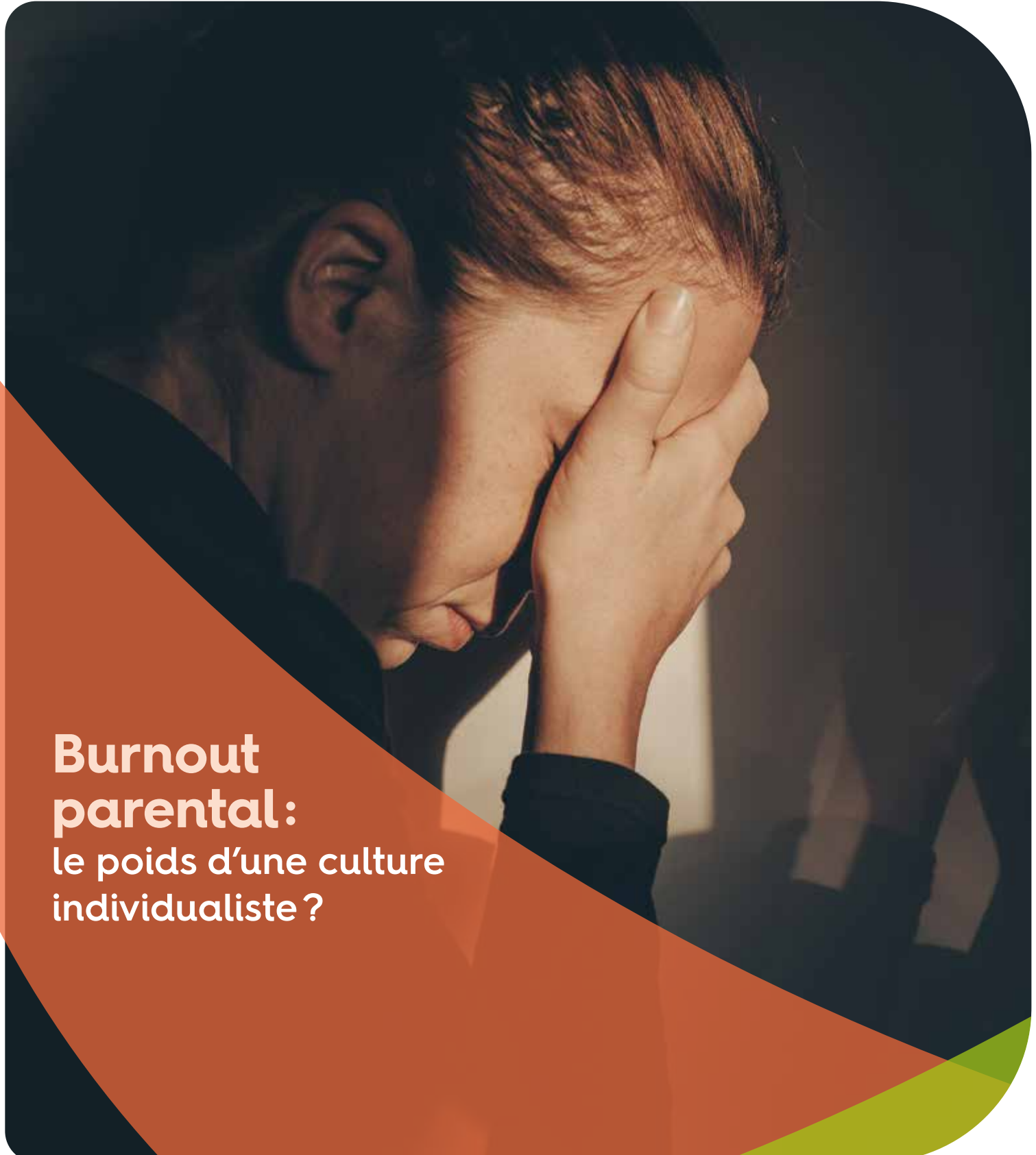


education Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – www.educationsante.be
N° 378 / JUIN 2021



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE



**Burnout
parental:**
le poids d'une culture
individualiste ?

Sommaire



3

REPÈRES

**Femmes
et médicaments:**
une relation toxique?



7

REPÈRES

Burnout parental:
le poids d'une culture
individualiste?



11

INITIATIVES

**«Drink! Buvons
autrement!»,** une étude
en écoles primaires



14

OUTILS

**Un portail sur les
inégalités de santé
en Europe**



Sur notre site
www.educationsante.be

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

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

- › Internet, Covid et transformation
des liens sociaux, [Question Santé](#)
- › 1 an de crise COVID: le stress
chronique continue de menacer
les professionnels de l'aide et des
soins, [Sciensano](#)
- › «Des ateliers cuisine pour
éduquer les plus pauvres? Stop,
la coupe est pleine» Carte
blanche de Christine Mahy, [Tchak!](#)

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux



sociaux. Retrouvez-nous sur Facebook:
www.facebook.com/revueeducationsante

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**: Kim Dal Zilio, Lucille Desbouys, Anissa D'Ortenzio. **RÉDACTRICE EN CHEF**: France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE**: Rajae Serrokh, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS**: education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE**: Martine Bantuelle, Emmanuelle Caspers, Martin de Duve, Christel Depierreux, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefebvre, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Chantal Vandoorne. **COMITÉ OPÉRATIONNEL**: Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, Anne-Sophie Poncelet, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE**: Élisabeth Degryse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE**: Émerance Cauchie. **ISSN**: 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. 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 TOUTS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**: Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **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. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt: Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation: P401139. Crédit photos: AdobeStock.

Femmes et médicaments : une relation toxique ?

REPÈRES

Le gouvernement Vivaldi affirme dans sa déclaration politique vouloir combattre la surmédicalisation. S'il faut agir efficacement contre la consommation inappropriée de certains médicaments, il est nécessaire d'analyser le phénomène sous le prisme du genre car ce sont les femmes¹ qui en sont les plus touchées. Quel que soit son parcours de vie, chaque femme peut, à un moment ou à un autre de sa vie, être confrontée à une forme de surmédicalisation de son existence. Dans certains cas, des usages non pertinents ont des conséquences négatives sur sa santé et son bien-être, sur l'environnement et sur les dépenses privées et publiques.

► ANISSA D'ORTENZIO, Femmes Prévoyantes Socialistes



Un phénomène de société

La surmédicalisation de l'existence peut se définir comme un processus par lequel des problèmes non-médicaux, principalement sociaux (troubles de la libido, timidité, stress, chute de cheveux, etc.) ou certains aspects de l'existence (menstruations, ménopause, etc.) sont définis et traités comme des problèmes médicaux, voire comme des maladies². Il s'agit de faire respecter des normes de société (sous peine d'être perçu-e comme défaillant-e, malade) en usant d'un encadrement médical et médicamenteux qui s'institue au détriment d'approches plus préventives ou non-médicamenteuses³. Ce phénomène résulte d'une foi en la science « neutre et inébranlable », une montée de la surconsommation générale, un individualisme croissant et un modèle capitaliste prônant la compétition et la performance. Pour rester productive-if, le recours aux psychotropes demeure un moyen de rester dans la course, particulièrement pour les personnes dont le revenu est faible. Une enquête de Solidaris⁴ a mis en évidence que plus le revenu d'une personne est faible, plus celle-ci a peur d'être en congé maladie trop longtemps, étant donné la précarité du marché de l'emploi, des conditions de travail et/ou du niveau d'endettement personnel. Ainsi, elle préfère consommer des médicaments pour rester active au lieu de prendre le temps de se reposer pour guérir. Cette réalité touche particulièrement les femmes qui sont généralement moins bien rémunérées que les hommes, sur-représentées dans les emplois à temps partiel et qui sont davantage à la tête d'une famille monoparentale. Au vu de leur statut économique et familial, de nombreuses femmes ne peuvent se « permettre » un congé maladie.

Un phénomène typiquement féminin ?

La vie des femmes est rythmée par différentes étapes physiologiques et symboliques, construites étroitement par la médecine et les représentations sociales et culturelles⁵. Il existe une pathologisation (c'est-à-dire la définition d'un aspect de la vie comme une pathologie, une maladie à guérir) des étapes de la vie des femmes qui, pathologie après pathologie, justifie une médicalisation continue de leur vie. Ainsi, médicaliser de manière aussi intensive leur existence permet de démontrer que le corps des femmes et leurs fonctions corporelles sont en fait considéré-e-s comme un réservoir d'irrégularités et d'anomalies qui nécessitent d'être normalisées par un traitement médicamenteux. Les

Retrouvez l'étude complète de Anissa D'ORTEN-ZIO, « Une médecine sexiste ? Le cas de la surmédicalisation des femmes », *Étude FPS*, 2020, <https://www.femmesprevoyantes.be/2020/12/28/etude-2020-une-medecine-sexiste-le-cas-de-la-surmedicalisation-des-femmes/>

cas de la contraception et de la dépression en sont deux exemples saillants⁶.

La contraception : un enjeu concret de surmédicalisation

Les féministes des générations précédentes se sont battues pour que les femmes aient accès à la contraception, enclenchant par là même des changements socio-culturels majeurs et une amélioration de leurs conditions de vie. Toutefois, la contraception, et particulièrement la pilule, est de plus en plus vivement critiquée par les usagères. En effet, la surmédicalisation de l'existence passe par des usages détournés de l'objectif premier de la pilule, c'est-à-dire de l'éviction des grossesses non-désirées. C'est particulièrement le cas lorsqu'il s'agit de traiter l'acné ou l'hirsutisme⁷ par la pilule, démontrant par la même occasion à ces jeunes filles que respecter les normes de beauté (une peau parfaite et sans poils) est plus important que les effets secondaires sur leur santé. La pilule est aussi prescrite comme « traitement » pour les symptômes de l'endométriose. De plus, régulariser les cycles menstruels chez les jeunes filles est un autre exemple fréquent de prescription de la pilule. Le temps de régularisation des règles est une information rarement partagée aux jeunes adolescentes qui s'inquiètent et consultent souvent pour la première fois les gynécologues de peur de ne pas être dans la « norme ». On remarque ici que les menstruations, perçues de manière négative, doivent être standardisées. Dans un autre contexte, les femmes militaires américaines sont vivement encouragées à prendre continuellement la pilule pour ne pas avoir leurs menstruations afin de « pouvoir être et faire comme des hommes » au détriment de leur santé⁸. Cela démontre le contrôle des corps réglés, perçus comme un handicap dans la sphère professionnelle.

La surmédicalisation de l'existence des femmes passe également par la sur-prescription de la contraception hormonale au détriment d'autres moyens contraceptifs

- 1 Le terme « femme » désigne ici l'ensemble des personnes nécessitant un suivi gynécologique, la prise de contraception féminine et vivant des états physiologiques spécifiques tels que la ménopause. Nous partons ici d'une notion biomédicale binaire entre femmes et hommes en fonction du sexe auquel on tâchera d'ajouter ici l'impact du genre.
- 2 WAGGONER Miranda et STULTS Cheryl, « Gender and Medicalization », *Sociologists for Women in Society Fact Sheet*, printemps 2010, https://socwomen.org/wp-content/uploads/2018/03/fact_4-2010-medicalization.pdf
- 3 COLLIN Johanne et SUISSA Amnon Jacob, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 26. <http://id.erudit.org/iderudit/016048ar>
- 4 SOLIDARIS, « Vous, vos médicaments et votre pharmacien », Grande enquête Solidaris/Multipharma, 2018, <https://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-medicaments-multipharma>
- 5 CAPIAUX Isabelle, « La ménopause, une construction socioculturelle ? », *Femmes Plurielles*, 2019, <https://www.femmes-plurielles.be/la-menopause-une-construction-socioculturelle>
- 6 Les menstruations, la ménopause, les compléments alimentaires sont d'autres exemples présents dans l'étude.
- 7 Apparition d'une pilosité spécifique sur le visage, le cou, ou le thorax chez certaines femmes.
- 8 JEFFREYS Sheila, « Double Jeopardy: Women, the US military and the war in Iraq », *Women's Studies International Forum*, vol.30, 2007, pp.16-25.

moins médicalisés ou plus durables dans le temps, qui pourraient mieux correspondre à certaines femmes. Parmi 12 004 participant-e-s à une enquête⁹ sur les moyens contraceptifs, 64,5 % ont été à une consultation de gynécologie pour prendre une contraception, et 80,6 % utilisent la pilule contraceptive. À la question « de quels moyens de contraception le/la soignant-e vous a-t-il déjà parlé ? », 89,5 % répondent la pilule, contre 57,4 % pour l'implant et le DIU¹⁰ au cuivre. Le DIU serait moins prescrit car à la fois, il existe encore des stéréotypes à son encontre (un moyen contraceptif uniquement pour les femmes ayant déjà eu un enfant, peut provoquer la stérilité, etc.) et à la fois, le DIU autorise l'insouciance. Après avoir posé un DIU et vérifié par une échographie un à trois mois plus tard si tout va bien, cette contraception permet une liberté pendant 3 à 10 ans. Au contraire, prendre la pilule implique plus de contrôle et de surveillance : prendre un comprimé tous les jours à heure fixe (et garder à l'esprit le risque de maternité tous les jours telle une épée de Damoclès au-dessus de la tête), retourner faire une ordonnance régulièrement chez le médecin, répondre à un interrogatoire préliminaire, et parfois à des examens invasifs (toucher vaginal, palpation de la poitrine, etc.).

En conséquence d'une volonté de surveiller le corps des jeunes femmes, les effets secondaires des contraceptifs hormonaux ne sont finalement que peu pris en compte alors qu'ils sont bien réels. Bien que la pilule féminine reste le moyen de contraception le plus connu, de plus en plus de femmes ne s'en sentent plus satisfaites car un sentiment de non-choix les envahit. Elles sont également de plus en plus conscientes des controverses médicales relatives à la pilule : les effets secondaires, le risque accru d'accidents thromboemboliques pour certaines générations de pilules et d'autres problèmes cardio-vasculaires, ou encore le développement du syndrome des ovaires micro polykystiques. Les effets secondaires de la contraception hormonale (manque de libido, prise de poids, migraines, sautes d'humeurs, saignements, etc.) semblent à priori bénins, mais ils peuvent réellement détériorer la qualité de vie de certaines femmes (relation de couple, charge mentale, confiance en soi, etc.). Pourtant, ils sont généralement niés et ne sont que vaguement expliqués lors de la prescription de la pilule. Il est essentiel que l'ensemble des moyens de contraception soit proposé à toute femme désirant en prendre, afin qu'elle soit libre de faire un choix éclairé au regard

de la situation qui lui est propre et du moyen contraceptif qui lui correspond le mieux.

La dépression

Selon Solidaris¹¹, en 2006, il y avait déjà 18,5 % de femmes de 18 ans et plus sous antidépresseurs contre 9,1 % d'hommes, soit le double chez les femmes. En effet, la littérature médicale relève deux fois plus de dépressions chez les femmes. On remarque une prescription disproportionnée de tranquillisants pour celles-ci : une femme sur cinq de plus de 18 ans a déjà consommé un antidépresseur. Dans certains contextes, les femmes sont perçues comme fragilisées par les changements physiologiques et hormonaux qui se produisent chez elles lors d'un accouchement, d'une période post-partum, de la ménopause, etc. Cette affirmation signifierait que les changements hormonaux sont problématiques et à traiter médicalement car la norme est la non-fluctuation d'hormones (qui est davantage le fait du cycle hormonal masculin). Pourtant, les résultats de plusieurs études ont démontré qu'il y a la même proportion de femmes et d'hommes dépressifs¹² mais l'évaluation d'un état dépressif se fait généralement à partir des symptômes spécifiquement féminins. Cela montre à quel point la représentation sociale des femmes comme des êtres vulnérables pousse à leur médicalisation et à une forme de



⁹ GINESTE Coline, L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie (Mémoire de master en Éthique du soin et de la recherche), Université de Toulouse, 2017.

¹⁰ L'abréviation DIU désigne les dispositifs intra-utérins, souvent également nommés les stérilets (qu'ils soient en cuivre ou hormonaux).

¹¹ BOUTSEN Michel, LAASMAN Jean-Marc et REGINSTER Nadine, « Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs », *Solidaris*, Direction Études, 2006.

¹² MARTIN Lisa et al., « The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women - Analysis of the National Comorbidity Survey Replication », *JAMA Psychiatry*, 70, 2013, pp. 1100-1106.



diagnostic qui leur est spécifique, davantage que pour les hommes dans la même situation de souffrance psychologique. Enfin, il est récurrent de mal diagnostiquer certaines pathologies chez les femmes (comme l'endométriose¹³) car certains symptômes sont parfois (trop) rapidement expliqués par des « problèmes psychologiques ».

Des recommandations pour lutter contre la surmédicalisation féminine

Pour diminuer concrètement ce phénomène, il faut pouvoir avoir accès à des alternatives thérapeutiques et d'autres moyens alternatifs à l'utilisation de médicaments afin de répondre à la volonté des patient·e·s (méthode contraceptive plus naturelle, accouchement naturel, etc.) et à une volonté politique et budgétaire (raccourcissement des séjours à l'hôpital). Or, les alternatives thérapeutiques sont généralement peu connues, peu proposées par le personnel soignant et plus coûteuses que l'achat de médicaments. Il est donc primordial de partager davantage d'informations de qualité à ce sujet et de diminuer le coût pour la population. De ma-

nière plus spécifique, la contraception repose, dans 90 % des cas, sur les femmes. Dans ce contexte, il est important de développer davantage de recherches scientifiques (médicales et sociologiques) sur les contraceptions masculines et les alternatives pour les femmes afin d'aboutir à une mise sur le marché concrète et une véritable contraception partagée entre les partenaires. Ensuite, intensifier l'EVRAS¹⁴ peut aider les citoyen·ne·s à développer une attitude active, informée et consciente quant à leur santé dès le plus jeune âge et tout au long de leur vie. Réduire la surmédicalisation de l'existence, c'est aussi avoir une meilleure maîtrise du budget des médicaments en limitant le pouvoir des firmes pharmaceutiques qui n'hésitent pas à employer des stratégies de marketing auprès de la population et du lobbying intense auprès des organisations politiques et de la santé afin de générer de nombreux profits. Les efforts ne doivent pas être consentis qu'en aval mais également en amont de la « chaîne du médicament ». Finalement, les politiques de santé ne pourront être effectives qu'à condition de prendre en compte le facteur genre dans l'équation en appliquant réellement le « *gendermainstreaming* »¹⁵.

¹³ Une maladie gynécologique liée au développement de cellules d'origine utérine en dehors de l'utérus.

¹⁴ Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle.

¹⁵ C'est une stratégie qui intègre systématiquement des réflexions sur les conséquences positives et négatives des politiques publiques pour les femmes et les hommes.

Burnout parental : le poids d'une culture individualiste ?

REPÈRES

Mis en exergue par Isabelle Roskam et Moïra Mikolojaczak, chercheuses au sein de l'Institut de recherche en psychologie (IPSY) de l'UCLouvain, le burnout parental fait l'objet d'une attention accrue, particulièrement lors de la crise sanitaire qui a mis les familles à rude épreuve. Si son existence est reconnue mondialement, on observe que sa prévalence diffère d'un pays à l'autre. Notre pays se trouve parmi les trois pays les plus à risque. Un constat qui a poussé les chercheuses à se demander ce qui pouvait expliquer de telles différences et à lancer une étude internationale. Menée dans 42 pays, cette étude met en avant l'individualisme de nos sociétés comme déterminant dans la prévalence du burnout parental.

► KIM DAL ZILIO

Le burnout parental, retour sur un syndrome

Le burnout parental (BOP) est un syndrome qui touche tous les parents exposés à un stress chronique. Il s'exprime au travers de différentes facettes.

► **L'épuisement** : c'est sans doute le symptôme le plus manifeste. Il fait écho à la sensation d'être « au bout du rouleau ». Le parent a le sentiment d'avoir épuisé ses ressources, que ce soit au niveau cognitif, émotionnel ou physique.

► **La distanciation affective avec l'enfant** : par un mécanisme de protection vis-à-vis de l'épuisement, le parent se coupe de ses émotions pour se concentrer sur les tâches strictement nécessaires à la vie familiale, au détriment de l'aspect relationnel.

► **La perte d'efficacité et d'épanouissement dans son rôle de parent** : le BOP met la personne en souffrance vis-à-vis de son identité de parent elle-même, créant un sentiment de décalage.

► **Le contraste** : le parent se sent différent, en dehors de lui-même. Il n'est plus le parent qu'il a été. C'est un symptôme qui accompagne souvent la prise de conscience d'un dysfonctionnement.

Il faut que ces symptômes s'expriment de manière suffisamment sévère et régulière pour que l'on parle de BOP. Les symptômes du burnout parental peuvent avoir des conséquences délétères, tant pour le parent en souffrance

(sentiment de culpabilité, d'isolement et risques de suicide...) que pour l'équilibre familial et la relation parent-enfant (dont la négligence et violence parentale à l'égard des enfants).

Une étude internationale

Jusqu'à présent, les recherches sur le burnout parental s'étaient concentrées sur des facteurs individuels. Or, comme le précise Isabelle Roskam, « *le désavantage, c'est qu'on se focalise sur l'individu, ce qui est culpabilisant pour lui. Il va se dire, « pourquoi est-ce que moi, je tombe en burnout ? ». Si on ne pointe que des facteurs individuels, il y a le risque que la personne se sente la seule responsable.* » Pourtant comme dans le burnout professionnel, le contexte pèse également sur le développement de l'épuisement parental. Ainsi, la difficulté pour un parent de « trouver du temps pour lui », souvent exprimée par les parents en souffrance, est une préoccupation qui s'inscrit dans un modèle de société individualiste.

Afin de valider ces observations, les chercheuses ont activé leur réseau international. La thématique semble rassem-

i

Pour approfondir les explications sur le burnout parental, retrouvez l'article « *Burnout parental : quel rôle pour la promotion de la santé ?* » (Éducation Santé, février 2019).

bleuse, les retours ne se sont pas fait attendre. Isabelle Roskam pose un premier constat : « *cette notion de burnout parental a l'air de parler à tout le monde* ». C'était un préalable nécessaire à l'étude. Pourtant, « *ce n'était pas gagné d'avance parce que parfois quelque chose qui fait beaucoup de sens dans une culture n'en a pas dans une autre* ». De fil en aiguille, des chercheuses et chercheurs issus de 42 pays différents se joignent ainsi à l'étude et alimentent la base de données.



Des facteurs d'ordre socio-démographiques (par exemple, le nombre d'enfants dans la cellule familiale, le nombre d'adultes investis dans l'éducation de l'enfant) mais également socio-économiques (notamment le Produit Intérieur Brut (PIB) de chaque nation) ont d'abord été envisagés. Aucune de ces variables ne permettait cependant d'expliquer les disparités dans la prévalence du burnout parental à travers le monde. Les chercheuses se sont alors intéressées aux valeurs culturelles, « *qui, précise Isabelle Roskam, ne sont pas que l'individualisme. Il y a par exemple tout ce qui concerne les rapports hiérarchiques, les rapports de pouvoir entre les membres d'une société, il y a des sociétés plus ou moins égalitaires...* ». Ces différentes valeurs contrôlées, l'analyse met en avant l'influence de la culture individualiste comme déterminante dans la prévalence du burnout parental. Isabelle Roskam enchérit « *c'est interpellant de constater que ce sont les pays les plus riches et où on fait le moins d'enfants que le niveau de burnout est le plus élevé* ». Selon la chercheuse, « *quand on fait partie d'une culture dite individualiste, on a l'habitude d'être focalisé sur ses besoins, d'être à l'écoute de soi, de devoir « tracer notre route », etc. ; et finalement, la façon dont cela va impacter les autres, c'est secondaire. Tandis que dans une culture collectiviste, le rapport est inverse ; on va d'abord se tracasser de ce qu'il se passe pour le groupe avant de regarder vers soi.* »

Culture individualiste : quelles conséquences sur la parentalité ?

L'individualisme qui imprègne notre culture occidentale impacte l'exercice de la parentalité dans de multiples dimensions.

Une société individualiste va valoriser la performance et la compétition. Les narratifs qui nous entourent regorgent de *success stories*¹ et de *self made (wo)men*². Dans une société où on nous encourage à toujours être le meilleur, la surexposition aux modèles parentaux idéalisés génère comparaison et insécurité : « *C'est vrai aussi dans la parentalité ; on veut être le meilleur parent par rapport au voisin, avoir les enfants qui performant le mieux à l'école. On devient également perfectionniste dans sa parentalité, or cela a un coût : on n'est jamais content de soi, on est toujours à l'affût de recommandations sur la parentalité positive, on se fatigue dans des tâches où on a l'impression que l'on ne peut jamais atteindre le standard élevé que l'on recherche* ». Insidieusement, cette quête de perfection sans cesse inassouvie mène à l'épuisement.

Cet environnement compétitif et porté sur la performance impacte aussi **les buts de socialisation.**

¹ Cette expression anglophone signifie « des modèles, des histoires de réussite ».

² Cette expression anglophone désigne des hommes ou femmes « qui se sont construits/ qui ont construit leur réussite tout-es seul-es ».

Comme l'explique la chercheuse « *dans une société individualiste, on va élever nos enfants en leur transmettant les valeurs dont ils vont avoir besoin pour se débrouiller eux-mêmes. Et une de ces valeurs, c'est leur apprendre à être assertif, à donner leur avis et à ne pas se laisser faire quand on leur dit quelque chose* ». Or cette assertivité, les enfants la développent aussi à l'égard de leurs parents, qui se retrouvent à devoir négocier ou se justifier auprès de leur progéniture. Dans une société collectiviste, en revanche, ce ne seront pas les mêmes buts qui seront plébiscités : « *dans des pays comme la Chine ou le Japon, explique Isabelle Roskam, on retrouve ce qu'on appelle la « piété filiale », qui inculque le respect inconditionnel des aînés. Il y a cette notion d'obéissance par défaut qui fait qu'un enfant comprend qu'il y a une hiérarchie, qu'il n'est pas l'égal de l'adulte et n'a pas son mot à dire sur tout ce que l'adulte raconte. Il y a donc un coût émotionnel à la parentalité qui est moins fort.* »

En outre, dans une société individualiste, on observe qu'il y a très **peu de délégation de l'autorité parentale** et ce, même dans les familles monoparentales. Une charge conséquente repose sur les épaules des seuls parents. En cause, l'idée très répandue dans nos sociétés qu'il ne faudrait compter que sur soi-même. Isabelle Roskam explique : « *dans une société individualiste, on apprend à ne compter que sur soi, à ne pas faire confiance aux autres, et ça, dans la parentalité, c'est très saillant. Nous serions très surpris, voire sur la défensive, qu'un voisin nous propose spontanément de s'occuper de nos enfants par exemple. On a perdu cette idée de communauté. Alors que dans certaines régions d'Afrique on dit que 'pour élever un enfant, il faut tout un village'* ».

Enfin, selon la chercheuse, une autre caractéristique des cultures individualistes réside dans la **recherche de l'égalité hommes-femmes**. Elle rappelle que « *dans beaucoup de pays traditionnels, les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes rôles dans la parentalité. Dans un pays individualiste comme le nôtre, avec des indicateurs d'égalité très élevés – qui vont imposer la parité dans le domaine politique, des entreprises, etc. – les femmes vont revendiquer cette égalité* ». Or dans le domaine de la parentalité, on constate



que ce sont toujours elles qui assument plus de 70 % de la charge liée aux soins et à l'éducation des enfants. Ainsi, illustre-t-elle, « *il y a encore beaucoup de lois qui placent la mère dans le rôle du premier donneur de soins : il y a tout ce qui touche au congé de maternité, mais pas seulement ; par exemple pour les allocations familiales, c'est le père qui ouvre les droits et par défaut c'est la mère qui les touche, puisque c'est elle qui élève les enfants là où le père serait le pourvoyeur de moyens. Tout cela contribue à maintenir l'idée que le premier donneur de soins par défaut, c'est la mère.* » Dans une société qui semble prôner l'égalité, mais où beaucoup reste à faire notamment dans le domaine de la parentalité, cela contribue à renforcer un sentiment d'injustice face à ce qui apparaît comme un décalage entre le discours affiché et la réalité vécue par les mères.

Quels leviers d'actions pour la promotion de la santé ?

Au vu des conclusions de cette étude, l'équipe de recherche évoque avec nous quelques pistes, mais souligne qu'elles sont encore nombreuses et multiples, telles qu'un travail sur les aspects politiques, socio-économiques, les représentations... pour mener un travail de fond sur la notion d'égalité dans la famille par exemple.

Une prise de conscience collective

Dans une société individualiste qui prône la performance, demander de l'aide est encore trop souvent perçu comme un aveu de faiblesse. Déconstruire les tabous autour de l'épuisement parental, informer le grand public et faire passer ces termes dans le langage courant sont autant d'étapes nécessaires dans la prise de conscience du phénomène. Isabelle Roskam précise : « *c'est le genre de recherches qui ne peut pas rester dans le domaine académique, c'est essentiel d'avoir un relais. Pour le parent concerné, 'si on en parle, s'il y a des mots pour parler de ce que je vis, c'est que du coup je ne suis pas le seul à être concerné. Et que cela ne fait pas de moi un mauvais parent'* ».

Le burnout parental n'est pas qu'une problématique individuelle, il se nourrit aussi des paradoxes de notre modèle individualiste. Une prise de conscience collective de cette dimension est nécessaire. Car l'omniprésence d'images de parentalité heureuse et épanouie isole ceux, parmi les parents, qui ont l'impression d'être défaillant par rapport



à ce modèle. «*Typiquement, c'est ce qu'on fait sur les réseaux sociaux en se mettant en avant, en laissant penser que nous-mêmes n'avons jamais de difficultés, parfois au détriment de l'impact que cela a sur les autres.*», ajoute Isabelle Roskam.

La sensibilisation des professionnels

Outre le frein culturel à oser exprimer la difficulté que l'on rencontre et ayant été élevé avec l'idée qu'il faut se débrouiller par soi-même, ces parents ont davantage de mal à accepter un soutien de l'extérieur.

Dès lors, sensibiliser et former les professionnels de première ligne à ces composantes culturelles semble un premier pas essentiel afin de leur donner des clés pour aborder le parent, lui offrir un espace où exprimer ses difficultés sans se sentir jugé.



Une formation pour les professionnels

Des formations sont proposées par le Training Institute for Parental Burnout. Pour plus d'information, rendez-vous sur <http://www.parental-burnout-training.com>

Des supports et des relais

La libération de la parole autour des difficultés du rôle de parent permet au parent en souffrance de sortir de l'isolement et de faire émerger, au niveau des communautés, des réseaux d'initiatives informelles de support et d'entraide. On pense, par exemple, aux solutions de garderie tournante que peuvent mettre en place des parents entre eux.

Au niveau formel, on retrouve les services qui sont offerts par des institutions, organismes et asbl qui offrent du soutien aux familles. Isabelle Roskam invite toutefois à la



Des ressources pour les parents et les professionnels

La Mutualité chrétienne a mis sur pied un vaste programme autour du bien-être psychologique intitulé «*je pense aussi à moi*», mettant en avant la nécessité de préserver un espace de bien-être personnel, un équilibre entre tous les rôles que chacun est amené à jouer dans sa vie, et notamment le rôle de parent. www.jepenseaussiamoi.be : un site internet avec des contenus ciblant notamment le burnout parental, et des solutions concrètes pour ne pas s'y enliser.

Isabelle Roskam et Moïra Mikolojczak ont créé un site dédié au burnout parental, à destination des parents, professionnels et chercheurs : www.burnout-parental.com.

prudence lorsqu'on présente ces services afin d'éviter de sous-entendre que tous les parents ont besoin de l'assistance d'un professionnel, ce qui aurait pour effet d'augmenter, symboliquement, la pression qui pèse sur eux : «*c'est faire passer la parentalité pour quelque chose de tellement difficile, avec tellement d'enjeux que si on ne prend pas les conseils d'un professionnel, on va forcément faire des erreurs.*» Et de l'envisager sous le prisme de la bienveillance : «*Dire à tous les parents de se faire confiance, c'est aussi très important et on l'a parfois oublié...*»



Les résultats de l'étude «*Parental Burnout Around the Globe: a 42-Country Study*» (Roskam, I., Aguiar, J., Akgun, E. et al., 2021) a été publiée dans la revue *Affective Science* (en anglais : <https://doi.org/10.1007/s42761-020-00028-4>).





INITIATIVES

« Drink! Buwons autrement! », une étude en écoles primaires

Le projet Drink, mené par l'École de Santé Publique de l'ULB, lance une seconde étude d'intervention à partir de mai 2021 dans les écoles primaires francophones sur la consommation de boissons. L'équipe de recherche nous en parle.

► **LUCILLE DESBOUYS**, École de Santé Publique de l'ULB

Cet article est paru initialement dans le magazine *Manger Bouger* (mars 2021), publié par Question Santé. Retrouvez-le sur www.mangerbouger.org. Nous les remercions, ainsi que l'auteure, pour leur aimable autorisation de reproduction.

En Belgique francophone, la consommation quotidienne de boissons sucrées par les enfants reste très élevée. Cette habitude alimentaire est particulièrement problématique car elle est associée avec la prise de poids, l'obésité et les caries dentaires¹. De plus, **vivre dans un milieu socioéconomique moins favorisé est associé à une consommation plus élevée de boissons sucrées.**^{2,3}

Il existe un ensemble de moyens pour diminuer cette consommation : il est possible de taxer les boissons sucrées, d'interdire leur vente dans les écoles, de recourir à l'étiquetage nutritionnel (comme le Nutri-score) pour informer les consommateurs... **Une approche complémentaire est de promouvoir, à l'école, la consommation de boissons plus favorables à la santé.**

Par ailleurs, ces dernières années l'ont montré, les enfants et les adolescents se sentent de plus en plus concernés par les questions environnementales et les enjeux climatiques. Leur engagement collectif pourrait être un levier pertinent pour les sensibiliser ainsi que leurs familles, au gaspillage d'emballages et de bouteilles jetables et donc, indirectement, pour **repenser de manière positive une consommation de boissons plus respectueuse de l'environnement et de la santé.** Cette approche n'a encore jamais été évaluée alors qu'elle est susceptible de modifier les comportements d'enfants et de familles qui seraient, par ailleurs, moins sensibles à des arguments axés uniquement sur la santé.

Drink: Buvons autrement!

C'est dans ce contexte que le projet Drink a vu le jour, faisant suite à une première étude d'observation menée en 2012, auprès d'élèves du primaire et montrant que plus d'un tiers d'entre eux buvaient au moins une boisson sucrée par jour, et que plus de la moitié d'entre eux buvaient moins de deux fois par jour de l'eau⁴.

L'étude Drink sera conduite dans près de 50 écoles primaires francophones belges, à partir de mai 2021, et pour une durée de deux ans. Elle a pour objectifs 1) de mettre en place des interventions, simples et générali-

sables, axées sur la nutrition et la durabilité, et 2) d'évaluer leurs effets sur la diminution de la consommation de boissons sucrées, et l'augmentation de celle d'eau du robinet, chez les enfants scolarisés en 3^e-5^e primaire lors de la première année d'intervention.

En quoi consistera Drink?

Dans chaque école participante, **une intervention démarquera en début d'année scolaire.** Elle consistera en une réunion d'information animée par des diététiciens et destinée aux parents et au personnel scolaire. En plus d'une documentation pédagogique, les enseignants seront encouragés à intégrer des « pauses eau » (du robinet !) durant la journée. Enfin, de manière continue pendant l'année scolaire et selon leurs besoins, les écoles seront approvisionnées en affiches, prospectus, gobelets et bouteilles réutilisables et tout autre support pédagogique nécessaire.

La particularité de l'étude est que l'intervention portera sur la nutrition pour certaines écoles, sur la durabilité pour d'autres écoles, et sur la combinaison de ces deux axes, pour un troisième groupe d'écoles. Un quatrième groupe d'écoles dans lequel il n'y aura pas d'intervention, jouera le rôle de témoin.

Afin de mesurer si ce type d'intervention est efficace pour améliorer les consommations de boissons, mais aussi pour voir si combiner nutrition et durabilité dans les messages peut en augmenter la portée, **une série de mesures seront effectuées avant et après les périodes d'intervention.**

► Il s'agira pour les élèves, de remplir un « carnet de consommation de boissons » qu'ils emmèneront partout avec eux pendant quatre jours, pour y noter tout ce qu'ils boivent : type de boisson, saveur, sucré, light, quantité, etc. Cela permettra de comparer les boissons bues avant et après les interventions.



- 1 Organisation mondiale de la Santé. *Apport en sucres chez l'adulte et l'enfant: Résumé d'orientation*. Genève; 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155735/WHO_NMH_NHD_15.2_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 2 Desbouys L, Ridder K de, Rouche M, Castetbon K. Food Consumption in Adolescents and Young Adults: Age-Specific Socio-Economic and Cultural Disparities (Belgian Food Consumption Survey 2014). *Nutrients*. 2019;11(7).
- 3 World Health Organization Regional Office for Europe. *Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada*. 2020. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/hbsc-2020>.
- 4 enterre C, Dramaix M, Thiébaud I. Fluid intake survey among schoolchildren in Belgium. *BMC public health*. 2014;14:651.



► Il leur sera aussi demandé ainsi qu'à leurs parents, de remplir des questionnaires portant sur un ensemble d'indicateurs en lien avec l'étude: comportements autour de l'alimentation et des boissons, perception des problématiques environnementales, santé perçue et bien-être, vie à l'école, caractéristiques socioéconomiques...

► Enfin, au niveau de l'école, l'accès à l'eau du robinet et aux autres boissons, ainsi que les projets de promotion de la santé et de développement durable mis en place, seront relevés au cours du temps.

En effet, nos comportements alimentaires sont le produit de multiples facteurs, qu'ils soient individuels ou environnementaux: mieux les connaître permet d'agir de manière adaptée !

Qu'espère-t-on apprendre à l'issue de cette étude ? À quoi va-t-elle servir ?

À la fin de ces deux années d'étude, l'analyse des données recueillies permettra de **mesurer les effets de ces interventions**, sur les niveaux de consommation de boissons par les enfants, selon le type d'intervention et par rapport aux écoles témoins. L'allocation des écoles au hasard dans les groupes d'intervention ou témoin apportera une conclusion **méthodologiquement solide**. Par ailleurs, **les différents obstacles et leviers qui auront induit ces changements seront analysés**, en incluant notamment une étude qualitative sur les relations parents/écoles dans

le contexte de la promotion de la santé. Enfin, le but ultime étant la généralisation de ce type d'actions, les coûts totaux dus aux interventions seront mesurés, information qui sera utile aux autorités scolaires pour **planifier leur extension dans les établissements de Belgique francophone**.

La participation des écoles dans le projet Drink est donc essentielle, tant pour obtenir des informations de qualité que pour permettre d'agir à plus large échelle, pour la santé des enfants et de l'environnement.

Qui gère ce projet ?

Le projet Drink est coordonné par l'École de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles (ULB), en collaboration avec le Club Européen des Diététiciens de l'Enfance. Il est financé par le FNRS et est soutenu par la Fédération Wallonie-Bruxelles.



Pour toute information sur l'étude, vous pouvez contacter l'équipe à l'adresse suivante : drink@ulb.be

Et vous rendre sur le site de l'École de Santé Publique de l'ULB : <https://esp.ulb.be/fr/la-recherche/cr2-epidemiologie-biostatistique-et-recherche-clinique>

Un portail sur les inégalités de santé en Europe

Récemment lancée par EuroHealthNet, une plateforme d'informations, de ressources et d'échanges sur les inégalités de santé en Europe a vu le jour : vous la trouverez sur le site www.health-inequalities.eu/fr. Facile d'utilisation et fourni en contenus, ce portail mérite d'être mis en avant.

OUTILS

► JULIETTE VANDERVEKEN

Les inégalités de santé sont observables dans tous les indicateurs de la santé d'une population, depuis les déterminants de la santé jusqu'à la mortalité. Les mesurer régulièrement et les comparer est primordial pour comprendre les dynamiques politiques, publiques et sociétales et les impacts sur ces indicateurs. Car l'équité en santé est un

objectif essentiel et une lutte qui ne peut plus attendre pour construire un monde plus juste et durable... le fameux « monde de demain ».

Si la pandémie de Covid-19 a eu comme effet d'exacerber les inégalités de santé, elle aura au moins eu le mérite de révéler davantage l'enjeu qu'elles constituent de manière étendue. Dans ce contexte, la mise sur pied de cette plateforme contribue à mettre en lumière cette thématique trop peu considérée.

Le portail, ses outils et ses particularités

Le site offre un large spectre d'informations sur le thème des inégalités de santé, mais a aussi pour objectif d'outiller les intervenants, les professionnels, les décideurs et toute autre personne susceptible de jouer un rôle dans l'élaboration et la mise en place de recherches ou d'initiatives visant à lutter contre les inégalités de santé.

Outre ses volets « Information » où l'on retrouve notamment une carte comparative des différents pays européens et « action » qui constitue une





EuroHealthNet

Cette coupole (à but non lucratif) rassemble toute une série d'organisations et d'agences ou d'organismes publics qui travaillent dans le secteur de la santé publique, de la promotion de la santé, de la prévention et de la réduction des inégalités de santé.

L'association se met au service des États membres de l'UE afin de les soutenir dans le développement de politiques et d'initiatives visant à réduire les inégalités de santé. Ils favorisent la recherche, la mise en réseau des partenaires, l'échange d'expertise, etc.

Qui sont les organismes partenaires d'EuroHealthNet en Belgique ?

- ▶ Le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
- ▶ L'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) pour la Wallonie
- ▶ Vlaams Instituut Gezond Leven pour la Flandre
- ▶ L'Institut de recherche Santé et Société (IRSS) de l'UCLouvain

Pour en savoir plus, rendez-vous sur eurohealthnet.eu.

sorte d'état des lieux de la recherche, des politiques mises en œuvre et des bonnes pratiques à travers l'Europe, ce nouveau portail présente également quelques plus-values inédites :

▶ une section consacrée au caractère international des inégalités de santé. Celui-ci reprend d'une part **les compétences et traités des institutions européennes** ainsi que les actions récentes mises en œuvre au niveau européen. D'autre part, on retrouve une foule d'informations sur la législation et les organismes actifs au niveau mondial - les Objectifs de Développement Durable des Nations Unies, l'OMS, l'UNICEF et l'OCDE ;

▶ une autre section s'attaque au « nerf de la guerre », à savoir **le financement de services** améliorant la santé et le bien-être. Outre une vue d'ensemble sur les principaux fonds européens mobilisables, EuroHealthNet revient sur son e-guide, dont nous vous parlions dans un précédent article d'Éducation Santé (« *Un E-Guide pour le financement des services de promotion de la santé par EuroHealthNet* », décembre 2020) ;

▶ enfin, le portail dispose d'une **boîte à outils** bien fournie : on y retrouve entre autres une base de données reprenant publications, bonnes pratiques, initiatives, etc ; des outils pour mesurer les inégalités de santé et mener des actions, qu'elles relèvent du secteur de la santé ou d'autres secteurs.

Qu'en est-il pour la Belgique ?

Voici les informations tirées de la carte de comparaison interactive entre les pays européens.

Les données indiquées en vert reflètent un meilleur score que la moyenne européenne, tandis que celles en rouge signalent que les données sont moins bonnes que la moyenne des autres pays européens.

Indicateurs	Moyenne
Espérance de vie	Hommes : 79.4 années
	Femmes : 83.9 années
Santé subjective	Faible niveau d'éducation : 62.2 %
	Niveau moyen d'éducation : 75.9 %
	Niveau élevé d'éducation : 84.4 %
Accès aux services de santé	Faible niveau d'éducation : 3.5 %
	Niveau moyen d'éducation : 2.2 %
	Niveau élevé d'éducation : 0.8 %

Source : <https://health-inequalities.eu/toolbox/interactive-map>, consulté le 10/05/2021.

Inégalités entre les régions	
Espérance de vie	Niveau le plus bas : Province du Hainaut, 79.1 années
	Niveau le plus haut : Province du Limbourg, 83.1 années
Diplômés de l'enseignement supérieur	Niveau le plus bas : Province du Hainaut, 32.0 %
	Niveau le plus haut : Province du Brabant Wallon, 55.7 %

Source : <https://health-inequalities.eu/toolbox/interactive-map>, consulté le 10/05/2021.



Pour la Belgique, une autre source d'informations plus étayées est le site officiel belge : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/inegalites-de-sante> qui analyse d'avantage d'indicateurs de santé, régulièrement mis à jour.

Le niveau d'éducation est corrélé au statut socio-économique. Or, l'accès aux soins de santé n'est pas égal entre les groupes socio-économiques en Belgique, l'écart s'est même accentué ces dernières années, comme le révèle l'étude réalisée par l'European Social Observatory (OSE). Pour en savoir plus, nous vous invitons à découvrir les résultats de cette enquête qui ont fait l'objet d'un article dans Éducation Santé (« Les déterminants socio-économiques freinent toujours l'accès aux soins de santé », mars 2021).

- 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 ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be

