notre travail en tant qu'organisation de jeunesse active en promotion de la santé nous semble être de devoir prendre une place prépondérante aux côtés de l'école. Nous sommes résolument partenaires de l'éducation, de la santé et du bien-être des enfants et des jeunes, et ceci transparait explicitement dans notre très dense brochure d'animations scolaires à destination des enseignants. Toutefois, le contexte institutionnel éducatif belge n'a pas souvent facilité la tâche aux organisations telles que la nôtre. Par ailleurs, alors que santé et bien-être sont deux notions indissociables (ce qui est le cas en Écosse), la perception qu'on s'en fait en Belgique est loin de rejoindre cet état de fait. Peut-on espérer que le prochain Pacte pour un Enseignement d'Excellence intègre ces notions de façon plus harmonieuse et mette en place les conditions pour une collaboration plus efficace avec les établissements scolaires ?

En théorie, il semblerait que oui. À l'heure actuelle, le cinquième axe stratégique de l'avis numéro trois du Pacte pour un Enseignement d'Excellence cible l'évolution de



Photo © Dale Kominek

l'environnement scolaire, les conditions du bien-être de l'enfant et la promotion de la santé. Sa priorité est que chaque enfant bénéficie « d'une place dans une école de qualité ». Il préconise la mise en place de normes pour assurer des infrastructures de qualité : fonctionnelles, accueillantes, confortables, sécurisées, accessibles et multifonctionnelles. De plus, une redéfinition des rythmes scolaires et l'intégration d'activités participatives, sportives, culturelles, citoyennes, en collaboration avec des partenaires externes, sont envisagées afin de mieux prendre en compte les besoins (notamment physiologiques) des élèves. La régulation du vivre ensemble au sein des écoles est conseillée grâce à la collaboration des différents acteurs (parents, enfants, enseignants, partenaires...). La réforme veut également assurer une gratuité complète et le développement de la qualité de vie à l'école en agissant sur les différents facteurs de santé. Cela passe par le développement du sport et des activités mais également par le renforcement en matière de prévention des risques et de lutte contre la violence et le harcèlement.

Par ailleurs, en collaboration avec les services de promotion de la santé à l'école (PSE) et les associations de parents, les écoles primaires seront amenées à créer un plan de promotion de la santé définissant

les activités mises en place en matière d'alimentation, de condition physique, d'hygiène, d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, de prévention des maladies et de sécurité. Les élèves de l'enseignement secondaire pourraient bénéficier, grâce à un partenariat avec des organisations spécialisées, d'un programme d'accompagnement médical et psychologique de lutte contre les addictions. À nouveau : tout un programme !

À l'heure actuelle, des collaborations existent évidemment déjà entre les PSE, diverses associations et les écoles. En effet, de nombreuses organisations telles que la nôtre proposent des animations de promotion de la santé et certains établissements ont déjà mis en place des initiatives telles que le conseil des élèves, le portfolio en guise de bulletin, les récréations sportives, le tutorat, les ateliers bien-être ou encore les cercles de paroles. La notion de bienveillance dans les institutions scolaires est de plus en plus abordée par les acteurs de l'enseignement et soutenue par les politiques. Présage d'un avenir où le bien-être des jeunes aura une place prépondérante ? Il reste à espérer que les résolutions du pacte se développent davantage et que les enseignants, associations et élèves puissent en tirer le meilleur avec les moyens qu'ils méritent.

⁷ <https://beta.gov.scot/publications/2018-national-improvement-framework-improvement-plan/>



ÉDUCATION SANTÉ

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

Sur notre site
www.educationsante.be

Retrouvez tous nos articles complets et
bien plus encore sur notre site internet
www.educationsante.be.

Dans les inédits web ce mois-ci,
vous trouverez :

- « Le paquet à 25 euros ? C'est l'option choisie par les autorités australiennes », la Fondation Contre le Cancer commente la mesure par la *Fondation Contre le Cancer*
- La Ligue Cardiologique Belge inaugure sa campagne « Please Stand Up! » par la *Ligue Cardiologique Belge*
- L'étiquetage nutritionnel « nutri-score » sera introduit en Belgique : Communiqué de *Maggy De Block*, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter : www.facebook.com/revueeducationssante ou www.twitter.com/EducationSante

Sommaire

DONNÉES

- 2 E-cigarette et grossesse : pistes pour la promotion de la santé par *F. Poukens-Renwart*, *P.-O. Robert*, *H. Zabeau* et *L. Galanti*

REPÈRES

- 6 L'allaitement maternel, encore et toujours sous influences ? par *Emmanuelle Robert*

INITIATIVES

- 12 La santé et le bien-être à l'école, une priorité en Écosse ! Et chez nous ? par *Dale Koninckx* et *Dianora Piraccini*

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Ont collaboré ce mois-ci : A.-M. Vansnick, Dr C. Massot, F. Poukens-Renwart, P.-O. Robert, H. Zabeau, L. Galanti, E. Robert, D. Koninckx, D. Piraccini

Rédactrice en chef : France Gerard
(education.sante@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Manon Gobeaux.

Journalistes : Manon Gobeaux, Juliette Vanderveken.

Contact abonnés : education.sante@mc.be.

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Alain Deccache, Émilie Delferrière, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Pierre Baldewyns, Manon Gobeaux, Anne-Sophie Poncelet, Caroline Saal, Marinn Trefois, Juliette Vanderveken.

Éditeur responsable : Jean Hermesse,
chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Mise en page : Muriel Logjist.

Impression : Hayez.

Routage : JMS Mail +.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles ou Éducation Santé.

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be.

Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net.



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

