

Faculté de santé publique

**Intégration de l'aspect ethnoculturel dans
l'élaboration et la mise en place de
programmes et interventions de promotion
d'une alimentation saine dans les écoles
bruxelloises**

Pistes d'amélioration

Mémoire réalisé par
Thomas Deschepper

Promotrices
Nora Mélard
Camille Duveau

Année académique 2020 - 2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Premièrement, je tiens à remercier ma promotrice, Madame Nora Mélard, ainsi que ma co-promotrice, Madame Camille Duveau, pour leur disponibilité, leur écoute, leur implication et leur temps passé à me corriger, me réorienter et me conseiller tout au long de mon travail. Cet accompagnement n'a qu'enrichi ce mémoire durant cette année scolaire qui a été plutôt particulière. Mes remerciements les plus sincères pour cet engagement.

Ensuite, je remercie tous les professionnels, et plus particulièrement les personnes qui ont participé à ma recherche, pour leur temps accordé, leur expertise, leur professionnalisme et leur ouverture d'esprit. Chaque collaboration, échange, entrevue m'était précieux et m'a permis de réaliser ce présent mémoire.

Enfin, je souhaite tout de même remercier mes parents pour avoir toujours cru en moi dans mes études ainsi que ma fiancée pour ses précieuses relectures et son soutien sans faille.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Liste des tableaux et des figures

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Répartition démographique de la population étrangère par région en Belgique au 1^{er} janvier 2020. Source : StatBel (2021)

Tableau n°2 : Prévalence de la consommation quotidienne de fruits et de légumes selon le statut migratoire des enfants scolarisés en 5-6^{ème} primaire et en secondaires à Bruxelles (SIPES, 2014)

Liste des figures

Figure n°1 : Surpoids/obésité par niveau socio-économique – enfants (2008)

Figure n°2 : Cadre conceptuel sur les pistes d'amélioration de l'intégration de l'aspect ethno-culturel dans l'élaboration et la mise en place de programmes et interventions de promotion d'une alimentation saine dans les écoles primaires bruxelloises

Table des matières

1. Introduction.....	9
----------------------	---

CADRE THEORIQUE

2. Préambule.....	10
2.1 Pourquoi l'alimentation ?.....	10
2.2 Quelques habitudes alimentaires en Belgique et à Bruxelles.....	11
3. Inégalités sociales de santé.....	12
3.1 Définitions.....	12
3.2 Inégalités sociales de santé à Bruxelles.....	13
3.3 Ethnicité.....	15
3.3.1 Ethnicité, obésité et alimentation.....	16
4. Promotion de la santé et alimentation.....	18
4.1 Définition.....	18
4.2 L'alimentation tout au long de la vie.....	18
4.3 Promotion de la santé : ethnie et adaptation.....	19
4.4 Promotion de la santé en Belgique.....	20
4.4.1 Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022.....	21
4.4.2 Modes de vie et environnements favorables à la santé.....	21
5. Promotion de la santé à l'école.....	22
5.1 Définition.....	22
5.2 Programmes internationaux de promotion de la santé à l'école.....	22
5.3 Promotion de la santé à l'école à Bruxelles.....	23
5.4 Une attention à la complexité.....	24
5.5 Une perspective prometteuse.....	25
5.6 Implication des parties prenantes.....	27

CADRE PRATIQUE

6. Méthodes.....	30
6.1 Problématique.....	30
6.2 Question de recherche.....	30
6.3 Echantillonnage.....	31
6.3.1 Critères d'inclusions.....	32
6.3.2 Procédure d'échantillonnage.....	32
6.4 Méthode de récolte des données.....	33
6.5 Déroulement des entretiens.....	33
6.6 Méthode d'analyse des données.....	34
7. Résultats.....	35
7.1 Taille et caractéristiques de l'échantillon.....	35
7.2 L'implication de l'acteur dans la promotion d'une alimentation saine à l'école.....	36
7.3 L'interprétation de l'aspect ethnoculturel.....	37
A. Interprétation de l'aspect ethnoculturel.....	37
B. Importance de la prise en compte de l'aspect ethnoculturel dans la promotion d'une alimentation saine à l'école.....	38
C. Difficultés et barrières culturelles dans la promotion de la santé à l'école.....	40
7.4 Les priorités à l'élaboration d'un programme concernant l'aspect ethnoculturel.....	41
7.5 La sensibilisation du personnel scolaire.....	42
A. Sensibilisation et formation du personnel scolaire en promotion de la santé...42	
B. Sensibilisation et formation du personnel scolaire sur la diversité culturelle.....	43
7.6 Les acteurs essentiels à la promotion d'une alimentation saine à l'école.....	44
A. La direction de l'école.....	44
B. Le personnel enseignant.....	45
C. Les acteurs PSE.....	45
D. Les diététiciennes.....	45
E. Les parents d'élèves.....	45
F. Les autres acteurs.....	46
7.7 Les difficultés rencontrées.....	47

7.8 Les pistes et recommandations.....	48
A. En fonction du public et du contexte socioculturel.....	48
B. Pour améliorer l'intégration de l'aspect ethnoculturel dans les programmes et interventions de promotion d'une alimentation saine à l'école.....	49
8. Discussion.....	50
8.1 Synthèse des résultats pertinents et lien avec la littérature.....	51
8.2 Implication pour la pratique en perspective.....	59
8.3 Limites et réflexivité du chercheur.....	63
9. Conclusion.....	64
10. Bibliographie.....	65
11. Annexes.....	72
Annexe n°1 : Consommation moyenne habituelle chez les enfants (6-9 ans) comparée aux quantités recommandées sur base de la pyramide alimentaire active. Enquête de Consommation Alimentaire, Belgique, 2014.....	72
Annexe n°2 : Consommation moyenne habituelle chez les enfants (10-13 ans) comparée aux quantités recommandées sur base de la pyramide alimentaire active. Enquête de Consommation Alimentaire, Belgique, 2014.....	72
Annexe n°3 : Consommation moyenne habituelle chez les enfants (14-17 ans) comparée aux quantités recommandées sur base de la pyramide alimentaire active. Enquête de Consommation Alimentaire, Belgique, 2014.....	73
Annexe n°4 : Part de l'Afrique du Nord (%) à Bruxelles.....	73
Annexe n°5 : Part de l'Afrique subsaharienne (%) à Bruxelles.....	74
Annexe n°6 : Part de la Turquie (%) à Bruxelles.....	74
Annexe n°7 : Part de l'Amérique latine (%) à Bruxelles.....	75
Annexe n°8 : Part des nouveaux états membres de l'UE à Bruxelles.....	75
Annexe n°9 : Guide d'entretien.....	76

1. Introduction

L'alimentation joue un rôle crucial dans notre société et contribue fortement à notre bonne santé. En effet, les habitudes alimentaires sont liées à des facteurs de risques tels que le surpoids et le diabète de type 2 (Lim et al., 2012) eux-mêmes associés aux maladies cardiovasculaires, au diabète et à certains cancers (Lancet, 2015). En Europe occidentale, la plupart de ces facteurs de risque sont inégalement distribués dans la population et notamment selon l'origine ethnique (Patel et al., 2017).

Les deux dernières enquêtes nationales de santé sur les habitudes alimentaires et nutritionnelles en Belgique relèvent notamment que les comportements alimentaires sont loin d'être optimaux, que ce soit chez les enfants ou chez les adultes (Drieskens, 2018). Ces comportements et habitudes alimentaires, à l'origine de ce fardeau, sont susceptibles d'être prévenus et modifiés tout au long de la vie, en particulier chez les enfants (Brown et al., 2019). Dans cette optique, la promotion de la santé à l'école semble idéale pour promouvoir des habitudes et comportements sains que les enfants poursuivront tout au long de leur vie (WHO, 2021). La promotion de la santé à l'école permet de réduire les inégalités sociales de santé (Lara et al., 2020), pour autant que celle-ci soit adaptée au contexte de l'école, au public et particulièrement à l'ethnicité de celui-ci (J. Liu et al., 2012; Sheikh et al., 2004).

Ce présent mémoire consiste en une recherche qualitative auprès de parties prenantes de la promotion d'une alimentation saine à l'école en Région bruxelloise. L'objectif de ce mémoire est donc de fournir des pistes d'amélioration de l'intégration de l'aspect ethnoculturel dans les programmes et interventions de promotion d'une alimentation saine dans les écoles primaires bruxelloises.

La première partie de ce travail consiste en une revue de littérature qui s'intéresse à l'importance d'une alimentation saine et son impact sur la santé, aux inégalités sociales et ethniques de santé en lien avec l'alimentation et le surpoids, et enfin à la promotion de la santé à l'école.

Ensuite, la seconde partie est composée de plusieurs sections. La première consiste à présenter les méthodes employées. La deuxième présente les résultats et leur analyse qualitative. Enfin, la troisième consiste en une discussion de ces résultats, avant que la conclusion vienne clore ce mémoire.

2. Préambule

2.1 Pourquoi l'alimentation ?

L'alimentation joue un rôle crucial dans notre société. Une alimentation favorable à la santé est importante pour le maintien ainsi que pour la promotion de la santé physique et mentale de la population, et ce pour toutes les tranches d'âges (Conseil Supérieur de la Santé, 2019).

Les habitudes alimentaires sont liées à des facteurs de risque de DALY (Disability Adjusted Life Years), notamment l'hypertension artérielle, l'indice de masse corporel élevé, le cholestérol total et la glycémie à jeun (Lim et al., 2012). Un DALY correspond à une année de vie perdue en bonne santé. Le DALY est un concept de calcul combinant mortalité et morbidité et est notamment utilisé chaque année par The Lancet afin d'estimer la contribution d'un facteur de risque sur la santé (Murray et al., 2020). Ces facteurs de risque sont fortement associés aux maladies cardiométaboliques telles que les maladies coronariennes, accidents vasculaires cérébraux ainsi que le diabète de type 2 qui sont les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde (Lancet, 2015). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'obésité est un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'arthrose et certains cancers (WHO, 2020b). Par ailleurs, environ un tiers des décès par cancer sont liés aux principaux facteurs comportementaux et alimentaires dont notamment un indice de masse corporel élevé, une faible consommation de fruits et légumes, un manque d'exercice physique et la consommation d'alcool. (Observatoire de la Santé et du Social, 2019).

En Europe occidentale, le fardeau de ces facteurs de risque liés aux maladies cardiométaboliques précédemment citées n'est pas distribué de manière égale dans la population. Certains facteurs tels que les habitudes alimentaires, le surpoids et le risque de diabète de type 2 sont inégalement distribués dans la population selon le statut socio-économique et plus particulièrement l'origine ethnique (Patel et al., 2017).

En Belgique, les mauvaises habitudes alimentaires occupent la 4^{ème} place des facteurs de risque contribuant au nombre total de DALY's en 2019, tout âge combiné (IHME, 2019). D'après les données de l'enquête de santé sur les habitudes nutritionnelles, les habitudes et comportements alimentaires en Belgique ne sont assurément pas optimales (Drieskens, 2018). Par ailleurs, il est important de noter que les habitudes et comportements alimentaires pendant l'enfance se poursuivent tout au long de la vie (Brown et al., 2019). De ce fait, l'acquisition d'habitudes

alimentaires favorables à la santé au début de la vie a un impact immédiat sur un développement sain de l'enfant et contribue à prévenir de nombreuses maladies non-transmissibles plus tard et entre les générations (WHO, 2021). Étant donné que le surpoids et l'obésité à l'âge adulte sont liés au poids des enfants et des adolescents, la prévention de l'obésité devrait commencer tôt dans la vie (Tarro et al., 2014). Ceci justifie de porter de l'intérêt aux enfants de la Région bruxelloise qui, selon les données de l'enquête sur les habitudes alimentaires publiée par Sciensano, ont les habitudes alimentaires les moins favorables à la santé par rapport aux autres régions du pays (Drieskens, 2018). En outre, les auteurs de cette même enquête recommandent des programmes dans les écoles visant à promouvoir une alimentation plus saine.

Quant au surpoids, celui-ci occupe la 5^{ème} place des facteurs de risque contribuant au nombre total de DALY en Belgique (IHME, 2019). L'évolution de la fréquence des jeunes et adultes qui souffrent d'un excès de poids ou d'obésité contribue au rôle majeur de ces facteurs dans l'apparition et l'exacerbation des maladies chroniques précédemment citées (Penson & Coppieters, 2017). En Belgique, la prévalence du surpoids y est de 34,2% et celle de l'obésité y est de 21,2%. La Belgique est le 3^{ème} pays de l'UE avec la prévalence de l'obésité la plus élevée chez les adultes (Global Obesity Observatory, s. d.). La Région bruxelloise est la plus touchée par le surpoids et l'obésité chez les enfants (2-17 ans) où la prévalence du surpoids y est de 26,6% (dont 9,1% d'obésité), contre 16% (dont 4,3% d'obésité) pour la Flandre et 20,3% (dont 5,6% d'obésité) pour la Wallonie (Global Obesity Observatory, 2021).

2.2 Quelques habitudes alimentaires en Belgique et à Bruxelles

Suite à ce préambule orienté vers les habitudes alimentaires, le surpoids, l'obésité et leurs conséquences sur les maladies cardiométaboliques qui touchent de plein fouet notre société, il est opportun de présenter quelques données brutes relatives aux habitudes alimentaires en Belgique, et plus particulièrement celles des enfants à Bruxelles.

A Bruxelles, 59,3% de la population consomme des fruits tous les jours. Ce pourcentage est plus élevé chez les enfants (0-14 ans) mais tend à diminuer fortement (45,8%) parmi la tranche d'âge 15-24 ans (Drieskens, 2018). La consommation quotidienne de légumes en Région bruxelloise est significativement en déclin (76,2% en 2013 contre 70% en 2018). Le pourcentage de personnes respectant les apports journaliers recommandés en légumes est le plus faible pour la tranche d'âge 6-14 ans (28,4%). Pour ce qui est de la consommation globale

de fruits et de légumes, à peine 8,5% des enfants (0-14 ans) consomme suffisamment de fruits et de légumes (Drieskens, 2018). Outre les fruits et légumes, une catégorie appelée « collations sucrées ou salées » définie par Drieskens (2018) comme correspondant à une catégorie de produits à éviter autant que possible dans la nouvelle pyramide alimentaire. A Bruxelles, le pourcentage d'enfants (0-14 ans) qui consomme quotidiennement ces produits « à éviter » est de 36,1% (Drieskens, 2018). C'est la tranche d'âge avec la prévalence la plus élevée. En 2014, 94% des enfants (0-14 ans) dépassent les recommandations relatives à la consommation des produits du groupe résiduel qui est de maximum 10% de l'apport en énergie totale (Sciensano, 2016).

D'autre part, l'enquête nationale de consommation alimentaire (Sciensano, 2016) a représenté de manière graphique les habitudes de consommation alimentaire pour différents groupes d'âges parmi les enfants. Ces pyramides offrent une représentation visuelle des catégories alimentaires qui sont (sous-) surconsommées par rapport aux recommandations. Ces illustrations sont reprises dans les annexes n°1 à n°3.

Dans la conclusion de l'enquête de santé sur les habitudes nutritionnelles (Drieskens, 2018), ils estiment que les données relatives à cette enquête indiquent que les habitudes alimentaires sont loin d'être optimales. Par ailleurs, ils recommandent des programmes dans les écoles visant à promouvoir une alimentation plus saine.

3. Inégalités sociales de santé

3.1 Définitions

Les inégalités sociales de santé se réfèrent aux disparités que l'on observe sur l'état général de santé entre différents groupes sociaux (Bernard et al., 2018). Elles concernent toute la population selon un gradient social qui distinguent régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées. Le « gradient social » est un lien statistiquement constaté entre la position socio-économique des personnes et leur état de santé (Service Public Francophone bruxellois, 2018).

Le caractère social de ces inégalités reflète la justice sociale dans l'état de santé d'un individu ou d'une population. Les disparités observées sont notamment une conséquence d'une distribution injuste et inégale des déterminants sociaux de la santé (Education Santé, 2011). Ces

déterminants de santé se traduisent par des différences d'état de santé en fonction de la position socio-économique tout au long de la vie. Le contexte socio-économique et les conditions de vie dans l'enfance peuvent avoir des conséquences durables, et parfois certains comportements en santé peuvent se transmettre de génération en génération (Missinne et al., 2014).

3.2 Inégalités sociales de santé à Bruxelles

La Région Bruxelles-Capitale comptait 1 208 542 habitants au 1^{er} janvier 2019. Bruxelles est une région multiculturelle où plus d'un tiers (35,26%) de la population n'a pas la nationalité belge (StatBel, 2020a) et où une partie importante des personnes de nationalité belge sont des enfants ou petits-enfants de migrants (Observatoire de la Santé et du Social, 2019). Par ailleurs, il est utile de notifier qu'en 2019, plus de 40.000 étrangers ont reçu la nationalité belge et ce nombre tend à s'accroître d'années en années (StatBel, 2020b). En considérant le nombre conséquent de changement de nationalité annuel additionné au nombre important d'enfants et petits-enfants de migrants ayant la nationalité belge, il est évident que le pourcentage réel de la population d'origine étrangère en Région bruxelloise dépasse celui de la population non-belge qui est de 35,26%.

Tableau 1 : Répartition démographique de la population étrangère par région en Belgique au 1^{er} janvier 2020. Source : StatBel (2021)

Région	Population belge (nombre d'habitants)	Population non-belge (nombre d'habitants)	Population non-belge (% habitants)
Région flamande	6.010.400	618.743	9,33
Région wallonne	3.266.892	378.351	10,38
Région bruxelloise	788.698	429.557	35,26

Les inégalités sociales en matière de santé sont omniprésentes à Bruxelles et plus que dans le reste du pays (Observatoire de la Santé et du Social, 2019). Le nord-ouest de la ville, où se trouve notamment le « croissant pauvre » connaît une population en situation sociale plus précaire. En 2013, un quart de la population bruxelloise ne se percevait pas en bonne santé. Les déterminants de la santé qui impactent le bien-être sont répartis de manière très inégale entre les habitants de la Région bruxelloise et cela se traduit par des inégalités de santé (Service Public Francophone bruxellois, 2018). La population bruxelloise présente des origines culturelles très variées et de fortes disparités socio-économiques. Un Bruxellois sur trois vit avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (Service Public

Francophone bruxellois, 2018). Concernant les habitudes alimentaires et l'activité physique, de grandes différences sont observées entre les catégories sociales, notamment en fonction de la nationalité actuelle ou d'origine des Bruxellois. On y remarque un gradient au niveau migratoire sur la consommation de fruits et légumes chez les filles et au niveau de la consommation quotidienne de légumes chez les garçons (Penson & Coppieters, 2017).

Tableau n°2 : Prévalence de la consommation quotidienne de fruits et de légumes selon le statut migratoire des enfants scolarisés en 5-6^{ème} primaire et en secondaires à Bruxelles (SIPES, 2014)

Consommation quotidienne de		
	Fruits (%)	Légumes (%)
Garçons		
Nés en Belgique		
Avec deux parents nés en Belgique	42,1	56,6
Avec un des deux parents né en dehors de la Belgique	43,7	44,5
Avec les deux parents nés en dehors de la Belgique	49,3	37,4
Nés hors de la Belgique	48,7	38,9
Filles		
Nées en Belgique		
Avec deux parents nés en Belgique	51,9	62,3
Avec un des parents né en dehors de la Belgique	51,6	51,8
Avec les deux parents nés en dehors de la Belgique	48,6	45,7
Nées hors de la Belgique	46,7	42,5

Concernant l'obésité, il existe également d'importantes inégalités sociales (influence du statut social et de la nationalité) chez les femmes (Service Public Francophone bruxellois, 2018). En Belgique, il existe également une relation significative entre la prévalence du surpoids/obésité de l'enfant (2-9 ans) et le niveau socio-économique dans lequel il grandit, illustré par la figure suivante (Global Obesity Observatory, 2021).

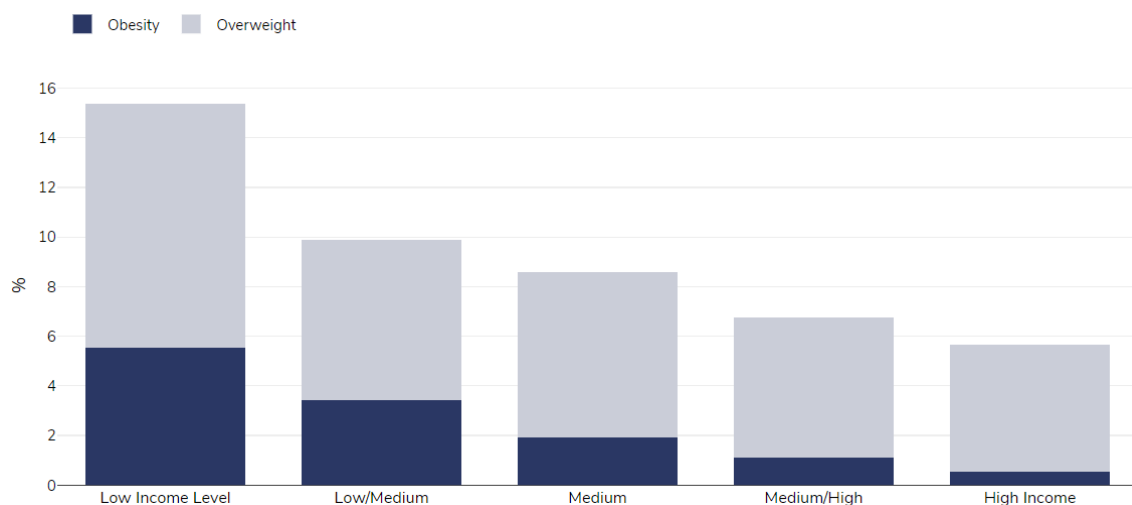


Figure n°1 : Surpoids/obésité par niveau socio-économique – enfants (2008)

3.3 Ethnicité

L'ethnicité peut se définir comme « tout caractère ou manifestation propre au groupement culturel d'une population, par opposition aux caractères des individus » (Larousse, 2021). Dans la littérature, le concept « ethnicité » est de plus en plus utilisé par rapport à celui de « race » qui était couramment retenu aux Etats-Unis mais limité à des différences génétiques entre les groupes raciaux (Afshari & Bhopal, 2010). Le terme « ethnicité » est plus complexe et sensible aux différences culturelles qui permettent de déterminer l'étiologie qui semble indispensable dans la lutte contre les inégalités (Afshari & Bhopal, 2010; J. Liu et al., 2012). En Europe, il est courant d'utiliser également le terme « migrant » pour qualifier un individu ou une population d'origine étrangère qui se rapproche du terme « ethnicité », englobant lui aussi les différences culturelles. Malgré ces différences, le consensus scientifique est d'utiliser le terme « ethnicité ». La culture est incluse à la définition de l'ethnicité, tout en reconnaissant que l'ethnicité peut influencer la santé par d'autres facteurs que son éventuelle interdépendance avec la culture (J. Liu et al., 2012).

Les conditions socio-économiques, notamment l'éducation inadéquate, la pauvreté, l'accès limité aux services et aux biens de base tels que l'alimentation de qualité, contribuent aux disparités en matière de santé (Marmot, 2006). Certains groupes de la société sont exposés de manière disproportionnée à des conditions sociales défavorables en raison de leur différence par rapport à la population « prédominante » (en termes d'origine ethnique, de langue, de culture, de religion) et font l'objet de discrimination (Williams et al., 2010). Les inégalités de santé liées à l'ethnie sont omniprésentes à tous les stades du cycle de vie et celles vécues pendant l'enfance peuvent avoir des conséquences sur la santé y compris la morbidité et mortalité à l'âge adulte (Laveist, 2011), et en particulier pour les populations d'origines ethniques étrangères qui connaissent des niveaux de morbidité et de mortalité disproportionnés par rapport à la population de type blanche européenne. (Cheng et al., 2015; J. Liu et al., 2012).

Il est donc crucial d'étudier l'influence des déterminants de santé tout au long de la vie (Cheng et al., 2015). L'Académie américaine de pédiatrie (AAP) recommande d'ailleurs que la recherche sur la lutte contre les inégalités sociales de santé et de soins de santé liées à l'ethnicité et au statut socio-économique soit une priorité, tant aux Etats-Unis qu'au niveau international (Cheng et al., 2015).

3.3.1 Ethnicité, obésité et alimentation

Selon Nielsen et al. (2014), les inégalités en matière de santé entre les groupes d'origines ethniques étrangères s'expriment par des différences dans la prévalence des maladies liées à l'alimentation. Une étude menée au Danemark a examiné les obstacles socioculturels à une alimentation plus saine chez les familles de type blanches européennes et celles issues d'autres populations d'origines ethniques étrangères. Il a été montré que les parents issus des populations d'origines ethniques étrangères ont rapporté rencontrer plus d'obstacles ainsi qu'une évaluation négative de leurs habitudes alimentaires et celles de leurs enfants (Nielsen et al., 2014). Ces habitudes familiales, la culture et le milieu social d'origine guident les comportements alimentaires et les repères normatifs en matière de corpulence diffèrent ainsi selon les appartenances sociales et les lieux (Penson & Coppieters, 2017). De plus, l'adoption de ces comportements souvent socialement catégorisés comme bons ou mauvais, ne peut pas être interprétée comme le résultat d'un choix rationnel mais doit être considérée en tenant compte des difficultés qu'un individu rencontre avec sa situation de vie (Kelly, 2008). Ces derniers ne résultent donc pas uniquement des choix et styles de vie personnels, mais aussi des influences sociales et communautaires (Penson & Coppieters, 2017).

Une seconde étude a évalué les différences d'adhérence au régime méditerranéen parmi les enfants et les adolescents des écoles primaires et secondaires vivant dans le nord de l'Italie ainsi que certaines associations entre les comportements alimentaires, l'origine ethnique et le poids (Schwingshackl et al., 2017). Le régime méditerranéen présente une réelle plus-value par rapport aux habitudes alimentaires occidentales (Conseil Supérieur de la Santé, 2019; Katz & Meller, 2014). Il est un profil alimentaire considéré comme un modèle d'alimentation saine associée à une prévalence et/ou une incidence plus faible de plusieurs maladies, entre autres le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et certains cancers qui sont tous associés au surpoids (Esposito et al., 2015; Mattioli et al., 2017; Schwingshackl et al., 2017) et permet une réduction de la mortalité cardiovasculaire chez les sujets adhérant à ce régime alimentaire (Estruch et al., 2018). Les auteurs ont observé une adhésion relativement faible à ce modèle d'alimentation saine chez les enfants et les adolescents d'origines ethniques étrangères, en particulier dans les écoles primaires.

Par ailleurs, des enfants ont été suivis pendant une dizaine d'années afin d'étudier l'impact de l'alimentation sur le risque cardiometabolique chez les jeunes adultes. Il a été constaté que la fréquence des habitudes telles que sauter le petit-déjeuner et consommer moins de fruits et légumes est plus élevée chez les participants d'origines africaines par rapport aux participants

issus de familles de type blanche européenne (Goff et al., 2019). Par ailleurs, l'IMC était plus élevé chez les participants d'origines africaines que la moyenne des participants. Ces habitudes alimentaires défavorables combinées à un IMC plus élevé peuvent contribuer aux inégalités en matière de maladies cardiométaboliques. Ces résultats vont dans le sens d'une étude qui s'est déroulée aux Pays-Bas (Lara et al., 2020) qui a notamment montré que les données relatives au surpoids et aux habitudes alimentaires saines sont plus favorables chez les enfants d'origine « occidentale » que chez les enfants d'origine « non-occidentale ». En effet, selon Lara et al. (2020), l'obésité ne semble pas répartie de manière égale dans la population et sa prévalence diffère selon l'origine ethnique dans les pays européens, où le fardeau lié au surpoids et à l'obésité est plus lourd chez les adultes comme chez les enfants parmi les populations d'origines ethniques étrangères (Lara et al., 2020). Selon Haring et al. (2018), l'obésité infantile est une préoccupation commune à toutes les villes du monde et menace le développement urbain durable. Dans la plupart des grandes villes d'Europe de l'Ouest, les enfants et les adolescents grandissent dans un riche mélange culturel caractérisé par une diversité ethnique, linguistique, religieuse ou encore de culture alimentaire. Cette obésité infantile est associée à des modèles ethniques et socio-économiques sous-tendus par les inégalités issues d'autres déterminants en matière de santé et de la discrimination qui en découle (Harding et al., 2018).

Goff et al. (2019) recommandent de cibler des interventions visant à améliorer ces comportements alimentaires chez les groupes de populations spécifiques tels que ceux ayant une prévalence plus élevée de surpoids ou d'habitudes alimentaires moins favorables à la santé. En outre, Lara et al. (2020) ont montré que des interventions de promotion de la santé intégrant notamment l'alimentation peuvent avoir un impact sur la réduction des inégalités ethniques de santé liées au surpoids chez les enfants âgés de 8-10 ans.

Pour conclure, bien qu'elles soient connues et étudiées depuis de nombreuses années, les inégalités sociales de santé persistent dans nos sociétés. Dans la littérature, il existe un consensus selon lequel la lutte contre ces inégalités sociales de santé ne peut se faire sans l'intégration de la question de la santé dans toutes les politiques « Health in all policies » (WHO, 2014) vu l'influence des nombreux domaines politiques sur la santé, dont notamment le milieu scolaire (Observatoire de la Santé et du Social, 2019), qui semble être un milieu stratégique pour la mise en œuvre de services de prévention concernant la santé (WHO, 2018).

4. Promotion de la santé et alimentation

4.1 Définition

L'OMS définit une promotion de la santé qui « (...) *permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison.* » (WHO, 2016)

Dans les pays à l'ouest de l'Europe, les approches de promotion de la santé sont de plus en plus considérées comme les stratégies les plus susceptibles de s'avérer efficaces et rentables pour prévenir les maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et les cancers (J. Liu et al., 2012). Pour ces maladies, les principaux facteurs de risque évitables sont comportementaux (tabagisme, activité physique, mauvaise alimentation) et sont responsables de plus de 80% des cas de diabète de type 2 et plus de 40% des cancers (Kushner & Sorensen, 2013; J. Liu et al., 2012). La lutte contre ces comportements devrait s'avérer être le point central de la majorité des interventions de promotion de la santé (Flynn et al., 2006; Kushner & Sorensen, 2013; J. Liu et al., 2012).

4.2 L'alimentation tout au long de la vie

Comme évoqué dans le préambule, l'acquisition d'habitudes alimentaires favorables à la santé chez l'enfant contribue à prévenir de nombreuses maladies non-transmissibles, dont les maladies cardiométaboliques à l'âge adulte (WHO, 2021). La prévention de l'obésité infantile par la promotion d'habitudes alimentaires favorables à la santé est une priorité de santé publique internationale en raison des effets indéniables de l'obésité sur les maladies chroniques, la santé générale, le développement et le bien-être (Waters et al., 2011). Ceci va dans le sens de Brown et al. (2019) qui spécifient qu'une alimentation saine présente bien plus d'avantages pour la santé qu'uniquement la promotion d'un poids sain.

Des interventions éducatives visant à promouvoir des habitudes alimentaires saines pourraient constituer une stratégie clé dans la prévention de l'obésité, car il a été démontré qu'il est difficile de traiter l'obésité chez les adultes en modifiant le mode de vie plutôt que pendant l'enfance (Verrotti et al., 2014). Ces interventions chez les enfants pourraient être la meilleure approche

pour prévenir les futures augmentations de la morbidité, ainsi que les coûts des soins de santé qui surviendront probablement avec le vieillissement des enfants en surpoids et obèses (Verrotti et al., 2014).

La base de connaissances internationales regroupant les stratégies, que les gouvernements, communautés et familles peuvent mettre en œuvre pour prévenir l'obésité et promouvoir la santé, s'est enrichie, mais reste imprécise (Brown et al., 2019). Les traitements visant à réduire l'obésité infantile qui portent sur différents domaines et se concentrent sur les changements de comportement en vue d'un mode de vie plus sain ont permis de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles (Dehghan et al., 2005). Par ailleurs, ils constatent que ces interventions ou programme n'aggravent pas les inquiétudes en termes d'images corporelles, d'insuffisance pondérale ou d'effets indésirables tels que l'apparition de mauvaises habitudes ou comportements alimentaires non souhaités (Brown et al., 2019), ce qui s'avère rassurant lors de l'élaboration de ces interventions ou programmes.

4.3 Promotion de la santé : ethnie et adaptation

Certains comportements ou habitudes alimentaires s'observent différemment selon l'origine ethnique (Goff et al., 2019; Schwingshackl et al., 2017). Les comportements tels que sauter le petit-déjeuner, manger moins de fruits et légumes, la consommation plus importante de fast-foods, d'aliments transformés et de sucreries sont particulièrement observés chez les enfants d'origines ethniques étrangères ou issues de parents d'origines ethniques étrangères (Schwingshackl et al., 2017). Selon ces auteurs, ces différences de comportements et d'habitudes alimentaires entre les groupes de différentes origines ethniques doivent être prises en compte dans les interventions de promotion de la santé.

L'adaptation d'une intervention pour les populations d'origines ethniques étrangères est un concept qui se veut comporter un ensemble de méthodes et de processus utilisés pour améliorer la pertinence ou l'importance de l'intervention (J. Liu et al., 2012). Cette adaptation peut intervenir à tout moment de l'élaboration, la planification ou encore la mise en œuvre de l'intervention. Cette définition intègre d'autres termes tels que « culturellement approprié, adapté, ciblé ou encore modifié » (Resnicow et al., 1999). Cette adaptation est évaluée par la mesure de l'intégration des caractéristiques ethniques/culturelles, les expériences, les normes, les valeurs, les modèles de comportements, les croyances et les forces sociales d'une population cible dans le conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions ciblées en promotion

de la santé (J. Liu et al., 2012). Bien que l'on manque actuellement de preuves sur les meilleures façon d'offrir aux populations d'origines ethniques étrangères des interventions de promotion de la santé liées à ces problématiques, il semble nécessaire d'élargir la réflexion sur l'ethnicité, en passant des dimensions conventionnelles à des considérations plus contextuelles (J. Liu et al., 2012). L'ethnicité est un déterminant qui peut englober des dimensions telles que la culture, la langue, des caractéristiques physiques ou encore la religion. Tous ces éléments, ainsi que leur intersection avec les facteurs sociaux et contextuels, doivent être pris en considération lors de l'élaboration, la planification et la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé qui comprennent des individus d'origines ethniques étrangères (Sheikh et al., 2004). Une hypothèse est que les interventions de promotion de la santé qui se sont déjà avérées efficaces dans la population générale sont également susceptibles d'être efficaces auprès des groupes d'origines ethniques étrangères, à condition qu'elles soient adaptées de manière appropriée. Elles ont donc le potentiel d'améliorer les indicateurs sanitaires et de réduire les inégalités en matière de santé pour les générations actuelles et futures (J. Liu et al., 2012).

Par ailleurs, Harding et al. (2018) soulignent l'importance des partenariats multisectoriels impliquant notamment les écoles pour améliorer l'alimentation des enfants. Plus globalement, cette approche est cohérente avec celle de l'OMS qui identifie le milieu scolaire comme un milieu stratégique pour la mise en œuvre de services de prévention de la santé (WHO, 2018). D'un point de vue plus local, Sciensano recommande également des programmes dans les écoles visant à promouvoir une alimentation plus saine (Driekens, 2018).

4.4 Promotion de la santé en Belgique

Pour les habitants francophones en Région bruxelloise, les compétences qui concernent la promotion à la santé sont aux mains de la Commission Communautaire Francophone (CoCoF). Cette dernière propose deux plans de promotion à la santé qui se veulent agir sur les déterminants de la santé pour améliorer celle-ci ainsi que sur le bien-être de la population bruxelloise. Tous deux s'inscrivent dans le Décret de promotion de la santé du 18 février 2016 qui a notamment pour finalité l'amélioration du bien-être de la population et la réduction des inégalités sociales de santé (ETAAMB, 2016).

4.4.1 Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 (SPFB, 2018)

Ce plan a pour enjeu principal de mettre en cohérence la prévention primaire, les programmes de médecine préventive et les actions basées sur les démarches émancipatrices de la promotion de la santé et se penche sur une approche par milieu de vie combinée à une approche par public cible. Certains groupent, cumulant vulnérabilités et facteurs de risques, se voient davantage touchés par les inégalités sociales de santé (Service Public Francophone bruxellois, 2018). En outre, certains milieux de vie, comme l'école, accueillent des populations qui cumulent ces vulnérabilités et s'avèrent être des terrains d'interventions efficaces. Le milieu scolaire permet de toucher la plupart des jeunes (Service Public Francophone bruxellois, 2018). L'éducation est un déterminant de la santé et le milieu scolaire un espace privilégié de développement des aptitudes pouvant contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Il y est possible d'y aborder le sujet de la promotion de la santé en matière d'alimentation.

Un de leur objectif transversal est d'améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé via le soutien, le développement et le renforcement des compétences des acteurs et opérateurs. Ils souhaitent également contribuer à la prévention des maladies non-transmissibles via la promotion de comportements favorables à la santé notamment en matière d'alimentation. Enfin, ils veulent favoriser la santé et le bien-être des publics dans des milieux de vies spécifiques, en favorisant la promotion de la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes, dont le milieu scolaire.

4.4.2 Modes de vie et environnements favorables à la santé (ULB, 2017)

L'école de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles a été mandatée par la COCOF en 2017 pour proposer un cadre stratégique pour promouvoir des « attitudes saines » au sein de la Région bruxelloise qui traite sur une alimentation favorable à la santé, une activité physique régulière, une consommation d'alcool responsable et une réduction du tabagisme. Ces stratégies présentées s'inscrivent dans le Plan de Promotion de la santé de la COCOF (2018-2022).

Ils définissent l'alimentation favorable à la santé comme étant une alimentation diététiquement suffisante et équilibrée et souhaitent intégrer les modes de vie (*habitudes et comportements des individus*) et environnements favorables à la santé (*environnements qui rendent les choix plus faciles et accessibles*) dans leurs thématiques. Il s'agit à la fois de promouvoir des modes de vie favorables à la santé et des environnements qui facilitent l'adoption, le renforcement et le maintien d'habitudes de vie bénéfiques sur le plan de la santé (Penson & Coppieters, 2017).

Ils établissent un axe spécialement consacré au soutien aux acteurs de terrain sur les démarches en promotion de la santé liées notamment au thème de l'alimentation, via la sensibilisation, la formation et l'accompagnement des acteurs psycho-médico-sociaux et adultes-relais (professeurs, éducateurs, membres de l'équipe PSE, etc) sur les démarches de promotion de la santé en lien avec l'alimentation.

Un autre axe est consacré au soutien à la population bruxelloise où il s'agit notamment de développer et renforcer les connaissances et capacités de la population bruxelloise mais aussi de promouvoir la santé dans différents milieux de vie dans lesquels les enfants évoluent afin de pouvoir les accompagner dans l'adoption de modes de vie favorables à la santé qu'ils devraient garder tout au long de leur vie. Pour ce faire, ils identifient une piste d'action qui consiste à favoriser l'accès aux connaissances en adaptant ces dernières au public visé (âge, contexte, valeurs, rapport à la langue, culture) et de les formuler dans un langage clair et adapté. Ils suggèrent que le renforcement de la promotion des modes de vie favorables à la santé puisse se faire au sein des établissements scolaires, spécifiant que ceux-ci s'avèrent être un milieu de vie privilégié pour renforcer et développer les connaissances des enfants en lien avec cette thématique étant donné que ces modes de vie favorables à la santé s'acquièrent d'autant plus facilement et plus durablement s'ils sont appris tôt dans la vie.

5. Promotion de la santé à l'école

5.1 Définition

L'éducation pour la santé est un domaine intégré au concept plus large qu'est la promotion de la santé. Cette promotion de la santé à l'école est définie comme toute activité entreprise afin d'améliorer la santé au sens large et le bien-être de la communauté scolaire (IUHPE, 2020) et concerne les politiques de santé à l'école, l'environnement physique et social des établissements, les programmes d'enseignement, les liens avec les partenaires (services communautaires, associations, services de santé), la participation de tous (SPSE, 2021).

5.2 Programmes internationaux de promotion de la santé à l'école

Les écoles sont des milieux stratégiques pour la mise en œuvre des services de prévention (WHO, 2018). Malheureusement, bien que de nombreux pays déclarent avoir mis en œuvre des

programmes de santé et d'alimentation saine à l'école, la mise en œuvre de ces derniers semble s'être affaiblie depuis une dizaine d'années (WHO, 2021). En 1995, l'OMS a lancé une initiative mondiale pour promouvoir la santé des enfants en milieu scolaire (HPS). Ce système est une approche globale visant à promouvoir la santé en milieu scolaire en se basant sur la relation entre la santé et l'éducation (Langford et al., 2014). Parmi les principales caractéristiques qui constituent cette approche, on retrouve notamment l'éducation et compétence en santé ainsi que le lien entre les parents et la communauté.

En 2018, l'OMS a lancé un projet pour développer des normes globales pour la promotion de la santé à l'école (Health Promoting Schools « HPS ») permettant à chaque école de devenir un lieu de promotion de la santé en partageant des normes globales pour la promotion de la santé à l'école intégrant l'environnement de l'enfant au sens large, l'équité pour qu'aucun individu ne soit laissé pour compte, la sensibilité à la culture et au genre pour tenir compte du contexte ainsi que de l'intersectorialité pour un engagement actif des acteurs clés (WHO, 2018). Les normes globales seront applicables dans les différents contextes culturels et socio-économiques rencontrés par les écoles (WHO, 2018) et destinées aux écoles primaires et secondaires. Les deux principales cibles sont les membres du milieu scolaire (direction de l'école, personnel enseignant, personnel non-enseignant, élèves, parents, conseil d'administration, ...) ainsi que les organismes et agences gouvernementales concernées par la santé des enfants.

Par ailleurs, l'OMS développe depuis une quinzaine d'années « The Nutrition-Friendly School Initiative (NFSI) » qui propose un cadre plus précis pour établir des programmes scolaire intégrant l'alimentation dans ses modules de promotion de la santé à l'école, considérée comme un élément essentiel d'une école promotrice de la santé (WHO, 2021). Ce cadre met notamment l'accent sur la sensibilisation et le renforcement des capacités de la communauté scolaire et des programmes de promotion de l'alimentation et de la santé. Malgré qu'actuellement il n'existe aucune ligne directrice pour l'éducation nutritionnelle dans les milieux scolaires, il est évident que ces activités doivent être adaptées à l'âge et au contexte des enfants dans leur environnement scolaire (WHO, 2020a).

5.3 Promotion de la santé à l'école à Bruxelles

En Belgique, les compétences qui concernent la Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE) sont aux mains des Communautés. En Région bruxelloise, l'organisme de référence pour la PSE est l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) qui dépend de la Fédération Wallonie Bruxelles

(FWB, s. d.). Cette promotion de la santé en milieu scolaire est assurée par les « services PSE » de l'ONE qui ont pour mission de veiller au bien-être de l'enfant en lui offrant un cadre sain, sécurisant et favorable à la santé (ONE, 2020).

Il existe une quinzaine de « services PSE » répartis sur le territoire bruxellois : onze services communaux, quatre services libres (dont un libre et communal) et un service communautaire francophone. Chacun d'entre eux établit un « projet de service » dans lequel sont définies les thématiques prioritaires de leurs interventions. Parmi les quinze services PSE de la Région bruxelloise, dix d'entre eux ont donné suite à notre demande d'information. Trois d'entre eux intègre l'alimentation dans leur projet de service : le service PSE de la Ville de Bruxelles, le service PSE libre de Bruxelles-Capitale et le service PSE libre et communal d'Ixelles.

5.4 Une attention à la complexité

Comme déjà évoqué, l'école est un véritable « cadre permanent où la santé est créée » et point de convergence dans la communauté (St Leger, 2004). Autrement dit, un cadre pertinent pour mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé qui impliquent l'ensemble de la communauté, pour réduire les inégalités en matière de santé ainsi qu'améliorer la santé de cette communauté (Jourdan et al., 2016).

Les écoles sont socialement considérées comme des systèmes adaptatifs complexes étant donné leur diversité, leur dynamisme, leur autonomie régulée, leur interdépendance avec les autres établissements scolaires ainsi que leur dépendance aux structures organisationnelles dans lesquelles elles sont imbriquées (McIsaac et al., 2016). Cette perspective suppose que des interventions dans les écoles ne conduisent pas toujours aux changements initialement prévus (Joseph & Reigeluth, 2010). Les stratégies incitant les écoles à implémenter elles-mêmes leur programme de promotion de la santé sont pertinentes. Outre des politiques internationales ou nationales (macro-système), un soutien adéquat aux écoles permettant un plus grand pouvoir d'agir ainsi que d'aides à la planification de programmes ou d'interventions (micro/méso-système) sont nécessaires pour permettre aux écoles de prendre des décisions autonomes et d'implémenter les pratiques de l'approche HPS en fonction de leurs capacités, de leur situation et de leurs besoins spécifiques (McIsaac et al., 2016).

Par ailleurs, l'approche HPS précédemment mentionnée se caractérise par une sensibilité au contexte de l'établissement scolaire qui nécessite des adaptations spécifiques des programmes et interventions liées à la promotion de la santé à l'école en raison de leur complexité

(Dadaczynski et al., 2020). Ce principe va à l'encontre d'interventions préétablies pouvant être mises en œuvre avec une plus grande fidélité mais qui s'avèrent pour la plupart peu adaptées au contexte et donc moins efficaces (Kephalopoulos et al., 2014). Un programme ne peut pas être transféré et transférable à tous les contextes et la manière dont il est introduit se doit également être adaptée au contexte et à ses spécificités (Darlington et al., 2018). La complexité de l'implémentation des programmes ou interventions de promotion de la santé en milieu scolaire en fait un réel défi. En effet, des écarts entre les résultats attendus et les résultats réels des programmes/interventions sont souvent constatés (Joseph & Reigeluth, 2010) et sont notamment dus à des interactions complexes entre plusieurs facteurs contextuels qui concernent le cadre, la communauté, les acteurs et les caractéristiques du programme en lui-même et l'intensité de sa mise en œuvre (Darlington et al., 2018). Selon Darlington et al. (2018), les résultats issus d'une évaluation de programme en promotion de la santé se limitent rarement à la réussite ou à l'échec des objectifs prédéfinis. Ces résultats sont le fruit d'interactions complexes car l'implémentation d'un programme est un processus non linéaire, dynamique et sensible à la réalité locale et l'exploration de ces résultats exige la prise en compte de la nature complexe du processus et de comprendre comment cette réalité locale influence ce processus.

5.5 Une perspective prometteuse

Le milieu scolaire est un cadre important pour acquérir des bonnes habitudes, compétences et connaissances liées à une alimentation saine et à l'activité physique chez les enfants (Langford et al., 2014), étant donné que la majorité d'entre eux vont à l'école et y passent beaucoup de temps (WHO, 2021). Les écoles sont donc d'excellents environnements d'apprentissage pour l'enfant (Lautenschlager & Smith, 2007) et constituent un cadre important pour la mise en œuvre des recommandations actuelles en matière de prévention de l'obésité. En effet, les enfants d'âge scolaire semble être un groupe cible important, en particulier lorsqu'ils sont assez âgés pour comprendre et assez jeunes pour être influencés (Bucher Della Torre et al., 2010). En encourageant des comportements sains dès le plus jeune âge en milieu scolaire, la prévention dans les écoles offre un moyen efficace et efficient pour atteindre une grande partie de la population car elle profiterait non seulement aux enfants mais également à leurs familles, leurs pairs et les communautés au sens plus large (WHO, 2018). Par ailleurs, les actions ancrées dans le milieu de vie des enfants montrent un plus grand potentiel de réduction des inégalités en matière de santé (Jourdan et al., 2016).

D'un point de vue éducatif, les écoles contribuent à la santé en créant les conditions nécessaires à la réussite des élèves par l'environnement scolaire, en favorisant l'acquisition de compétences et littératie en matière de santé dans le but d'autonomiser les jeunes dans leurs choix et décisions futures (Langford et al., 2014; WHO, 2018). La littératie en santé est définie comme étant « la motivation et la capacité des individus à trouver les bonnes informations relatives à la santé, à les comprendre, les évaluer et les utiliser lors de la prise de décisions dans les contextes de soins de santé, de prévention et de la promotion de la santé » (Sorensen et al., 2012). Selon l'Observatoire de la Santé et du Social (2019), les personnes ayant un niveau plus faible de littératie en santé feraient plus souvent des choix qui ne sont pas favorables pour leur santé. Par ailleurs, disposer d'un niveau de littératie suffisant ne relève pas uniquement de la responsabilité individuelle. Il en revient à l'enseignement, au système de soins de santé et aux pouvoirs publics de supprimer les obstacles, d'identifier les personnes à risques et de les accompagner comme il se doit (Observatoire de la Santé et du Social, 2019).

Langford et al. (2014) ont publié une revue systématique sur l'approche HPS pour améliorer la santé et le bien-être des élèves. Ils ont constaté que les interventions basées sur cette approche étaient capables de réduire l'IMC des élèves, d'augmenter les niveaux d'activités physiques et d'améliorer la consommation de fruits et de légumes. Bien que ces effets soient généralement modestes, ils ont le potentiel de produire des effets bénéfiques sur la santé publique au niveau de la population (Langford et al., 2014). Ces résultats vont dans le sens d'un autre programme d'intervention mené dans des écoles concernant l'alimentation et l'activité physique qui s'est avéré efficace sur la réduction de la prévalence de l'obésité infantile (Tarro et al., 2014). Certaines interventions en milieu scolaire ont montré des effets bénéfiques des programmes de prévention de l'obésité infantile sur l'IMC (Brown et al., 2019), sur la prévalence de la surcharge pondérale ou le pourcentage d'obésité (Foster et al., 2008; Müller et al., 2001) chez les enfants de 6 à 12 ans uniquement.

Une étude suisse a examiné les opinions des différents stakeholders du milieu scolaire (directeurs d'écoles, professeurs, éducateurs, infirmières scolaires, parents et jeunes) sur la faisabilité et l'acceptabilité des stratégies de prévention de l'obésité qui pourraient être mises en œuvre dans les écoles. Les participants ont convenu que les écoles constituent un cadre essentiel pour la mise en œuvre de stratégies de prévention de l'obésité infantile (Bucher Della Torre et al., 2010).

5.6 Implication des parties prenantes

En 2021, l'OMS a publié les résultats de l'évaluation des interventions et de ce cadre NSFI (WHO, 2021). Ils ont constaté des effets positifs de la participation des parents dans les programmes de promotion de la santé en milieu scolaire, qui a été identifiée comme un facteur conduisant à de meilleurs résultats (notamment sur l'IMC et les comportements alimentaires), avec un impact plus important pour un niveau plus élevé de participation (Gori et al., 2017; Langford et al., 2014; Vasques et al., 2014). Une participation directe où les parents prennent un rôle actif est plus efficace qu'une méthode de participation indirecte où les parents sont les destinataires passifs de l'information (WHO, 2021). Plusieurs études sur les interventions sur l'alimentation en milieu scolaire mentionnent l'importance d'une formation adéquate du personnel enseignant (Wolfenden et al., 2016, 2017). Selon Wolfenden (2016, 2017), les enseignants ont été identifiés comme acteur-clé pour la collaboration au développement de ces programmes avec des effets positifs en termes de réduction de l'IMC et d'amélioration de la consommation de fruits et légumes. Cependant, selon Jourdan et al. (2008), le personnel scolaire et principalement les enseignants ne sont pas toujours conscients de leur rôle dans la promotion et l'éducation à la santé. Les exigences sociales imposées aux écoles rendent difficile la prise en charge de travail supplémentaire que la promotion et l'éducation à la santé représente pour les enseignants (Jourdan et al., 2008).

Par ailleurs, les programmes qui ont associé la formation des enseignants et l'inclusion d'experts dans la promotion de la santé liée à l'alimentation en milieu scolaire ont plus de chances de réussir (Murimi et al., 2018). Cette hypothèse rejoint celle de Darlington et al. (2018) selon laquelle lorsque l'acteur communautaire collaborant avec le personnel scolaire avait une appréciation positive du programme, l'implication de celui-ci s'accroît et le soutien à l'implémentation du programme ainsi que la collaboration avec l'école est renforcée.

Selon l'OMS (2021), la formation du personnel enseignant combinée à des programmes d'éducation alimentaire efficaces et adaptés au contexte et à l'âge de l'enfant ont révélé des améliorations significatives concernant le poids et les habitudes alimentaires.

Outre l'implication des parents et du personnel enseignant dans l'intégration de l'approche HPS dans les programmes de promotion de la santé dans les écoles, une étude autrichienne a rapporté que les directeurs d'écoles étaient la principale « force motrice » dans le lancement de la promotion de la santé à l'école et d'activités concrètes (Adamowitsch et al., 2017). Selon Dadaczynski et al. (2020), les directeurs peuvent appliquer leurs connaissances et compétences

dans la compréhension, réflexion et dans les décisions relatives à la santé dans leur contexte organisationnel et soutenir les activités ou interventions de promotion de la santé en milieu scolaire. De plus, les données du Réseau Norvégien des écoles promotrices de la santé suggèrent qu'une attitude positive de la direction scolaire à l'égard de la promotion de la santé semble essentielle pour une bonne implémentation des programmes dans les écoles ainsi que pour sa pérennité (Nina Grieg Viig & Wold, 2005; Tjomsland et al., 2009). Ceci introduit une étude menée auprès de 680 directeurs/directrices d'écoles en Allemagne qui a examiné le lien entre le niveau de connaissances en matière de santé (littératie en santé et attitudes et compétences à l'égard de l'approche HPS) et le niveau d'implémentation de l'approche HPS dans les écoles. Les résultats montrent que le niveau de connaissances en matière de santé est plus faible chez les directeurs (hommes) et est associé à un niveau d'implémentation et de mise en œuvre plus faible des programmes et de l'approche HPS dans les écoles (Dadaczynski et al., 2020). La promotion de la littératie en matière de santé auprès des directeurs d'établissements scolaires aurait des effets positifs sur le niveau de mise en œuvre des activités de promotion de la santé à l'école et sur leur durabilité.

Cette littératie en matière de santé chez les directeurs d'établissements scolaires devrait être intégrée dans la formation initiale mais également dans la formation continue du personnel scolaire. Selon Dadaczynski et al. (2020), en plus de la direction de l'établissement, les enseignants devraient également être formés afin d'être en mesure d'intégrer la littératie en matière de santé dans leurs missions éducatives ainsi que dans la stratégie générale de promotion de la santé de l'établissement scolaire, ce qui rejoint les propos de Wolfenden (2016, 2017), de Murimi et al. (2018) et de l'OMS (2021) décrit précédemment. Cette formation devrait faire partie de la qualification initiale et se poursuivre plus tard dans le cadre de formation continue (Drummond, 2015; Peterson et al., 2001). Par ailleurs, l'idée d'interactions et d'échanges entre les parties prenantes des différents établissements scolaires semble également pertinent pour soutenir la mise en œuvre via l'engagement des parties prenantes dans cette approche HPS et son amélioration continue (Joseph & Reigeluth, 2010). Cette idée rejoint Darlington et al. (2018) qui recommandent que le personnel, les professionnels extrascolaires des secteurs de l'éducation, des affaires sociales et de la santé, ainsi que les parties prenantes et les parents se réunissent, collaborent et travaillent collectivement sur des projets de promotion de la santé à l'école. A l'instar, Bucher Della Torre et al. (2010) recommandent d'intégrer toutes les parties prenantes des écoles dans les initiatives de promotion de la santé en appelant les

acteurs scolaires à unir leurs efforts pour encourager les comportements sains en diffusant des messages de santé cohérents (Bucher Della Torre et al., 2010).

Dans une perspective plus orientée sur l'approche CMO (Contexte – Mécanisme – Outcomes), une étude française (Darlington et al., 2018) a tenté de comprendre, via une évaluation réaliste de programmes de promotion de la santé en milieu scolaire, comment les facteurs contextuels influencent le processus d'implémentation, leurs effets individuels ainsi que ceux de leurs interactions. Premièrement, ils ont constaté que le fait que la formation du personnel scolaire soit incluse au programme a renforcé l'adhésion du personnel scolaire qui a par ailleurs perçu le programme comme correspondant aux besoins ce qui a entraîné un retour positif sur celui-ci. En effet, on retrouve des changements dans les pratiques de promotion de la santé du personnel scolaire (O) inclus dans le programme et qui a bénéficié de la formation. Ceci est expliqué par une augmentation de la motivation du personnel à mettre en œuvre des actions (M) ainsi qu'un changement de la vision du personnel sur ce que les pratiques de promotion de la santé représentaient (M) et sur l'importance de prendre en compte les dimensions psycho-sociales de la santé des élèves (Darlington et al., 2018). L'évaluation a fait ressortir que la participation du personnel scolaire à la formation a changé leur vision de la santé et leur attitude quant aux projets liés à la promotion de la santé s'est améliorée. Néanmoins, les programmes qui ont été lancés par un décideur « local » ont entraîné davantage d'adhésion et de participation volontaire de la part du personnel enseignant que ceux dont la décision se rapproche d'un modèle top-down où le personnel enseignant a ressenti une participation imposée.

Toutefois, il convient de noter que la mise en œuvre des programmes dans les écoles plus vulnérables où le climat social est moins bon, a rencontré davantage de difficultés et que les différences entre les résultats attendus et observés ont été bien plus décevants (Darlington et al., 2018). Il est important de souligner ici que les interventions susceptibles d'améliorer la santé de la population peuvent aggraver ces inégalités et l'un des principaux défis à relever est de déterminer quand des interventions globales peuvent réduire les disparités et quand des interventions spécifiques sont indispensables (Williams & Purdie-Vaughns, 2016). Une attention particulière est nécessaire dans les contextes scolaires plus vulnérables ou défavorisés. Il est donc recommandé qu'une évaluation approfondie des spécificités de l'école et de son environnement soit réalisée au préalable et avant d'envisager toute forme de mise en œuvre du programme (Lacouture et al., 2015).

6. Méthodes

6.1 Problématique

Comme constaté dans la revue de littérature, l'école est un système complexe adaptatif avec sa réalité locale, où des écarts persistent entre les résultats obtenus et ceux espérés en termes d'efficacité des interventions et programmes de promotion de la santé. Une attention particulière à l'intégration de l'aspect ethnoculturel dans ces interventions et programmes est nécessaire afin de lutter contre les inégalités sociales de santé, en particulier dans les contextes scolaires plus vulnérables ou défavorisés (Goff et al., 2019; Lara et al., 2020; J. Liu et al., 2012; Schwingshackl et al., 2017; Sheikh et al., 2004).

Les parties prenantes sont, autrement dit, définies comme toute personne concernée par notre sujet et pouvant influencer les décisions relatives à ce sujet telles que la direction d'école, le personnel enseignant, l'infirmière scolaire, les parents, les éducateurs, les membres des équipes PSE, les membres d'organismes de promotion de la santé au sens plus large ou des membres d'associations œuvrant pour toute cause en lien avec notre question de recherche. L'implication de celles-ci dans l'élaboration et l'implémentation de ces programmes et activités de promotion de la santé à l'école semble être une piste prometteuse (Adamowitsch et al., 2017; Bucher Della Torre et al., 2010; Darlington et al., 2018; Gori et al., 2017; Jourdan et al., 2008; Murimi et al., 2018; WHO, 2021).

6.2 Question de recherche

Ce présent mémoire constitue une recherche qualitative qui poursuit un objectif de contribution à une analyse théorique d'une question de recherche en santé publique, qui est liée aux intérêts du chercheur et à un stage réalisé précédemment dans le cadre de son travail de fin d'études à l'Institut Paul Lambin. Nous nous intéressons à développer une recherche qualitative sur l'amélioration de l'intégration de l'aspect ethnoculturel dans l'élaboration et l'implémentation de programmes et/ou interventions de promotion d'une alimentation saine à l'école en Région bruxelloise.

« Comment améliorer l'intégration de l'aspect ethnoculturel dans l'élaboration et l'implémentation de programmes et interventions de promotion d'une alimentation saine à l'école en Région bruxelloise ? »

Cette recherche a comme objectif général d'identifier des pistes afin de répondre à la question de recherche. Quelques objectifs plus spécifiques sont également à noter : comprendre les représentations, expériences, enjeux, difficultés et pistes suggérés par des répondants (qui sont plus proches de la réalité locale du milieu scolaire dans lequel ils vivent ou travaillent).

6.3 Echantillonnage

Comme décrit dans la problématique, l'implication des parties prenantes dans le « processus » d'élaboration et la mise en place de programmes et interventions de promotion d'une alimentation saine dans les écoles est importante. Cela comprend notamment les notions d'intersectorialité et d'interdisciplinarité. L'interdisciplinarité renvoie à différentes professions au sein d'une même structure (l'établissement scolaire en l'occurrence). Les différentes professions précédemment citées comprennent notamment la direction, le personnel enseignant, les éducateurs et l'infirmière de l'école le cas échéant. L'intersectorialité renvoie à différentes personnes issues de secteurs différents travaillant ensemble. Outre l'établissement scolaire, les parents, les membres des équipes PSE et autres institutions de promotion de la santé ou associations qui œuvrent pour une cause en lien avec notre sujet représentent d'autres secteurs.

La présente stratégie d'échantillonnage consiste donc au recrutement de parties prenantes liées à la promotion d'une alimentation saine dans le milieu scolaire en Région bruxelloise et l'intégration du facteur ethnoculturel dans ce processus. De ce fait, un échantillon hétérogène qui reflète les caractéristiques et la richesse du contexte semble pertinent. L'hétérogénéité souhaitée repose principalement sur la fonction du répondant ainsi que le contexte dans lequel il vit et/ou travaille. La stratégie d'échantillonnage se veut donc dirigée, c'est-à-dire que les participants à la recherche sont sélectionnés selon des critères prédéfinis. Ces critères d'inclusion ont pour but d'améliorer la validité externe des résultats, leur pertinence et la légitimité des répondants.

Premièrement, nous nous sommes intéressés aux écoles primaires, en cohérence avec le constat de Schwingshackl et al. (2017) où, au sein de celles-ci, l'adhésion à des modèles d'alimentation équilibrée chez les enfants d'origines ethniques étrangères est plus faible. Ce choix semble adéquat lorsqu'on tient également compte des recherches de Lara et al. (2020) montrant que des interventions en promotion de la santé intégrant l'alimentation peuvent avoir un impact sur la réduction des inégalités ethniques liées au surpoids chez les enfants âgés de 8 à 10 ans, mais également avec les recherches de Foster et al. (2008), Müller et al. (2001) qui montrent que les

programmes de promotion de la santé à l'école concernant notamment l'alimentation étaient plus efficaces pour les enfants âgés entre 6 à 12 ans.

Par ailleurs, afin d'assurer une meilleure cohérence avec la question de recherche et plus particulièrement l'aspect ethnoculturel présent dans celle-ci, un critère géographique supplémentaire lié au lieu de travail ou de vie du répondant sera pris en considération. Le fait de travailler/vivre dans un quartier ou une commune ayant une diversité ethnique importante en Région bruxelloise (*Monitoring des quartiers*, s. d.) est un critère de choix, sans que son contraire ne soit un critère d'exclusion pour autant. L'hétérogénéité concernant l'indice socio-économique (Lampe, 2011) de l'école où travaille le répondant (Gallilex, lois 36474) en Région bruxelloise est également un critère de choix car selon Darlington et al. (2018), une attention particulière est nécessaire dans les écoles où le contexte est plus vulnérable ou défavorisé.

6.3.1 Critère d'inclusion

Critères d'inclusion
Femme/homme de plus de 18 ans
Travailler ou vivre en Région bruxelloise
Avoir un statut éligible à devenir partie prenante de notre sujet de recherche : parent d'élève(s), direction d'école, personnel enseignant, éducateur, infirmière scolaire, membre des équipes PSE, acteur social ou de promotion de la santé, acteur d'association œuvrant pour une cause liée à notre problématique, etc).
Pouvoir s'exprimer en français

6.3.2 Procédure d'échantillonnage

Pour notre recherche, nous souhaitons une hétérogénéité de notre échantillon liée à la fonction de nos répondants. Le(s) parent(s) d'élève(s) d'école primaire ont été invités à participer via des annonces sur les réseaux sociaux, le bouche-à-oreille ainsi que via une invitation par mail à des écoles primaires en Région bruxelloise répondant à nos critères d'inclusion et l'effet « boule de neige » que cette procédure est susceptible d'entraîner (*LEPCAM*, s. d.).

Concernant les fonctions telles que direction d'école, personnel enseignant, éducateur et infirmière scolaire, ceux-ci sont invités par mail ou par téléphone. La liste des répondants susceptibles de correspondre à nos critères d'inclusion est obtenue en croisant les données des

indices socio-économiques des écoles primaires (Lois 36474) avec les cartes relatives à la nationalité par quartier en Région bruxelloise (*Monitoring des quartiers*, s. d.) (voir annexes n°4 à n°8) .

Enfin, les fonctions telles qu'acteur PSE, acteur social ou de promotion de la santé, acteur d'association œuvrant pour une cause liée à notre question de recherche, elles sont également invitées par mail ou par téléphone. Les organismes de promotion de la santé, services PSE libres et/ou communaux ainsi que leurs antennes sont invitées par téléphone ou par mail afin de recruter des répondant(e)s qui correspondent à nos critères d'inclusion.

6.4 Méthode de récolte des données

Pour répondre à notre problématique, un guide d'entretien semi-directif (voir annexe n°9) et individuel comportant des questions ouvertes développées sur base de notre revue de littérature et selon les objectifs de recherche a été élaboré. Ce format permet une liberté de parole du répondant tout en étant encadré par le chercheur (Aujoulat, 2020). Chaque entretien a été enregistré avec l'accord préalable du répondant et retranscrit dans son intégralité.

6.5 Déroulement des entretiens

La prise de contact s'est déroulée par mail entre le 5 mai 2021 et le 12 mai 2020. Celle-ci s'est d'abord faite avec l'ensemble des services PSE de la Région bruxelloise. Les entretiens se sont déroulés durant la période du 12 au 24 mai 2021 à distance, sous forme d'appel vidéo via Microsoft Teams®.

Soixante-trois écoles primaires de la Région bruxelloises ont reçu une invitation par mail destinées au personnel scolaire ainsi qu'aux parents d'élèves pour participer à la recherche. Parmi elles, douze écoles de Molenbeek-Saint-Jean, onze écoles de Schaerbeek, neuf écoles d'Anderlecht, huit écoles de Bruxelles, trois écoles d'Uccle, quatre écoles de Saint-Gilles, trois écoles de Jette, trois écoles d'Etterbeek, trois écoles de Forest, deux écoles de Woluwe-Saint-Pierre, deux écoles de Berchem-Ste-Agathe, une école de Ganshoren, une école d'Auderghem, une école de Watermael-Boitsfort et enfin une école d'Evere. Un contact téléphonique a ensuite été pris avec celles qui ont répondu positivement à l'invitation par mail. Par ailleurs, six associations de parents ainsi que la FAPEO (Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel) ont été invités par mail et par téléphone à participer à la recherche. Des invitations sur les réseaux sociaux ont été partagées dans des groupes spécifiques aux

parents bruxellois. Enfin, nous avons invité Bruxelles Environnement, son département GoodFood, Les Cuisines Bruxelloises, le Centre bruxellois de Promotion de la santé, le département diététique de l'ONE, les ASBL Question Santé et son projet MangerBouger, Culture et Santé, UNIA via la même procédure que pour les écoles et les associations de parents.

6.6 Méthode d'analyse des données

Le choix de la méthode d'analyse des données est l'analyse thématique qui « *consiste à rendre compte systématiquement et objectivement de ce qui a été dit à propos de l'objet de recherche* » (Paillé & Mucchielli, 2012). Ce type d'analyse permet d'une part de relever tous les thèmes pertinents à l'intérieur du matériau brut en lien avec les objectifs de notre recherche et d'autre part rendre compte de l'importance de certains thèmes au sein de la thématique (Aujoulat, 2020). Pour ce faire, des unités d'analyse correspondant à des thèmes descriptifs sont utilisées afin de catégoriser les données brutes. Bien que certains thèmes soient préalablement et grossièrement définis à partir des questions de notre guide d'entretien et des objectifs de notre recherche, les unités d'analyse sont majoritairement susceptibles d'émerger (démarche inductive) ou également d'être créées à partir du matériau analysé (démarche exploratoire).

Par ailleurs, les phases de collecte et d'analyse des données ont été alternées (processus itératif), ce qui a permis d'adapter le guide d'entretien en fonction d'éventuels thèmes émergents et d'améliorer la compréhension des questions (Paillé & Mucchielli, 2012).

7. Résultats

Pour l'analyse des données, la méthode d'analyse descriptive a été privilégiée. Des unités d'analyse à visée purement descriptive ont donc été créées. Ces unités d'analyse reposent sur les huit principaux thèmes suivants : l'implication du répondant dans la promotion de la santé à l'école, l'interprétation de l'aspect ethnoculturel, les priorités indispensables à l'élaboration d'un programme de promotion d'une alimentation saine à l'école, la sensibilisation du personnel scolaire, les acteurs essentiels à la promotion d'une alimentation saine à l'école, les difficultés rencontrées et enfin les pistes et recommandations.

Ces thèmes principaux ont ensuite été affinés et décomposés en de nouvelles unités d'analyse suite à l'émergence de catégories plus spécifiques.

7.1 Taille et caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon final est composé de 8 répondantes dont la description figure ci-dessous. Parmi les répondantes représentant le secteur scolaire, nous avons interviewé une institutrice (E1) titulaire d'une classe de quatrième primaire ainsi qu'une directrice (D1) d'école primaire à. Ces deux écoles se situent dans des quartiers présentant une part importante d'habitants originaires d'Afrique du Nord, d'Afrique subsaharienne mais également de pays européen hors Belgique.

Un médecin scolaire nutritionniste (M1) ainsi qu'une infirmière PSE (S3) ont participé à la recherche. Les écoles primaires rattachées à ce service ont un ICE moyen de 5,2/20 (indices varient entre 2/20 et 10/20). Par ailleurs, nous avons interviewé trois autres infirmières scolaires. Nous ne disposons pas de plus d'informations sur les écoles rattachées à leurs différents services. Enfin, nous avons interviewé une actrice d'un projet sur l'alimentation (C1).

Cependant, aucun parent et aucune autre ASBL ne s'est montré(e) intéressé(e) par le sujet et la prise de contact a été la plus difficile.

7.2 L'implication de l'acteur dans la promotion d'une alimentation saine à l'école

La totalité des répondantes est impliquée de près ou de loin avec intensité variée à la promotion d'une alimentation saine dans une école primaire bruxelloise. Cette implication se présente sous différentes formes et n'est pas toujours systématique.

Trois professionnelles de la santé sur cinq proposent chaque année des animations dans les classes sur l'alimentation équilibrée. Deux d'entre elles réalisent chaque année une animation ludique basée sur une boîte à tartines équilibrée. Elles ont également été impliquées dans un projet de collations équilibrées à la demande d'une école. L'une d'entre elle distribue lors de la visite médicale une fiche A4 reprenant différents conseils sur l'alimentation équilibrée à destination des parents. Par ailleurs, une autre répondante qui réalise chaque année des animations sur l'alimentation se concentre sur la pyramide alimentaire et les collations équilibrées. Son service PSE propose également des activités « café-parent » où les acteurs PSE en profitent pour sensibiliser les parents sur l'alimentation équilibrée et la pyramide alimentaire.

Les deux autres professionnelles de la santé de terrain, toutes deux infirmières PSE ne participant pas régulièrement à des activités de promotion de la santé, n'excluent pas de telles interventions. L'une d'entre elles, arrivée dans ce service depuis près d'un an et demi, n'a pas encore eu l'occasion de réaliser ce type d'interventions, bien que son service dispose de toute une série d'outil pour les réaliser. L'autre répondante dit travailler à la demande de l'école et prétend que ce genre d'activité ou d'animation en fait rarement partie.

Les implications des deux écoles où travaillent nos répondantes issues du milieu scolaire sont différentes. Dans l'école où travaille notre institutrice, elle seule aborde le sujet de l'alimentation équilibrée au sein de l'école sous forme ludique. En outre, l'école où travaille notre directrice est plus impliquée dans la promotion d'une alimentation saine. Ils proposent chaque année des animations sur la pyramide alimentaire, les collations saines ainsi que des activités culinaires organisées par les enseignants et les éducateurs. Ces animations ne sont pas toujours réalisées avec des intervenants externes.

L'actrice du projet sur l'alimentation a auparavant participé à de nombreux projets de promotion d'une alimentation saine dans les écoles.

7.3 L'interprétation de l'aspect ethnoculturel

A. Interprétation de l'aspect ethnoculturel

Premièrement, un concept qui est souvent mentionné par les répondantes est celui de la diversité et de la mixité sociale et culturelle au sein du milieu scolaire. Les « différentes cultures », les « différentes origines ethniques », les « différentes nationalités », les « différentes langues » ainsi que les « différences au niveau socioculturel » sont des termes qui viennent illustrer la diversité et la mixité sociale dans les réponses. Par ailleurs, la majorité des répondantes ont pris un certain temps avant de réfléchir à la réponse, en commentant quelquefois que ce concept est vaste et englobe plusieurs composantes.

« L'école dans laquelle je suis a une très grande mixité au niveau des élèves, ce qu'il n'y avait pas il y a une quinzaine d'années. Avant, c'était plutôt une population aisée, il y avait peu de mixité sociale. [...] (Maintenant) On est à Bruxelles, on est face à une mixité sociale et culturelle importante. » (D1)

« Population hétéroclite, on est dans des écoles où maintenant avec la mixité sociale, on retrouve tous les milieux sociaux et toutes les ethnies que l'on pourrait retrouver dans une métropole » (S2)

Le second concept lié à l'aspect ethnoculturel évoqué spontanément par toutes nos répondantes concerne l'alimentation. Les différences de représentation de l'alimentation équilibrée, les habitudes alimentaires, les différentes cultures et traditions alimentaires sont les termes qui viennent illustrer les réponses liées à l'alimentation en lien avec cet aspect ethnoculturel.

« La culture dans l'alimentation rappelle des souvenirs familiaux, des aspects de dynamique familiale au moment du repas, des moments d'échanges parfois plus mis en avant que le simple fait de se nourrir. Au nord, au sud, à l'est, à l'ouest on ne mange pas de la même façon » (C1)

Par ailleurs, le rapport entre les religions et l'alimentation a été évoqué par plusieurs répondantes. L'Islam est la seule religion qui a été citée par rapport à cette question. Elles ont illustré leurs propos en donnant des exemples sur ce qu'il ne faut pas faire et ce à quoi il est nécessaire de faire attention lors des animations. Deux d'entre elles ont parlé des aliments « bannis » en citant la religion musulmane.

« Moi je pense à tout ce qui est banni par les religions. On veille donc durant nos animations à ne pas introduire et parler de salami, de jambon ou de porc. Penser aux élèves qui font le Ramadan » (M1)

B. Importance de la prise en compte de l'aspect ethnoculturel dans la promotion d'une alimentation saine à l'école

La totalité des répondantes estime que la prise en compte du facteur ethnoculturel dans la promotion d'une alimentation saine à l'école est importante, voire fondamentale pour atteindre des résultats en matière d'amélioration des comportements alimentaires.

« Je pense que c'est vraiment important car si on veut obtenir un certain succès, que l'animation ait du sens et qu'on ait un changement, une adaptation souhaitée du comportement alimentaire de la part des enfants et des familles, ça me paraît essentiel de tenir compte de leurs habitudes alimentaires » (S3)

La moitié de nos répondantes justifie l'importance de tenir compte de ce facteur ethnoculturel en disant qu'imposer une alimentation standardisée par un procédé « top-down » ne fonctionne pas et qu'il est essentiel de prendre en compte les habitudes alimentaires du public cible dans la promotion d'une alimentation saine à l'école.

« On ne peut pas dicter aux gens ce qu'ils doivent avoir dans leur assiette sans tenir compte de leurs habitudes et de leur culture. Si on veut que notre population adhère à une alimentation saine, ça me paraît évident que l'on n'y arrivera pas si on leur impose des codes culturels qui sont propres à un seul type de population » (D1)

« Vouloir imposer une alimentation qui ne leur ressemble pas mais qui est inscrite dans nos habitudes à nous, ça ne va pas marcher et c'est très difficile à faire accepter » (S3)

Dans ce même paradigme, deux d'entre elles abordent à nouveau la question de la religion pour justifier l'importance de ce facteur ethnoculturel dans la promotion d'une alimentation saine à l'école. Pour elles, il semble incohérent de promouvoir une alimentation dite saine qui pourrait être contradictoire avec les codes culturels que la religion imposerait à une partie du public.

« Dans mon cas j'ai beaucoup d'enfants musulmans, qui ne mangent pas de porc et du coup on doit être super vigilant par rapport à ce qu'on dit lorsqu'on aborde le thème de l'alimentation. [...] On fait vraiment attention à ce qu'on dit [...] pour ne pas les blesser ou les offenser » (E1)

Cependant, plusieurs répondantes ont évoqué le fait que ce facteur est rarement ou pas assez pris en compte dans la promotion de la santé à l'école. L'actrice d'un projet sur l'alimentation souligne le fait que les animations sur la pyramide alimentaire ne tiennent souvent pas compte de ce facteur.

« C'est un facteur qui est rarement ou très peu pris en compte dans les messages et informations transmises Je peux constater, via les retours que j'ai, c'est que la porte d'entrée avec les enfants c'est souvent via un outil sur la pyramide alimentaire qui justement à mon sens, ne laisse pas beaucoup de place à cet aspect ethnoculturel dedans » (C1)

Les deux infirmières PSE qui abordent ce manque de prise en compte du facteur ethnoculturel dans la promotion de la santé à l'école ciblent plutôt les professionnels de la santé comme responsables de cette lacune. Elles suggèrent que les équipes PSE devraient faire l'effort d'adapter leur travail et leurs messages en tenant compte de ce facteur ethnoculturel.

« Malheureusement, on travaille beaucoup avec des personnes qui ont toujours en tête leur schéma de pensées, leurs représentations très européanisées » (S2)

« Nous (infirmières PSE), avec la mondialisation, il faut peut-être qu'on se recycle aussi pour voir les différences qui existent dans chaque culture » (S1)

Ces propos viennent illustrer une incohérence entre l'avis général sur l'importance de prendre en compte le facteur ethnoculturel dans la promotion de la santé à l'école et ce qu'il se passe dans la pratique. A contrario, une infirmière scolaire trouve que la prise en compte de ce facteur ethnoculturel fait partie intégrante de son quotidien au travail et que l'adaptation du professionnel de la santé est essentielle. Cela montre une hétérogénéité dans les pratiques des différentes professions de la promotion de la santé à l'école.

« Je pense que c'est quelque chose qui est riche et cela fait partie de notre travail de savoir comment agir et réaliser nos missions malgré les barrières ethnoculturelles. (...) Je pense que c'est surtout à nous de s'adapter » (S4)

Enfin, la moitié des répondantes envisage une manière de prendre en compte l'aspect ethnoculturel dans les interventions. Les avis se rejoignent sur la compréhension du public, de ses habitudes alimentaires propres à sa culture et de la nécessité de l'adaptation de l'information et du message transmis par le professionnel en fonction du public.

« L'idée est de pouvoir prendre cela en compte et l'intégrer dans la manière dont on enseigne » (D1)

« C'est pour cela qu'il faut adapter nos messages de santé, être le plus neutre possible par rapport à ses propres représentations » (S2)

C. Difficultés et barrières culturelles dans la promotion de la santé à l'école

Deux infirmières scolaires évoquent les difficultés liées aux barrières culturelles qu'elles rencontrent souvent sur le terrain. Celles-ci sont principalement liées au rapport à la langue ainsi que sur les différentes habitudes culturelles et les différentes représentations de la santé et d'une alimentation saine entre différentes cultures. Elle précise que ce n'est pas toujours évident d'agir avec ces différentes barrières ethnoculturelles. Deux répondantes illustrent spontanément ces barrières par différentes expériences d'incompréhension avec les parents sur leurs différentes représentations de la santé.

« Je suis une petite élève qui est en obésité morbide grave et c'est très compliqué de communiquer avec les parents parce que pour eux, nourrir leurs enfants et ne pas faire d'activité physique c'est quelque chose qui est inscrit dans leur culture, où au plus on est rond au mieux on se porte » (S4)

« Il y avait pas mal d'élèves qui faisaient le Ramadan et donc qui refusaient d'être vaccinés (pour le Papillomavirus) mais ils devaient être vaccinés pour être dans les temps pour leur deuxième dose et du coup on a vraiment dû leur expliquer que c'était important » (S3)

Concernant cette réalité des différences liées aux habitudes culturelles, une répondante souligne un décalage entre les messages que les professionnels véhiculent par rapport à ce qu'il devrait être transmis compte tenu de la réalité sociale dans laquelle ils travaillent.

« Même nous, en tant qu'infirmière ou médecin, soignant, c'est une réalité dont on ne mesure pas toujours l'importance. [...] Je ne pense pas qu'on se rend compte à quel point on est en décalage. Même si au sein de l'équipe on se diversifie de plus en plus, on reste dans des schémas très belges » (S3)

Plusieurs infirmières PSE ont été confrontées à des élèves qui ne parlaient alors pas très bien français ou qui rencontraient des difficultés à la compréhension de la langue et ont précisé que ce n'était pas toujours facile et qu'il était nécessaire de s'adapter à ces difficultés (voir 7.8 *Les pistes et recommandations*). A l'inverse, la médecin scolaire ne se sent pas souvent confrontée à des barrières linguistiques avec les élèves. Selon elle, la barrière de la langue pose rarement problème sur le long terme étant donné la capacité des enfants à apprendre une nouvelle langue.

Outre la barrière linguistique avec certains enfants, certaines infirmières scolaires notifient qu'elles rencontrent régulièrement des parents qui ne parlent pas du tout français ou en ont une compréhension limitée, ce qui rend la communication difficile.

7.4 Les priorités à l'élaboration d'un programme concernant l'aspect ethnoculturel

Deux infirmières scolaires trouvent que se concentrer sur les besoins du public et le contexte socioculturel de la classe est prioritaire afin d'être cohérent dans leur travail, étant donné que ces contextes sont très différents d'une école à l'autre.

« Nous agissons surtout en fonction de l'école, en fonction de la demande, en fonction du public donc je pense que c'est surtout à nous de s'adapter, car les activités et les programmes de promotion de la santé seront différents d'une école à l'autre. [...] Je pense que tout est adaptable, il suffit de comprendre dans quel milieu on se trouve, comment est-ce qu'on va pouvoir agir et quel message ils vont retenir. [...] C'est un gros travail au préalable pour connaître le contexte et comprendre le public cible » (S4)

« Je pense qu'il faut surtout identifier les besoins et ensuite orienter et susciter la demande. [...] On doit plutôt s'adapter et voir ce que l'on peut faire avec eux, en fonction de leur culture, leurs habitudes » (S1)

La seconde infirmière estime qu'il est nécessaire de se poser une série de questions comme leur compréhension du français, les informations importantes à délivrer, ... avant de construire un programme de promotion de la santé en fonction de l'âge et du niveau scolaire.

Pour cela, la piste de l'observation a été citée par une infirmière scolaire et par l'institutrice. L'objectif de cette observation est de pouvoir mieux identifier les problèmes et les besoins du public cible. Cette dernière propose de faire venir une infirmière PSE dans la classe sur le temps de midi et d'observer ce qu'il y a dans les boîtes à tartines des élèves. L'infirmière scolaire propose la même observation mais pour le petit-déjeuner, en demandant aux élèves de l'emporter à l'école. Outre l'observation et toujours dans cette idée de se concentrer sur les consommations et les habitudes alimentaires des enfants, elle propose également de faire parvenir un questionnaire aux parents pour décrire une journée ou semaine alimentaire type de leur(s) enfant(s) afin de pouvoir cibler les besoins et orienter au mieux les interventions.

Par ailleurs, une infirmière scolaire trouve qu'une collaboration avec la direction et les enseignantes peut être intéressante pour comprendre le contexte de la classe, étant donné qu'elles sont les mieux placées pour décrire ce contexte. Cette piste rejoint l'idée de l'institutrice qui proposait l'observation en collaboration avec une infirmière scolaire.

Enfin, deux répondantes mentionnent l'importance de la littérature scientifique et de ce qui a déjà prouvé son efficacité en termes de promotion d'une alimentation saine à l'école.

« Les critères de santé de l’OMS. Ça reste des guidelines pour pouvoir s’appuyer sur une certaine littérature scientifique, pouvoir s’appuyer sur des programmes de l’ONE car je pense qu’ils ont une vision assez holistique de la situation » (S2)

7.5 La sensibilisation du personnel scolaire

A. Sensibilisation et formation du personnel scolaire en promotion de la santé

Les répondantes s’accordent à dire qu’une sensibilisation ou une formation du personnel scolaire à la promotion de la santé, et plus particulièrement le personnel enseignant, serait intéressante étant donné leur position de première ligne dans le milieu de vie des enfants. Cela permettrait à l’enseignant d’améliorer le volet « éducation à la santé » qui fait partie du rôle d’enseignant, selon la directrice. Certaines d’entre elles ont spontanément rapporté cette question à notre thématique de la promotion d’une alimentation saine à l’école.

« Je trouve qu’on est le premier vecteur pour sensibiliser la population par rapport au fait de s’alimenter correctement. [...] Être enseignant, c’est aussi éduquer à la santé, [...] l’éducation à la santé passe par l’attitude et la manière d’être de l’enseignant » (D1)

« Cela nous permettrait de mieux comprendre, de mieux pouvoir adapter notre leçon. [...] mais on n’y est pas vraiment formé » (E1)

Dans le service PSE où travaille le médecin scolaire nutritionniste, ils réalisent de temps à autre ce genre de sensibilisation à l’alimentation saine auprès des enseignants dès la rentrée scolaire. Deux répondantes justifient la nécessité d’une telle sensibilisation ou formation en mentionnant l’importance de la cohérence entre les activités et animations proposées et les comportements que le personnel scolaire est susceptible de véhiculer auprès des enfants. L’une d’elle notifie qu’une telle sensibilisation ou formation ne devrait pas servir de substitut au personnel des services PSE ni aux autres intervenants externes (professionnels de la santé).

« Il faut se dire que si on veut une éducation à la santé qui soit efficace auprès des enfants, il faut aussi pouvoir conscientiser l’enseignant par rapport à ce qu’il véhicule comme message et rester cohérent : ce n’est pas parce qu’on a fait la leçon sur la pyramide alimentaire une fois que c’est bon. Il faut une cohérence entre les activités qu’on propose et les comportements que l’on peut véhiculer auprès des enfants » (D1)

Concernant les avantages, plusieurs répondantes trouvent qu'une telle sensibilisation à la promotion de la santé auprès du personnel scolaire serait susceptible d'entraîner une amélioration de la motivation et favoriserait la collaboration entre le personnel scolaire et le personnel PSE pour élaborer de nouveaux projets. Selon une infirmière scolaire, cette collaboration n'est pas évidente sur le terrain et notamment à cause du fait que nombreux sont les enseignants qui ne savent pas qu'ils peuvent faire appel au service PSE rattaché à leur école. C'était notamment le cas de notre institutrice. Par ailleurs, ce n'est pas la seule barrière mentionnée par les répondantes. Selon la directrice, il y a un gros manque dans la formation de base concernant la promotion de la santé, elle qui considère qu'être enseignant implique aussi d'éduquer à la santé. Cela rejoint les propos de l'institutrice qui avoue ne pas avoir été sensibilisée à la promotion de la santé durant sa formation.

Cette sensibilisation/formation à la promotion de la santé s'avère nécessaire au vu des constats qu'elles réalisent sur le terrain. Selon la directrice, le personnel de son école n'est pas assez impliqué dans la santé de ses élèves et en particulier au niveau de l'alimentation.

« Je suis dans une école où [...] ça ne pose pas problème aux enseignants que le gamin soit avec une barre de chocolat à 10 heures » (D1)

B. Sensibilisation et formation du personnel scolaire sur la diversité culturelle

Premièrement, les répondantes s'accordent à dire qu'au vu du contexte de diversité culturelle présent aujourd'hui dans notre société et surtout à Bruxelles, il paraît essentiel de sensibiliser le personnel scolaire et en particulier les enseignants à la diversité culturelle. La directrice estime qu'il y a un manque de sensibilisation à la diversité culturelle dans la formation des enseignants.

« Je trouve que quand on est dans le milieu de l'enseignement et de l'éducation, c'est quand même aberrant de ne pas avoir un module, une expérience ou une formation sur la manière dont je vais fonctionner avec un public qui n'a pas spécialement les mêmes références que moi » (D1)

Selon elle, tout le monde est susceptible d'être un jour ou l'autre confronté à un choc culturel et les enseignants ne savent pas toujours comment réagir face à ces situations. Une infirmière scolaire rejoint également cet avis. La directrice souligne que ce manque peut entraîner des conséquences qui s'apparentent à de la discrimination et une catégorisation de l'enfant en

fonction d'un comportement particulier. Selon elle, le manque d'ouverture vers l'autre de la part du personnel scolaire entraîne parfois certains propos déplacés.

« Sincèrement, moi parfois en tant que direction j'entends certains membres de mon équipe tenir des propos par rapport à certains enfants où je suis moi-même parfois un peu choquée. Je me dis qu'il y a un manque d'ouverture vers l'autre, un manque de compréhension, une méconnaissance de l'autre » (D1)

Enfin, une telle sensibilisation à la diversité culturelle permettrait une ouverture d'esprit sur l'autre et sa culture, ce qui permettrait de mieux appréhender des situations de « choc culturel » et diminuer certains propos discriminants des enseignants à l'égard de certains élèves.

7.6 Les acteurs essentiels à la promotion d'une alimentation saine à l'école

Tout d'abord, chaque répondante mentionne au minimum quatre acteurs différents nécessaires à la promotion d'une alimentation saine à l'école et qui travaillent en collaboration. A chaque reprise, il y avait des acteurs issus de différents secteurs et de différentes professions.

« Moi, je pense déjà que tout cela doit être fait en pluridisciplinarité » (S2)

Selon une infirmière PSE et la directrice, il faudrait des personnes qui connaissent le public, motivées par le projet et ayant une vision ouverte de la promotion de la santé (en opposition à l'approche paternaliste). Ces trois qualités semblent indispensables selon nos répondantes.

A. La direction de l'école

La majorité des répondantes a mentionné la direction comme étant un acteur essentiel à l'élaboration de programme de promotion d'une alimentation saine à l'école. Une infirmière scolaire attribue un rôle central à la direction en la qualifiant de « garant » du bon fonctionnement d'un tel projet dans une école. Selon elle, le fait d'avoir l'adhésion de la direction permettrait d'obtenir davantage d'effets positifs sur le long terme à l'issue d'un programme de promotion d'une alimentation saine dans une école.

« Je pense qu'il ne suffit pas de faire une animation one shot, je pense que c'est mieux d'avoir un projet sur le long terme et pour cela le soutien de la direction est important. C'est un travail de longue haleine et pour moi il faut l'adhésion du corps professoral pour qu'on puisse travailler cela sur du long terme » (S3)

B. Le personnel enseignant

Le personnel enseignant est l'acteur le plus souvent mentionné par les répondantes. Les enseignant(e)s seraient, selon elles, en première ligne avec les enfants et connaissent mieux les élèves et le contexte de leur classe. Selon une infirmière PSE, le personnel scolaire enseignant pourrait contribuer à sensibiliser les enfants sur l'alimentation équilibrée préalablement à la venue d'un intervenant externe pour améliorer l'efficacité de l'intervention.

C. Les acteurs PSE

Cités à de nombreuses reprises lors des entretiens, les membres PSE (médecins scolaires et infirmières scolaires) semblent être un acteur central et essentiel de la promotion à une alimentation saine à l'école. Ils contribuent notamment à réaliser des programmes de promotion d'une alimentation saine en proposant des animations avec les enfants. Selon l'une de nos infirmières PSE, un de leurs rôles essentiels consiste à garder le contact avec les écoles en leur rappelant qu'ils sont des professionnels de terrain disponibles pour leur proposer des interventions en promotion de la santé auprès de leurs élèves.

D. Les diététicien(ne)s

Quelques répondantes trouvent qu'il serait essentiel d'inclure les diététicien(ne)s dans l'élaboration des programmes de promotion d'une alimentation saine à l'école en raison de leurs compétences et de leur spécialisation relative à l'alimentation chez les enfants. De plus, ils/elles peuvent contribuer à la mise à disposition de matériel, d'outils et sont susceptibles d'apporter de la créativité au niveau du fond et de la forme lors d'interventions auprès des enfants.

E. Les parents d'élèves

Les parents d'élèves sont mentionnés par les répondantes issues du secteur PSE comme acteur essentiel à la promotion d'une alimentation saine à l'école. Les parents pourraient contribuer à une meilleure compréhension du contexte de la classe au niveau de l'alimentation de leur(s) enfant(s). Que ce soit via des questionnaires à compléter ou par une rencontre directe, le but d'inclure les parents est d'en apprendre plus sur la manière dont se déroule le quotidien des familles par rapport à l'alimentation à la maison, dans une vision plus globale que l'école uniquement. Par ailleurs, cela favoriserait la cohérence entre l'alimentation à l'école et l'alimentation à la maison, sans pour autant qu'elles se ressemblent.

« [...] C'est bien d'élaborer de programmes de santé à l'école mais si ce n'est pas suivi à la maison. Cela permettrait de faire le relais à la maison, en parler autour d'eux et puis c'est tout un système social qui pourrait se mettre en place, au-delà de l'école, au niveau extramuros. Je suis un peu idéaliste, mais ça pourrait être un générateur de santé dans tout un bassin social » (S2)

Selon une infirmière scolaire, cette cohérence entre l'alimentation à l'école et l'alimentation à la maison pourrait être favorisée par une sensibilisation des parents à l'alimentation équilibrée. Selon la médecin scolaire, nombreux sont les parents qui ignorent à quel point ce qu'ils donnent à manger à leur(s) enfant(s) est mauvais pour leur santé.

L'une de nos répondantes imagine même inclure les parents dans les animations en leur demandant de présenter des aliments ou des repas traditionnels selon leur origine ethnique, culturelle ou leur conviction religieuse. Selon elle, ce type d'animation dynamique pourrait favoriser l'ouverture des enfants à une alimentation et/ou une culture alimentaire méconnue.

F. Les autres acteurs

Dans cette partie seront présentés les acteurs n'ayant été cités qu'une seule fois par les répondantes. On y retrouve le personnel non enseignant (éducateur), les traducteurs, les cuisiniers, les artistes et les décideurs politiques.

L'institutrice a mentionné les éducateurs qui passent beaucoup de temps avec les enfants durant les périodes de récréation. Elle mentionne également les cuisiniers qui pourraient participer aux ateliers culinaires dans les écoles et réfléchir à ce qu'il pourrait éventuellement être amélioré à la cantine selon les capacités fonctionnelles de celle-ci.

La directrice suggère d'inclure des artistes dans les programmes de promotion d'une alimentation saine à l'école. Selon elle, le côté artistique dans l'éducation entraînerait une plus forte adhésion de l'enfant au message que l'on souhaite lui transmettre.

Par ailleurs, l'inclusion de traducteurs si nécessaire est évoqué, afin d'éliminer les possibles barrières linguistiques pour que le message que l'on souhaite transmettre puisse être accessible à tous, que ce soit à destination des élèves ou de leurs parents.

Enfin, une infirmière PSE souhaiterait inclure les décideurs politiques dans les programmes de promotion à une alimentation saine afin de les sensibiliser aux besoins des enfants en matière d'alimentation équilibrée pour libérer des fonds budgétaires nécessaires pour élaborer des programmes et interventions de qualité.

7.7 Les difficultés rencontrées

Cette partie présente les multiples difficultés, barrières et freins rencontrés par nos répondantes concernant la promotion de la santé à l'école d'une manière générale. Il est à souligner que cette catégorie a émergé lors de l'analyse des données brutes et que malgré qu'aucune question n'ait été destinée à ces difficultés, toutes les répondantes en ont mentionnées.

Premièrement, toutes nos répondantes issues du secteur PSE ont évoqué le manque de temps consacré à la promotion de la santé. En effet, la promotion de la santé ne représente que 20% de leurs missions. Selon elles, c'est insuffisant par rapport à ce qu'il est nécessaire de faire sur le terrain. Par ailleurs, la crise sanitaire actuelle entraîne l'annulation de la majorité des interventions de terrain, ce qui n'améliore pas la situation de la promotion de la santé dans les écoles. L'une d'entre elles ajoute même que ce manque de temps provoque une réticence au sein des équipes PSE se traduisant par une baisse de motivation à se lancer dans de nouveaux projets et entamer de nouvelles collaborations.

Outre le manque de temps du côté des services PSE, deux infirmières scolaires ont évoqué la faible volonté de certaines écoles à s'impliquer dans la promotion à la santé. Certaines écoles semblent très peu volontaires à collaborer et n'estiment pas nécessaire que les membres du service PSE viennent promouvoir la santé au sein de leur établissement. Par ailleurs, l'une d'entre elles rencontre souvent un manque d'investissement de la part des enseignantes lors des interventions dans les classes, ce qu'elle trouve dommage.

« Il nous est déjà arrivé de venir faire de la promotion de la santé dans une classe alors que les élèves ne savaient pas pourquoi on venait. C'est dommage qu'il n'y ait pas toujours un travail en amont de la part de l'enseignant » (S4)

Deux répondantes hors du secteur PSE soulignent l'organisation du milieu scolaire comme une barrière à de nouveaux projets. Selon nos répondantes, les contrats entre les écoles et les fournisseurs de repas scolaires s'avèrent être une barrière à des initiatives d'ateliers culinaires ou des projets liés à l'introduction régulière de repas visant à la découverte culturelle liée à l'alimentation

Enfin, la dernière barrière citée est l'accessibilité des écoles à la promotion de la santé via des intervenants externes, y compris ceux des services PSE. Selon la directrice (D1), le fait que les écoles doivent déboursier pour faire venir des intervenants pour promouvoir la santé n'est pas normal. Cette barrière est également soulignée par une infirmière PSE (S3).

« *Quelque part je trouve que c'est un accès que l'on ne donne pas à toute une partie de la population à l'école. [...] Ce genre de sensibilisation on ne sait pas la faire si on n'a pas les sous* » (D1)

7.8 Les pistes et recommandations

A. En fonction du public et du contexte socioculturel

Toutes les répondantes ont mentionné des idées et des pistes d'adaptation de l'information que ces programmes tentent de véhiculer. Toutes s'accordent à dire que le côté visuel semble une piste intéressante pour attirer l'attention du public, en particulier pour des élèves de section primaire. Pour mettre ce côté visuel en avant, deux membres d'équipe PSE expliquent que lors de leurs animations « boîte à tartines », elles commencent par présenter un PowerPoint essentiellement visuel où certains aliments sont affichés sous forme d'images avec des illustrations sur le nombre de carrés de sucre que la portion contient. Ensuite, ils passent à une activité ludique sur ce qui a été expliqué. L'une d'entre elle souligne que plus l'école présente un contexte social vulnérable, moins il y a de texte dans la présentation afin d'être le plus simple possible dans le message et susciter une meilleure attention et compréhension de tous.

Certaines répondantes évoquent des pistes d'adaptation de l'information en cas de barrière de la langue. Elles suggèrent l'utilisation de pictogrammes (dessins, images) comme moyen de communication efficace avec des enfants et/ou leurs parents qui ne parlent pas bien le français.

« *[...] Avec les mamans. Et là, soit on essaye d'adapter avec des images ou via des collègues qui parlent la langue. On trouve toujours une solution. On sait qu'une information en français tapée comme ça dans une enveloppe n'a pas de finalité, ce n'est pas efficace* » (S1)

Une autre répondante propose de collaborer avec des traducteurs pour adapter l'information écrite dans la langue maternelle de l'enfant. Elle suggère des animations par petits groupes d'enfants parlant la même langue, accompagnée d'un traducteur et un professionnel d'éducation à la santé. Par ailleurs, la directrice trouve que la cuisine est une manière universelle de communiquer et une telle activité aurait d'autres avantages que l'éducation à la santé.

« *Ça entraîne une lecture fonctionnelle, on crée quelque chose et en plus c'est lié à l'alimentation. C'est toujours agréable, on est un petit groupe, ça permet aussi de faire des maths* » (D1)

Cependant, l'actrice du projet sur l'alimentation souligne que toute information ou outil de communication doit être ancré dans le quotidien des enfants. Des informations et des animations ne suffisent pas si elles ne sont pas appuyées ou peu cohérentes avec le quotidien des enfants.

« Tout outil doit être accompagné et ancré dans des actions plus locales, de proximité (...) avec le public lui-même. Je fais l'avocat du diable mais c'est beau d'avoir des pyramides alimentaires, de belles affiches mais s'il n'y a pas un accompagnement d'ancrage de ces beaux messages dans le quotidien et dans la vie avec les enfants, on est sûr que ça va passer un peu au-dessus de la tête. C'est pour ça que des projets intégrés, transversaux au sein du milieu scolaire sont des pistes intéressantes et à creuser » (C1)

B. Pour améliorer l'intégration de l'aspect ethnoculturel dans les programmes et interventions de promotion d'une alimentation saine à l'école

Premièrement, la majorité des répondantes s'accorde à dire qu'il est essentiel de connaître le contexte socioculturel et les besoins de l'école et de la classe qui bénéficie d'un programme ou d'une intervention en promotion d'une alimentation saine. Au-delà de ça, certaines d'entre elles insistent sur la nécessité d'aller plus loin que la compréhension de ce contexte. Selon elles, il est essentiel de s'intéresser aux différentes représentations culturelles de l'autre et d'avoir la volonté de les prendre en compte et de les intégrer au mieux dans son travail et dans ses interventions auprès du public bénéficiaire.

« Démarrer du quotidien des familles, comment ils s'alimentent, comment ils vivent ça culturellement, quelle est leur représentation de l'alimentation et pas la mienne. [...] Construire des projets avec les directions d'école en hétéro-intelligence, tous ensemble dans une co-construction » (S2)

Par ailleurs, plusieurs répondantes recommandent d'établir des activités culinaires avec les élèves pour sensibiliser à la diversité ethnoculturelle dans l'assiette, pour leur faire découvrir de nouvelles saveurs, de nouveaux goûts et de nouvelles manières de cuisiner.

« Arriver à proposer aux enfants des choses où on découvre une nouvelle culture et d'autre part permet de se dire qu'en fait ces combinaisons-là (d'aliments) sont intéressantes, enrichissantes, viennent d'un petit peu partout et permettent de bien me nourrir (D1)

Une infirmière PSE recommande d'inclure les parents dans les activités culinaires en leur demandant de présenter un aliment, un plat, une journée alimentaire traditionnelle ou typique

de leur culture ou pays d'origine. Selon elle, cela pourrait faciliter l'ouverture des élèves à d'autres cultures ou d'autres plats et aliments méconnus.

« On pourrait imaginer proposer aux parents qui auraient envie de se joindre à ce genre de projet de venir par exemple présenter une table, une animation où ils proposent un menu différent selon leur culture pour permettre aux enfants d'une classe de tester d'autres aliments, d'autres repas. Un parent qui vient proposer ce genre de chose de manière dynamique, je pense que ça favorise plus l'ouverture par rapport à un plat qui est juste proposé comme ça à la cantine et dont l'enfant n'a pas d'autre information excepté une assiette qu'il ne connaît pas devant lui » (S3)

L'inclusion des parents dans la promotion d'une alimentation saine à l'école est une piste citée par beaucoup de répondantes. Deux objectifs principaux à l'inclusion des parents se démarquent. Le premier est une meilleure compréhension du contexte socioculturel de la classe et des représentations des enfants. Le second objectif, développé par la moitié des répondantes, est de rendre le parent acteur de la santé de son enfant en les sensibilisant à l'alimentation équilibrée pour qu'il y ait une meilleure cohérence entre ce que les enfants peuvent apprendre à l'école et ce qu'il se passe à la maison.

Trois répondantes mentionnent l'intégration de journées alimentaires et de repas typiques à certaines cultures ou certains pays dans les menus à la cantine. Selon elles, cela permettrait de favoriser la découverte de l'enfant à certains aliments et plats jusque-là méconnus et de s'ouvrir à d'autres cultures.

« C'est une forme de sensibilisation intéressante qui ouvre, qui va titiller la découverte. Surtout avec les plus jeunes, le côté découverte est intéressant. Être dans l'expérimentation du plaisir et de la découverte je trouve ça porteur sur le long terme » (C1)

8. Discussion

La discussion s'articule autour de différentes parties. Premièrement, une synthèse des résultats pertinents sera présentée et parallèlement mise en lien avec la littérature parcourue. Par après, nous envisagerons les implications pour la pratique et les perspectives qui seraient susceptibles d'en découler. Enfin, nous clôturerons la discussion par les limites de ce présent mémoire.

8.1 Synthèse des résultats pertinents et lien avec la littérature

Interprétation de l'aspect ethnoculturel

Le concept de « aspect ethnoculturel » a servi de synonyme à l'ethnicité. Pour rappel, le terme « ethnicité » est sensible aux différences culturelles (Afshari & Bhopal, 2010, Liu et al., 2012). Selon Sheikh et al. (2004), l'ethnicité peut englober des dimensions telle que la culture, la langue, des caractéristiques physiques ou encore la religion. La question relative à cet aspect ethnoculturel (voir annexe n°9) a parfois suscité des demandes d'éclaircissement de la part des répondantes qui ne comprenaient pas toujours la question. La plupart d'entre elles ont pris le temps de réfléchir avant de répondre à cette question qu'elles ont jugé vaste, large et complexe dans le sens où ce terme regroupe plusieurs concepts en même temps. Majoritairement, cette question leur a évoqué la diversité et la mixité sociale, culturelle et ethnique au sein du milieu scolaire que l'on peut retrouver en Région bruxelloise. A Bruxelles, cette diversité socio-économique et culturelle (qui reprend notamment le concept de l'ethnicité dans la définition utilisée par la littérature) a notamment été appuyée par l'Observatoire de la Santé et du Social (2019) et le Plan stratégique de promotion de la santé 2018 – 2022 (SPFB, 2018). Les termes spécifiques obtenus définissant cet aspect ethnoculturel sont les différences de langues, d'origines ethniques, de nationalités, de cultures, de religions. Cela coïncide avec les résultats de Harding et al. (2018) où il précise que les enfants de la plupart des grandes villes d'Europe de l'Ouest grandissent dans un riche mélange culturel caractérisé par une diversité ethnique, linguistique, religieuse ou encore de culture alimentaire. Tout au long de ce travail, nous utiliserons les termes « contexte socioculturel » pour qualifier l'environnement scolaire et ses caractéristiques sociales, ethniques et culturelles. Ces termes diffèrent quelque peu de l'aspect ethnoculturel qui est plutôt utilisé pour qualifier le public et ses caractéristiques sociales, ethniques, culturelles et religieuses.

Par rapport à l'alimentation, cet aspect ethnoculturel renvoie aux différentes représentations de l'alimentation équilibrée, de la corpulence, des habitudes alimentaires, des différentes traditions alimentaires culturelles et/ou religieuses. Cela rejoint quelque part les dires de Penson & Coppieters (2017) qui mentionnent que les habitudes alimentaires, la culture et le milieu social d'origine guident les comportements alimentaires et que les repères normatifs en matière de corpulence diffèrent ainsi selon les appartenances sociales et les lieux. Ils précisent d'ailleurs que les comportements et habitudes alimentaires ne résultent donc pas uniquement des choix et styles de vie personnels, mais aussi des influences sociales et communautaires, ce qui va dans le sens des principaux résultats obtenus sur la question.

Il paraît fondamental à l'heure actuelle d'intégrer cet aspect ethnoculturel, notamment lié à l'alimentation, dans les programmes de promotion d'une alimentation saine à l'école dans laquelle ce public se reconnaît, si l'on souhaite atteindre des résultats en matière d'amélioration des comportements alimentaires et que ce public adhère à ce qui est promu. Cela coïncide avec les propos de Sheikh et al. (2004) et Schwingshackl et al. (2017) qui rapportent que les différences d'habitudes alimentaires et tous les facteurs sociaux et contextuels liés à l'ethnicité doivent être pris en considération lors de l'élaboration, la planification et la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé qui comprennent des individus d'origines ethniques étrangères. Par ailleurs, Liu et al. (2012) soutiennent l'hypothèse que les interventions de promotion de la santé qui se sont déjà avérées efficaces sont également susceptibles de l'être auprès des groupes d'origines ethniques étrangères, à condition qu'elles soient adaptées de manière appropriée selon le contexte socioculturel. L'OMS rejoint cet avis en stipulant qu'il est évident que ces activités doivent être adaptées à l'âge et au contexte des enfants dans leur environnement scolaire et qu'un programme ne peut pas être transféré et transférable à tous les contextes (WHO, 2020a). La manière dont il est introduit se doit également être adaptée à ce contexte et à ses spécificités (Darlington et al., 2018).

Cependant, les preuves actuelles de l'efficacité des adaptations sont prometteuses mais mitigées (Castro et al., 2010), ce qui rejoint Liu et al. (2012) qui mentionnent le manque de preuves sur les meilleures façons d'offrir aux populations d'origine ethnique étrangère des interventions de promotion de la santé. En effet, l'intégration de ce facteur ethnoculturel relève une immense complexité qui dépasse les principaux modèles d'adaptation des interventions pour les populations d'origine ethnique étrangère (J. J. Liu et al., 2016). Cette pauvre littérature sur l'intégration de l'ethnicité et de l'aspect ethnoculturel dans la promotion de la santé, en particulier dans les écoles et/ou chez les enfants, ne facilite pas la confrontation des résultats avec cette littérature.

Pour adapter ces interventions en fonction du contexte socioculturel, il ressort de nos résultats qu'il est fondamental d'avoir conscience du public auquel on s'adresse et qu'il faut adapter l'information en fonction de ce même contexte, des représentations du public, de son niveau scolaire et de sa compréhension du français. Dans le cadre stratégique sur les modes de vies et environnements favorables à la santé, Penson & Coppieters (2017) rejoignent nos résultats et identifient une piste d'action qui consiste à favoriser l'accès aux connaissances en adaptant ces dernières au public visé (âge, contexte, valeurs, rapport à la langue, culture) et de les formuler dans un langage clair et adapté.

Cependant, il semblerait que ce facteur ethnoculturel soit rarement pris en compte dans la promotion de la santé à l'école en Région bruxelloise d'une manière générale. Actuellement, les acteurs de la promotion de la santé manquent de temps pour réaliser leurs missions et certains acteurs soulignent que les équipes PSE restent dans des schémas « très belges », n'ayant pas le temps de s'intéresser davantage au contexte socioculturel de la classe dans laquelle ils interviennent. Ils tiendraient cependant compte du rapport à la langue et des aliments « interdits » par la religion musulmane qui est pratiquée par une partie importante de la population bruxelloise.

Sensibilisation du personnel scolaire sur la promotion de la santé et la diversité culturelle

Vu la diversité culturelle actuelle en Région bruxelloise, il semble essentiel de sensibiliser et former les enseignants sur celle-ci. En effet, tout le monde est susceptible d'être un jour ou l'autre confronté à un choc culturel et les enseignants n'y sont pas préparés et ne savent pas comment réagir face à ce genre de situation. En outre, cela favoriserait davantage l'ouverture du personnel scolaire à différentes cultures et représentations culturelles.

Par ailleurs, une sensibilisation du personnel scolaire en promotion de la santé et plus spécifiquement sur l'alimentation saine serait la bienvenue étant donné leur position de première ligne dans le milieu de vie des enfants, afin de rendre l'enseignant davantage acteur de la santé de ses élèves. Cela concorde notamment avec l'un des objectifs du même cadre stratégique cité ci-dessus (Penson & Coppieters, 2017) qui est d'améliorer la qualité des interventions via le soutien, le développement et le renforcement des compétences des acteurs de terrain sur les démarches en promotion de la santé liées au thème de l'alimentation, notamment via la sensibilisation, la formation et l'accompagnement des acteurs psycho-médico-sociaux et adultes-relais (professeurs, éducateurs, membres de l'équipe PSE, etc). Wolfenden et al. (2016, 2017) identifient les enseignants comme « acteur-clé » au développement de ces programmes et recommandent une formation adéquate sur la promotion d'une alimentation saine en milieu scolaire. Cependant, il ressort de nos résultats que nombreux sont les enseignants qui ne sont que très peu impliqués dans la santé de leurs élèves, ignorant la quantité de mauvaises informations relatives à l'alimentation saine qu'ils relayent aux enfants. Cela concorde avec les résultats de Woynarowska-Soldan (2015) qui montrent qu'il est fréquent d'observer une faible implication du personnel enseignant dans les projets de promotion de la santé au sein de l'école. Même constat dans le rapport de l'ONE relatif à leurs missions d'interventions de promotion de la santé à l'école où ils remarquent un intérêt limité

du personnel enseignant à s'investir dans de nouveaux projets (Fallon et al., 2020). Selon Jourdan et al. (2008, 2016), cela pourrait s'expliquer notamment par le fait que l'enseignant n'est pas toujours conscient de son rôle dans la promotion et l'éducation à la santé et que son implication dépend entre autres de sa motivation personnelle et de sa conception du rôle d'enseignant. Ce constat s'apparente à une difficulté considérable et renforce la pertinence de l'objectif de renforcer les compétences des acteurs de terrains sur la promotion d'une alimentation saine développé par Penson & Coppieters (2017).

Acteurs essentiels à la promotion d'une alimentation saine à l'école

Nos répondantes suggèrent l'inclusion des parents dans l'élaboration et l'implémentation des programmes afin d'améliorer la compréhension du contexte socioculturel de la classe, des représentations culturelles des enfants, de leurs habitudes alimentaires mais également afin de les sensibiliser à l'alimentation équilibrée pour une meilleure cohérence entre ce que les enfants peuvent apprendre à l'école et ce qu'il se passe à la maison. Les parents pourraient également être inclus lors des animations auprès des enfants. Ces diverses suggestions autour de l'inclusion des parents coïncident avec le constat de l'OMS publié dans le cadre NSFI (WHO, 2021). En effet, ils ont constaté des effets positifs de la participation des parents dans les programmes de promotion de la santé en milieu scolaire en matière de résultats sur les comportements alimentaires et l'IMC des élèves avec un impact plus important lorsque la participation effective des parents était plus importante (Gori et al., 2017; Langford et al., 2014; Vasques et al., 2014).

Ensuite, la *direction d'école* semblerait être un acteur jouant un rôle central, voire être « garant » du bon fonctionnement d'un projet de promotion de la santé dans une école. L'adhésion de la direction et du personnel scolaire améliorerait l'efficacité des programmes d'une alimentation saine dans l'école. Ces propos rejoignent ceux de Adamowitsch et al. (2017) qui expliquent que les directions d'écoles sont la principale « force motrice » dans les programmes de promotion de santé à l'école et les activités concrètes. Par ailleurs, plus la direction adhère et s'implique dans la promotion de la santé de son école, plus les programmes et interventions sont susceptibles d'être efficaces et implémentés de manière adéquate sur le long terme (Adamowitsch et al., 2017; Nina Grieg Viig & Wold, 2005; Tjomsland et al., 2009). Nos répondantes n'ont pas abordé la direction lorsqu'il était question de la sensibilisation du personnel scolaire en promotion de la santé, bien que celle-ci fasse partie du personnel scolaire. Cependant, les résultats de Dadaczynski et al. (2020) montrent que plus le niveau de littératie

en promotion de la santé de la direction est élevé, plus les programmes de promotion de la santé au sein de l'établissement sont durables et mis en œuvre de manière efficaces.

Les *acteurs PSE* sont le troisième acteur central car ils sont les principaux réalisateurs des programmes et des animations de promotion de la santé dans les écoles. Les *diététiciennes* s'ajoutent à la liste des professionnels de la santé essentiels à la promotion d'une alimentation saine à l'école. Le *personnel enseignant* semble également être un acteur jouant un rôle central étant donné leur position de première ligne et de proximité avec les enfants. Les enseignants seraient plus susceptibles de connaître leurs élèves (public) ainsi que le contexte de la classe. Ils pourraient donc contribuer à la promotion d'une alimentation saine à l'école en participant aux animations et en sensibilisant les enfants à l'alimentation saine préalablement à ces animations afin d'introduire celles-ci dans le but d'améliorer l'efficacité des interventions.

Par ailleurs, ces différents acteurs n'ont pas été mentionnés de manière indépendantes. Il ressort principalement de nos résultats les notions de multidisciplinarité, d'intersectorialité et de collaboration. Nos résultats montrent que la promotion de la santé ne peut être une action isolée. Une collaboration entre la direction, les enseignants, les parents et les professionnels de promotion de la santé semble donc indispensable. Ceci concorde avec les propos de Murimi et al. (2018) et ceux de Darlington et al. (2018) qui disent que les programmes qui associent la formation des enseignants et leur implication combinée à l'inclusion d'experts dans la promotion d'une alimentation saine en milieu scolaire ont plus de chances de réussir. Bucher Della Torre et al. (2010) et Darlington et al. (2018) recommandent également d'intégrer toutes les parties prenantes des écoles (le personnel scolaire, les professionnels extrascolaires des secteurs de l'éducation, du social et de la santé, ainsi que les décideurs et les parents) dans les initiatives de promotion de la santé en appelant les acteurs scolaires à collaborer et à unir leurs efforts pour encourager les comportements sains, ce qui est en cohérence avec les résultats obtenus sur la question.

Enfin, nos résultats indiquent qu'une sensibilisation du personnel scolaire à la promotion de la santé entraînerait une amélioration de leur motivation et favoriserait les collaborations entre le personnel scolaire et le personnel PSE pour élaborer de nouveaux projets. Ceci rejoint les résultats de Darlington et al. (2018) qui montrent que la formation et l'inclusion du personnel scolaire dans les projets de promotion de la santé sont susceptibles d'augmenter la motivation du personnel à mettre en œuvre des actions et à s'impliquer dans celles-ci. Cependant, il est évident que les perspectives d'inclure tous ces acteurs dans l'élaboration des programmes et

interventions de promotion de la santé ainsi que de mettre en place d'une formation du personnel scolaire sur la promotion de la santé semblent utopistes. En effet, il est difficile d'instaurer des charges de travail supplémentaires liées à la promotion de la santé auprès des enseignants (Jourdan et al., 2008; Fallon et al., 2020). Cela introduit les difficultés et les barrières liées à la promotion de la santé dans le contexte actuel en Région bruxelloise.

Difficultés rencontrées en promotion de la santé

Le manque de temps et de moyens octroyés au volet « promotion de la santé » dans les services PSE est la principale difficulté à la promotion de la santé. En effet, celle-ci ne représente que 20% des missions des acteurs PSE. Ce manque de temps et de moyens provoquerait notamment une réticence au sein des équipes se traduisant par une baisse de motivation à se lancer dans de nouveaux projets de promotion de la santé avec les écoles. Cette difficulté est d'ailleurs constatée par l'ONE lui-même dans son rapport sur leur mission de mise en place de programmes de promotion de la santé à l'école où il est mentionné que les organisations en charges de PSE présentent des difficultés liées au manque de personnel pour leurs missions de promotion de la santé (Fallon et al., 2020). En totale cohérence avec nos résultats, ils précisent notamment que ce manque de temps provient notamment de la charge importante de travail liée aux bilans de santé obligatoires (BSO) ainsi qu'au travail administratif qui force le personnel PSE à mettre leurs missions de promotion de la santé au second plan. L'OMS appuie également cela en évoquant que bien que de nombreux pays déclarent avoir implémenté des programmes de santé et d'alimentation à l'école, la mise en œuvre de ces derniers semble malheureusement s'être affaiblie depuis une dizaine d'années (WHO, 2021).

Par ailleurs, certaines écoles montrent parfois une faible volonté à collaborer et à s'impliquer dans la promotion de la santé. Ce constat renvoie entre autres à celui de Fallon et al. (2020) qui met en avant un faible intérêt de la part des enseignants, de surcroît limités par le temps, à conduire de nouveaux projets mais également à la difficulté d'introduire du travail supplémentaire auprès des enseignants (Jourdan et al., 2008). Il arrive même que certaines écoles n'estiment ni nécessaire ni utile de faire venir des intervenants externes pour promouvoir la santé à l'école. Cette faible collaboration peut avoir comme source la barrière financière à la promotion de la santé à l'école. Le fait que les écoles doivent déboursier pour des interventions en promotion de la santé semble être un véritable frein à la promotion de la santé dans les écoles. Etant donné que les écoles demandent la plupart du temps une contribution financière aux parents d'élèves pour les activités scolaires, cette question autour de l'accessibilité financière

est un frein envers certaines écoles ayant un indice socio-économique plus faible et s'avère incohérente dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

En outre, dans le rapport de l'ONE (Fallon et al, 2020), il en ressort une difficulté principale qui concerne le turnover important au sein du milieu PSE et son impact négatif sur les collaborations intersectorielles. Ce turnover semble être principalement expliqué par la faible attractivité du métier au sein d'un service PSE, que ce soit au niveau salarial ou à cause du statut trop orienté sur les bilans de santé obligatoires et trop peu sur les missions de promotion de la santé. Cela donne davantage de sens à la question de la faible collaboration intersectorielle entre les services PSE et les écoles ainsi que par rapport au manque de ressources humaines liées à ces services PSE.

Pistes et recommandations

Le premier paragraphe de cette partie concerne les pistes pour adapter l'information en fonction du public et du contexte socioculturel. Le côté visuel (pictogrammes, dessins, images) est la piste la plus citée pour attirer l'attention d'un public scolaire, en particulier en section primaire, et semble également intéressant en cas de barrière de la langue. L'exploitation de l'aspect visuel combiné à des messages simples et clairs permettrait de susciter une meilleure attention et compréhension de tous. Le côté ludique et dynamique dans les animations est la seconde piste la plus citée. Des ateliers culinaires ou des animations faisant participer les enfants de manière active sembleraient rendre ces activités plus dynamiques en donnant l'opportunité à l'enfant de mettre en pratique ce qu'il a appris afin de s'assurer que l'information a bien été transmise.

Les prochains paragraphes portent sur les pistes pour améliorer l'intégration de l'aspect ethnoculturel dans les programmes et interventions de promotion d'une alimentation saine à l'école. Il semble tout d'abord essentiel de comprendre le contexte de la classe ou l'école dans laquelle on intervient mais surtout de s'intéresser aux différentes représentations culturelles du public et d'avoir la volonté de les prendre en compte et de les intégrer au mieux dans les programmes et interventions auprès de ce même public. Pour y parvenir, une étroite collaboration ainsi qu'une co-construction des interventions entre le personnel scolaire et les intervenants extérieurs (acteurs PSE en l'occurrence) sont suggérées.

Les pistes suivantes concernent les activités culinaires et de dégustations suggérées par nos répondantes. Il a été recommandé d'intégrer au menu de la cantine des journées alimentaires à thèmes avec des repas typiques à certaines cultures ou certains pays, mais également de

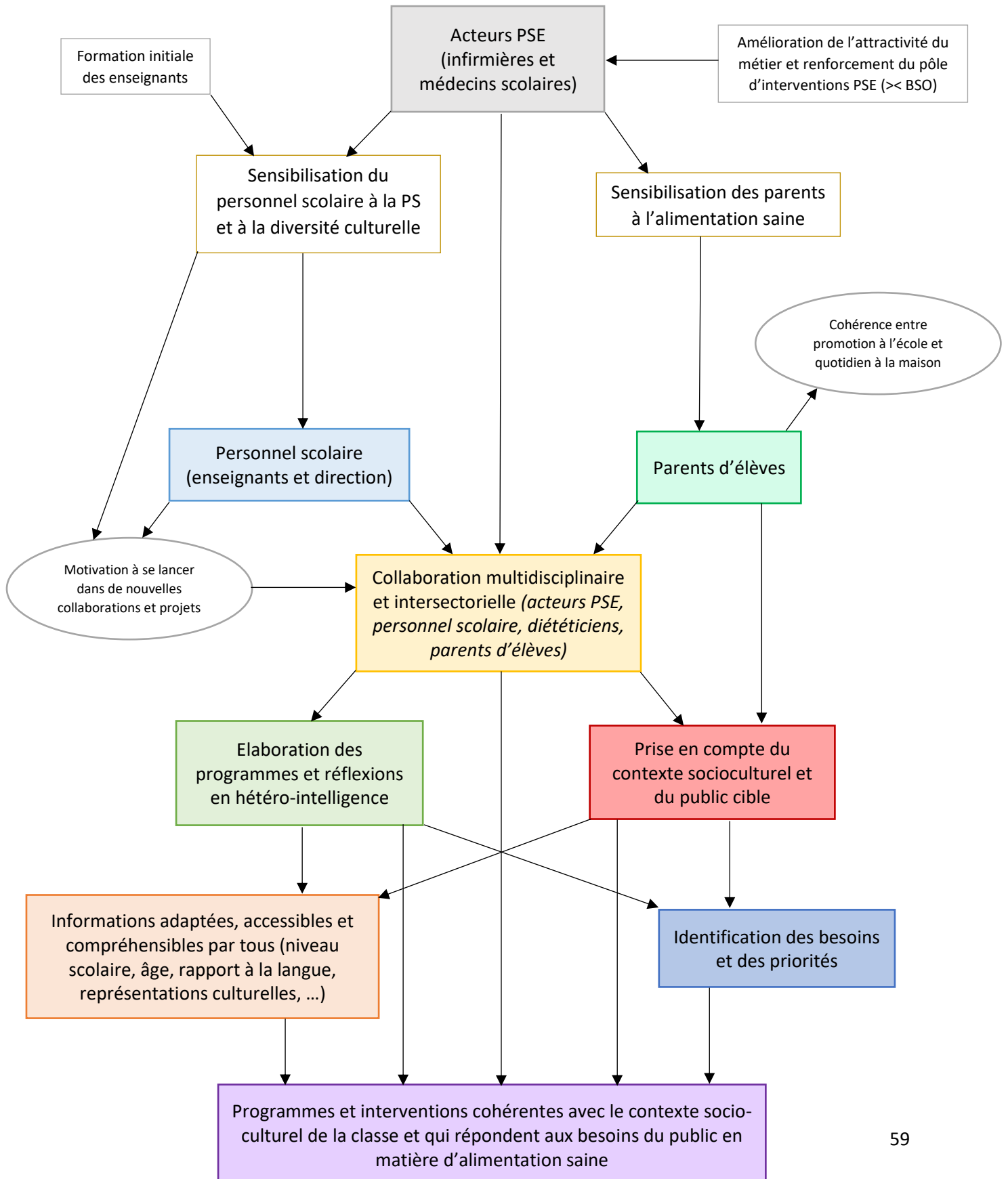
proposer des activités culinaires pour sensibiliser à la diversité culturelle dans l'assiette. Ces deux pistes permettraient aux enfants de découvrir de nouvelles saveurs, de nouveaux goûts, de nouvelles associations d'aliments et manières de les cuisiner. Il serait intéressant d'y inclure les parents en leur demandant de présenter un aliment, un plat, une journée alimentaire traditionnelle ou typique de leur culture ou pays d'origine. Ce type d'animation dynamique faciliterait l'ouverture et l'appropriation des élèves à d'autres cultures ou d'autres plats et aliments jusque-là méconnus.

Enfin, la majorité de nos répondantes mentionnent spontanément l'inclusion des parents dans l'élaboration et la mise en place des programmes comme piste prometteuse. Le premier objectif d'y inclure les parents et une meilleure compréhension du contexte socioculturel de la classe, des représentations culturelles des enfants et de leurs habitudes alimentaires. Le second objectif est de sensibiliser les parents à l'alimentation équilibrée pour une meilleure cohérence entre ce que les enfants peuvent apprendre à l'école et ce qu'il se passe à la maison.

Malheureusement, il n'existe que très peu de modèles ou d'outils qui facilitent l'adaptation des programmes et interventions en fonction du contexte socioculturel de l'école ciblée. Selon Liu et al. (2016), les principaux modèles d'adaptation des interventions pour les populations d'origine ethnique étrangère sont dépassés par l'immense complexité de la promotion de la santé dans sa réalité. Cependant, il existe un document belge reprenant les bases théoriques de la promotion de la santé à l'école à destination des équipes PSE (Service PSE Province de Liège, 2005). Ce document guide les acteurs dans leurs missions de promotion de la santé auprès des jeunes et insiste notamment sur l'alimentation saine. Il porte attention sur l'importance du contexte de l'école, sur les représentations (socioculturelles) santé des jeunes et sur la manière de les recueillir. Il met l'accent sur les dimensions psychosociales en proposant des approches communautaires, globales, positives et participatives en regroupant l'intégralité des acteurs mentionnés dans ce présent mémoire. Ce document pourrait constituer une base intéressante pour guider les acteurs PSE à améliorer leurs interventions de promotion de la santé et de les adapter au contexte socioculturel des écoles dans lesquelles ils travailleront.

8.2 Implication pour la pratique et perspectives

Figure n°2 : Cadre conceptuel sur les pistes d'amélioration de l'intégration de l'aspect ethno-culturel dans l'élaboration et la mise en place de programmes et interventions de promotion d'une alimentation saine dans les écoles primaires bruxelloises.



Lors des entretiens, nous avons notamment demandé aux répondantes de développer des pistes qui leur semblent prometteuses pour améliorer l'intégration de l'aspect ethnoculturel dans les programmes et interventions de promotion d'une alimentation saine dans les écoles primaires bruxelloises. Par conséquent, nous nous sommes inspirés de ces pistes afin de décrire les implications suivantes pour la pratique. Dans la figure n°2 ci-dessus, voici comment nous imaginerions l'élaboration et la mise en place de programmes et interventions de promotion d'une alimentation saine en fonction des résultats obtenus. Les objectifs et justifications pour chacune des suggestions ont été expliqués précédemment dans cette discussion.

Premièrement, nous pensons qu'une collaboration multidisciplinaire et intersectorielle entre les différentes parties prenantes (acteurs PSE, enseignants, direction, diététiciennes et parents d'élèves) est centrale. Nous avons par ailleurs constaté qu'il y a actuellement un problème au niveau de cette collaboration entre ces parties prenantes notamment à cause du manque de ressources humaines liées aux missions de promotion de la santé hors bilans de santé obligatoires. Ce manque de ressources humaines, principalement expliqué par un financement insuffisant combiné à un turnover important du personnel lui-même lié à la faible attractivité du métier, s'avère être un frein important à ces collaborations intersectorielles sur la durée (Fallon et al., 2020). Mise à part ces difficultés, nous pensons qu'il serait dès lors judicieux, qu'outre les interventions auprès des enfants, les acteurs PSE sensibilisent également les parents d'élèves et le personnel scolaire à l'alimentation saine.

Il semblerait que cette collaboration puisse permettre une meilleure prise en compte du contexte socioculturel de la classe, une meilleure compréhension du public cible et de ses représentations culturelles, ce qui est essentiel à une bonne identification des priorités et des besoins de ce même public cible en matière d'alimentation saine. Nous recommandons à l'ensemble des acteurs susceptibles d'être impliqués dans ces programmes d'attribuer une attention particulière à cette étape pour prendre conscience de la réalité socioculturelle dans laquelle ils se trouvent.

Dans cette suite logique, nous suggérons que l'ensemble des acteurs impliqués dans un projet de promotion d'une alimentation saine profite de cette collaboration pour réfléchir à la meilleure manière d'adapter l'information véhiculée lors des interventions pour que celle-ci soit la plus accessible et compréhensible par le public en fonction de son âge, son niveau scolaire, ses représentations culturelles et son rapport à la langue française. Nous proposons par ailleurs de privilégier le côté visuel et ludique lors des interventions car ceux-ci sembleraient davantage attirer l'attention et l'adhérence du public. Par ailleurs, nous recommandons l'intégration occasionnelle de repas culturellement diversifiés (préalablement introduits et

expliqués aux enfants) au menu de la cantine scolaire. Nous soutenons également l'organisation d'activités culinaires, d'animations de présentations de repas et de journées alimentaires typiques d'une culture ou d'un pays pour favoriser la découverte et l'ouverture des enfants à de nouvelles cultures, de nouvelles saveurs, de nouveaux aliments, nouvelles associations d'aliments et manières de les cuisiner.

Pour cela, nous suggérons d'inclure si possible un(e) diététicien(ne) dans le projet de promotion d'une alimentation saine pour toutes les raisons précédemment évoquées (créativité, pertinence des informations, mise à disposition d'outil, etc.). Cependant, nous sommes conscients que l'inclusion d'une diététicienne dans ce type de projets engendre des frais supplémentaires pour les écoles ainsi que pour les parents, ces derniers participant à une partie des frais engendrés par ce type d'activités scolaires. Pour certaines écoles moins favorisées, il est délicat de demander aux parents d'élèves une participation financière supplémentaire, ce qui s'apparente à un frein en matière d'accessibilité. Il est indispensable de relever que cette question d'accessibilité est susceptible d'engendrer des inégalités sociales de santé, étant donné que les écoles (ainsi que les parents) ayant le plus de moyens seraient susceptibles de bénéficier d'avantages supplémentaires en termes de promotion de la santé à l'école par rapport aux écoles (ainsi que les parents) issu(e)s de milieux socio-économiques moins favorisés. Il serait dès lors judicieux de plaider pour cette cause de l'accessibilité en matière de promotion de la santé auprès des instances de l'ONE responsables du financement et de l'organisation de la promotion de la santé en Région bruxelloise.

Malheureusement, toutes ces pistes paraissent difficiles à mettre en place en pratique pour plusieurs raisons. Premièrement, il semblerait que le temps octroyé aux acteurs PSE pour leurs missions en promotion de la santé est insuffisant. Ce problème se traduirait par une baisse de motivation de ces acteurs pour se lancer dans de nouveaux projets et de nouvelles collaborations intersectorielles et multidisciplinaires. Le personnel scolaire semble également manquer de temps pour se lancer dans de nouvelles collaborations et la rigidité de l'organisation scolaire paraît également être un frein pour le lancement de nouveaux projets au sein de l'école. De plus, l'actuelle crise sanitaire provoque l'annulation de la majorité des interventions des acteurs PSE sur le terrain, ce qui n'avantage pas la situation de la promotion de la santé dans les écoles.

Bien conscients que ces barrières ne disparaîtront pas d'aussitôt, nous recommandons tout de même aux acteurs de terrain de la promotion de la santé à l'école (équipes PSE, enseignants, direction d'école, parents d'élèves) d'appuyer leurs difficultés auprès des instances politiques et de l'ONE responsables du financement et de l'organisation de la promotion de la santé en

Région bruxelloise. Nous suggérons d'ores et déjà un renforcement du pôle de promotion de la santé et des équipes PSE en octroyant davantage de moyens financiers et de ressources humaines afin de favoriser les collaborations nécessaires à l'amélioration de l'élaboration et la mise en place de programmes et interventions en promotion de la santé dans les écoles primaires bruxelloises. Pour cela, les problèmes de turnover et d'attractivité du métier d'acteurs au sein d'un service PSE devraient idéalement être résolus en interne.

Avant de discuter de la plus-value de cette recherche et de sa contribution à la littérature, nous souhaitons tout d'abord rappeler le contexte actuel particulier lié à la crise sanitaire actuelle qui entraîne une pression sur le secteur de la santé y compris le secteur de la promotion de la santé à l'école qui se retrouve débordé. Ceci demande une adaptation considérable dans la pratique quotidienne des acteurs, ce qui occasionne notamment des difficultés à contacter et à collaborer avec les parties prenantes de la promotion d'une alimentation saine à l'école. De fait, nous pensons que dans le cadre contextuel de notre recherche, celle-ci reflète les principales difficultés des acteurs de terrain et les lacunes de la promotion à une alimentation saine dans les écoles primaires bruxelloises et coïncident par ailleurs avec celles mentionnées dans le rapport de l'ONE sur leurs missions d'interventions de promotion de la santé (Fallon et al., 2020). En outre, notre recherche propose des pistes intéressantes à creuser afin d'améliorer l'intégration de l'aspect ethnoculturel dans les programmes de promotion d'une alimentation saine à l'école et propose un outil existant qui pourrait constituer une base intéressante pour y parvenir. Nous pensons que ce mémoire pourrait contribuer à cette amélioration dans l'optique où quelques acteurs de la promotion de la santé considéreraient les pistes développées dans cette discussion en y prêtant attention et en les appliquant dans leur pratique. Par ailleurs, notre recherche pourrait éventuellement susciter l'intérêt de futurs mémorants à continuer ce mémoire d'une manière plus pratique en approfondissant les pistes suggérées via un mémoire-action portant sur la même thématique.

8.3 Limites et réflexivité du chercheur

Les résultats, réflexions et perspectives de ce mémoire ne sont pas généralisables pour toutes les écoles et services PSE de la Région bruxelloise. L'objectif de ce mémoire est de suggérer des pistes d'amélioration en rapport avec notre sujet. Par ailleurs, ayant peu d'expérience dans la méthode qualitative, cela constitue également une limite dans l'interprétation des résultats.

En outre, cinq répondantes sur huit sont issues du secteur PSE. Elles sont donc davantage sensibilisées à la promotion de la santé à l'école.

Par ailleurs, nous n'avons pas réussi à recruter l'ensemble des professionnels que nous aurions souhaité. En effet, certains membres et acteurs clés de la promotion de la santé et de la diversité ethnoculturelle en santé ont malheureusement refusé de participer à notre recherche. La plupart des refus ont été justifiés par un manque de temps de la part des potentiels répondants. Cette faible disponibilité de ceux qui pourraient éventuellement s'avérer parties prenantes de la promotion d'une alimentation saine et adaptée à la diversité ethnoculturelle dans les écoles primaires bruxelloises est un résultat en soi, et pourrait rejoindre nos résultats relatifs au manque de temps, de ressources humaines et financières octroyées à la promotion de la santé à l'école et à la faible collaboration intersectorielle qui en est également ressortie. De plus, nous n'avons pas trouvé de parent d'élève(s) de primaire intéressé par le sujet de notre recherche. Nous n'avons pas non plus inclus le public cible principal dans notre échantillon de répondants, en l'occurrence les élèves de section primaire. De fait, nous ne prétendons pas avoir obtenu un échantillon totalement représentatif de tous les types d'acteurs susceptibles d'être partie prenante de notre thématique.

Ensuite, il semble pertinent de souligner qu'étant donné que nous avons opté pour un guide d'entretien semi-directif avec des questions reposant sur des thématiques précises telles que l'intégration de l'aspect ethnoculturel, de la prise en compte du contexte de la classe ou encore d'une sensibilisation du personnel scolaire, etc, l'importance de certaines thématiques pourrait être surestimée dans les résultats obtenus. Nous avons tenu compte de ce possible biais lors de l'analyse de ces derniers.

Nous sommes également conscients que nos propres représentations et expériences sur le sujet ont pu influencer l'objectivité des résultats mais aussi leur compréhension et leur interprétation. Selon Aujoulat (2020), cette subjectivité potentielle du chercheur n'est pas un biais mais une caractéristique inhérente aux méthodes qualitatives qu'il est nécessaire de mentionner.

9. Conclusion

Nous pouvons remarquer que pour diverses raisons, la promotion d'une alimentation saine à l'école en Région bruxelloise rencontre quelques difficultés inhérentes à l'organisation de celle-ci. Dans une volonté de lutte contre les inégalités sociales de santé, il semble opportun d'adapter de manière plus systématique la promotion de la santé à l'école au contexte socioculturel de cette dernière et en intégrant le facteur ethnoculturel dans les programmes et interventions. Pour y parvenir, ce mémoire donne des pistes à creuser telles que l'inclusion des parents, le renforcement des collaborations intersectorielles (entre acteurs de promotion de la santé et personnel scolaire) ou encore de nombreuses suggestions propres aux interventions. Nous soulignons également les principales difficultés que rencontrent fréquemment les membres des services PSE dans leur pratique professionnelle au quotidien.

Pour améliorer la promotion de la santé à l'école de manière générale, il est nécessaire que les acteurs et parties prenantes de celle-ci continuent à relayer leurs difficultés à leurs supérieurs et aux instances gouvernementales et de les sensibiliser aux réels besoins de la promotion de la santé dans le milieu de vie des enfants. Il semble particulièrement nécessaire à l'heure actuelle de s'intéresser aux problèmes internes des services PSE relatifs aux ressources humaines qui semblent être une barrière considérable à la pérennité des collaborations intersectorielles indispensables dans l'élaboration des programmes et des interventions dans les écoles. Par ailleurs, en cohérence avec l'objectif national de lutte contre les inégalités sociales de santé, il semble tout autant pertinent de régler la problématique d'accessibilité financière pour la promotion de la santé dans les écoles et particulièrement dans celles qui présentent des contextes socio-économiques plus vulnérables.

Cependant, la promotion d'une alimentation saine dans les écoles primaires bruxelloises ne se résume pas uniquement à ces quelques difficultés. L'importance de l'approche préventive en santé grandit au fil des années et ne cessera de grandir à l'avenir. Nombreuses sont les pistes qui permettraient d'améliorer les programmes et les interventions de promotion de la santé en milieu scolaire et de les adapter adéquatement au public et au contexte socioculturel de l'école ou de la classe bénéficiaire. Nous sommes convaincus que l'intérêt porté sur la promotion de la santé à l'école ne peut qu'améliorer cette pratique prometteuse.

10. Bibliographie

- Adamowitsch, M., Gugglberger, L., & Dür, W. (2017). Implementation practices in school health promotion : Findings from an Austrian multiple-case study. *Health Promotion International, 32*(2), 218-230. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau018>
- Afshari, R., & Bhopal, R. S. (2010). Ethnicity has overtaken race in medical science : MEDLINE-based comparison of trends in the USA and the rest of the world, 1965–2005. *International Journal of Epidemiology, 39*(6), 1682-1683. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp382>
- Aujoulat, I. (2020). WFSP2016 : Introduction aux méthodes qualitatives. *Université Catholique de Louvain*.
- Bernard et al. (2018). In P. Bernard, A. Demers, K. Frohlich, & M. De Koninck (Éds.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/9969>
- Brown, T., Moore, T. H., Hooper, L., Gao, Y., Zayegh, A., Ijaz, S., Elwenspoek, M., Foxen, S. C., Magee, L., O'Malley, C., Waters, E., & Summerbell, C. D. (2019). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub4>
- Bucher Della Torre, S., Akre, C., & Suris, J.-C. (2010). Obesity prevention opinions of school stakeholders : A qualitative study. *The Journal of School Health, 80*(5), 233-239. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00495.x>
- Castro, F. G., Barrera, M., & Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and Challenges in the Design of Culturally Adapted Evidence-Based Interventions. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(1), 213-239. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032>
- Cheng, T. L., Goodman, E., & THE COMMITTEE ON PEDIATRIC RESEARCH. (2015). Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status in Research on Child Health. *Pediatrics, 135*(1), e225-e237. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3109>
- Conseil Supérieur de la Santé. (2019, octobre 1). *Recommandations alimentaires pour la population Belge adulte—2019*. SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9284-fbdg-2019>
- Dadaczynski, K., Rathmann, K., Hering, T., & Okan, O. (2020). The Role of School Leaders' Health Literacy for the Implementation of Health Promoting Schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph17061855>
- Darlington, E. J., Violon, N., & Jourdan, D. (2018). Implementation of health promotion programmes in schools : An approach to understand the influence of contextual factors on the process? *BMC Public Health, 18*. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-5011-3>
- Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N., & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal, 4*, 24. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-4-24>
- Drieskens. (2018). *Enquête de santé : Habitudes nutritionnelles* [Text]. [sciensano.be](https://www.sciensano.be). <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-habitudes-nutritionnelles>
- Drummond, M. J. N. (2015). *Teacher health literacy : The importance of multiple healthy role models within the school environment*.

https://www.academia.edu/17203860/Teacher_health_literacy_The_importance_of_multiple_health_role_models_within_the_school_environment

Education Santé. (2011). 1. *Les inégalités sociales de santé : Quelques clés ? In La réduction des inégalités sociales de santé. Un défi pour la promotion de la santé.* Education Santé.

<http://educationsante.be/article/1-les-inegalites-sociales-de-sante-quelques-cles-in-la-reduction-des-inegalites-sociales-de-sante-un-defi-pour-la-promotion-de-la-sante/>

Esposito, K., Maiorino, M. I., Bellastella, G., Chiodini, P., Panagiotakos, D., & Giugliano, D. (2015). A journey into a Mediterranean diet and type 2 diabetes : A systematic review with meta-analyses. *BMJ Open*, 5(8), e008222. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008222>

Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M.-I., Corella, D., Arós, F., Gómez-Gracia, E., Ruiz-Gutiérrez, V., Fiol, M., Lapetra, J., Lamuela-Raventós, R. M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M. A., Sorlí, J. V., Martínez, J. A., Fitó, M., Gea, A., ... PREDIMED Study Investigators. (2018). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *The New England Journal of Medicine*, 378(25), e34.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389>

ETAAMB. (2016). *Decret du 18/02/2016 relatif a la promotion de la sante.*

https://www.etaamb.be/fr/decret-du-18-fevrier-2016_n2016031236.html

Fallon et al, 2020. (s. d.). Consulté 23 juillet 2021, à l'adresse

https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Recherches/Rapport-complet-Evaluation-mission-programmes-promotion-sante.pdf

Flynn, M. a. T., McNeil, D. A., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C., & Tough, S. C. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth : A synthesis of evidence with « best practice » recommendations. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 7 Suppl 1, 7-66. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00242.x>

Foster, G. D., Sherman, S., Borradaile, K. E., Grundy, K. M., Vander Veur, S. S., Nachmani, J., Karpyn, A., Kumanyika, S., & Shults, J. (2008). A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics*, 121(4), e794-802. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1365>

FWB. (s. d.). *Enseignement.be—Services de Promotion de la Santé à l'école.* Consulté 7 mars 2021, à l'adresse <http://www.enseignement.be/index.php?page=25423&navi=366>

Global Obesity Observatory. (s. d.). *European Union + UK.* World Obesity Federation Global Obesity Observatory. Consulté 5 mars 2021, à l'adresse https://data.worldobesity.org/region/european-union-uk-1/#data_prevalence

Global Obesity Observatory. (2021). *Belgium.* World Obesity Federation Global Obesity Observatory. https://data.worldobesity.org/country/belgium-19/#data_overview

Goff, L. M., Huang, P., Silva, M. J., Bordoli, C., Enayat, E. Z., Molaodi, O. R., Cassidy, A., Maynard, M., & Harding, S. (2019). Associations of dietary intake with cardiometabolic risk in a multi-ethnic cohort : A longitudinal analysis of the Determinants of Adolescence, now young Adults, Social well-being and Health (DASH) study. *The British Journal of Nutrition*, 121(9), 1069-1079. <https://doi.org/10.1017/S0007114519000291>

- Gori, D., Guaraldi, F., Cinocca, S., Moser, G., Rucci, P., & Fantini, M. P. (2017). Effectiveness of educational and lifestyle interventions to prevent paediatric obesity : Systematic review and meta-analyses of randomized and non-randomized controlled trials. *Obesity Science & Practice*, 3(3), 235-248. <https://doi.org/10.1002/osp4.111>
- Harding, S., Elia, C., Huang, P., Atherton, C., Covey, K., O'Donnell, G., Cole, E., Almughamisi, M., Read, U. M., Dregan, A., George, T., Wolfe, I., Cruickshank, J. K., Maynard, M., Goff, L. M., & O'Keeffe, M. (2018). Global cities and cultural diversity : Challenges and opportunities for young people's nutrition. *Proceedings of the Nutrition Society*, 77(4), 456-469. <https://doi.org/10.1017/S0029665118000472>
- IHME. (2019). *Belgium*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://www.healthdata.org/belgium>
- IUHPE. (2020). *International Union for Health Promotion and Education—IUHPE*. <https://www.iuhpe.org/index.php/en/>
- Joseph, R., & Reigeluth, C. M. (2010). The Systemic Change Process in Education : A Conceptual Framework. *Contemporary Educational Technology*, 1(2), 97-117. <https://doi.org/10.30935/cedtech/5968>
- Jourdan, D., Christensen, J. H., Darlington, E., Bonde, A. H., Bloch, P., Jensen, B. B., & Bentsen, P. (2016). The involvement of young people in school- and community-based noncommunicable disease prevention interventions : A scoping review of designs and outcomes. *BMC Public Health*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3779-1>
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F., & Carvalho, G. S. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion & Education*, 15(3), 36-38. <https://doi.org/10.1177/1025382308095657>
- Katz, D. L., & Meller, S. (2014). Can we say what diet is best for health? *Annual Review of Public Health*, 35, 83-103. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182351>
- Kelly, M. P. (2008). Social Causes of Health and Disease—By Cockerham, W.C. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 648-649. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.1085_2.x
- Kephalopoulos, S., Csobod, & Bruinen De Bruin. (2014, novembre 24). *Guidelines for healthy environments within European schools* [Text]. EU Science Hub - European Commission. <https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/eur-scientific-and-technical-research-reports/guidelines-healthy-environments-within-european-schools>
- Kushner, R. F., & Sorensen, K. W. (2013). Lifestyle medicine : The future of chronic disease management. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 20(5), 389-395. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000433056.76699.5d>
- Lacouture, A., Breton, E., Guichard, A., & Ridde, V. (2015). The concept of mechanism from a realist approach : A scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science : IS*, 10. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0345-7>
- Lampe, E. (2011). L'indice socio-économique des écoles. Comment ça marche ? A quoi ça sert ? *La FAPEO*. <http://www.fapeo.be/2011-0315-lindice-socio-economique-ecoles-comment-ca-marche-ca-sert/>

Lancet. (2015). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet (London, England)*, 385(9963), 117-171. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)

Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro, K. A., Gibbs, L. F., Magnus, D., & Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>

Lara, M., Labrecque, J. A., van Lenthe, F. J., & Voortman, T. (2020). Estimating Reductions in Ethnic Inequalities in Child Adiposity from Hypothetical Diet, Screen Time, and Sports Participation Interventions. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 31(5), 736-744. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000001221>

Larousse, É. (2021). *Définitions : Ethnique - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ethnique/31397>

Lautenschlager, L., & Smith, C. (2007). Understanding gardening and dietary habits among youth garden program participants using the Theory of Planned Behavior. *Appetite*, 49(1), 122-130. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.002>

Laveist. (2011). *Minority Populations and Health : An Introduction to Health Disparities in the United States | Wiley*. Wiley.Com. <https://www.wiley.com/en-us/Minority+Populations+and+Health%3A+An+Introduction+to+Health+Disparities+in+the+United+States-p-9781118046524>

LEPCAM. (s. d.). Consulté 7 avril 2021, à l'adresse https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/

Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., Amann, M., Anderson, H. R., Andrews, K. G., Aryee, M., Atkinson, C., Bacchus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker-Collo, S., Baxter, A., Bell, M. L., Blore, J. D., ... Memish, Z. A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, 380(9859), 2224-2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)

Liu, J., Davidson, E., Bhopal, R., White, M., Johnson, M., Netto, G., Deverill, M., & Sheikh, A. (2012). Adapting health promotion interventions to meet the needs of ethnic minority groups : Mixed-methods evidence synthesis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 16(44), 1-469. <https://doi.org/10.3310/hta16440>

Liu, J. J., Davidson, E., Bhopal, R., White, M., Johnson, M., Netto, G., & Sheikh, A. (2016). Adapting health promotion interventions for ethnic minority groups : A qualitative study. *Health Promotion International*, 31(2), 325-334. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau105>

Marmot, M. (2006). Health in an unequal world : Social circumstances, biology and disease. *Clinical Medicine (London, England)*, 6(6), 559-572. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.6-6-559>

Mattioli, A. V., Palmiero, P., Manfrini, O., Puddu, P. E., Nodari, S., Dei Cas, A., Mercurio, G., Scrutinio, D., Palermo, P., Sciomer, S., Di Francesco, S., Novo, G., Novo, S., Pedretti, R. F. E., Zito, A., Parati, G., Pedrinelli, R., Farinetti, A., Maiello, M., ... Ciccone, M. M. (2017). Mediterranean diet impact on

cardiovascular diseases : A narrative review. *Journal of Cardiovascular Medicine (Hagerstown, Md.)*, 18(12), 925-935. <https://doi.org/10.2459/JCM.0000000000000573>

Mclsaac, J.-L. D., Hernandez, K. J., Kirk, S. F. L., & Curran, J. A. (2016). Interventions to Support System-level Implementation of Health Promoting Schools : A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(2), 200. <https://doi.org/10.3390/ijerph13020200>

Missinne, S., Neels, K., & Bracke, P. (2014). Reconsidering inequalities in preventive health care : An application of cultural health capital theory and the life-course perspective to the take-up of mammography screening. *Sociology of Health & Illness*, 36(8), 1259-1275. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12169>

Monitoring des quartiers. (s. d.). Consulté 4 avril 2021, à l'adresse <https://monitoringdesquartiers.brussels/maps/statistiques-population-bruxelles/nationalites-region-bruxelloise/>

Müller, M. J., Asbeck, I., Mast, M., Langnäse, K., & Grund, A. (2001). Prevention of obesity—More than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25 Suppl 1, S66-74. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801703>

Murimi, M., Moyeda-Carabaza, A. F., & Nguyen, B. (2018). *Factors that contribute to effective nutrition education interventions in children : A systematic review | Nutrition Reviews | Oxford Academic*. <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/76/8/553/5003346>

Murray, C. J. L., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., ... Lim, S. S. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

Nielsen, A., Krasnik, A., Vassard, D., & Holm, L. (2014). Opportunities for healthier child feeding. Does ethnic position matter? – Self-reported evaluation of family diet and impediments to change among parents with majority and minority status in Denmark. *Appetite*, 78, 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.03.018>

Nina Grieg Viig, & Wold. (2005). Facilitating Teachers' Participation in School-Based Health Promotion—A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49(1), 83-109. <https://doi.org/10.1080/0031383042000302146>

Observatoire de la Santé et du Social. (2019). *Tous égaux face à la santé?* <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-20192-tous-egaux-face-la-sante-bruxelles-donnees-recentes-et>

ONE. (2020). *C'EST QUOI L'ONE. Office de la naissance et de l'enfance*. <https://www.one.be/public/cest-quoi-lone/pageone/>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>

Patel, N., Ferrer, H. B., Tyrer, F., Wray, P., Farooqi, A., Davies, M. J., & Khunti, K. (2017). Barriers and Facilitators to Healthy Lifestyle Changes in Minority Ethnic Populations in the UK : A Narrative

Review. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 4(6), 1107-1119.
<https://doi.org/10.1007/s40615-016-0316-y>

Penson, F., & Coppieters, Y. (2017). *Proposition d'un cadre stratégique pour promouvoir une alimentation favorable à la santé, une activité physique régulière, une consommation d'alcool responsable et une réduction du tabagisme*. <https://core.ac.uk/display/84601533>

Peterson, F. L., Cooper, R. J., & Laird, J. M. (2001). Enhancing teacher health literacy in school health promotion : A vision for the new millennium. *The Journal of School Health*, 71(4), 138-144.
<https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2001.tb01311.x>

Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health : Defined and demystified. *Ethnicity & Disease*, 9(1), 10-21.

Schwingshackl, L., Schwedhelm, C., Galbete, C., & Hoffmann, G. (2017). Adherence to Mediterranean Diet and Risk of Cancer : An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 9(10).
<https://doi.org/10.3390/nu9101063>

Sciensano. (2016). *Enquête de consommation alimentaire—Accueil*. <https://fcs.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>

Service PSE Province de Liège. (2005). *La Promotion de la Santé à l'École Bases théoriques*.
<https://fr.readkong.com/page/la-promotion-de-la-sante-a-l-ecole-bases-theoriques-1386645>

Service Public Francophone bruxellois. (2018). *Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022*.

Sheikh, A., Netuveli, G., Kai, J., & Panesar, S. S. (2004). Comparison of reporting of ethnicity in US and European randomised controlled trials. *BMJ*, 329(7457), 87-88.
<https://doi.org/10.1136/bmj.38061.593935.F7>

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

SPSE. (2021). *Promotion de la santé à l'école*. SPSE. <http://www.ecolesante.be/fr/missions-promotion-sante-ecole/>

St Leger, L. (2004). What's the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? *Health Promotion International*, 19(4), 405-408. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah401>

StatBel. (2020a). *Be.STAT*. <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=7de30ad3-0871-46ad-af5a-aad2f51969c3>

StatBel. (2020b). *Changements de nationalité*. Nationaliteitswijzingen - Graph3 - Cumul.io.
<https://app.cumul.io/s/b4330a2e-53ba-4f5c-a851-992dcfa663af>

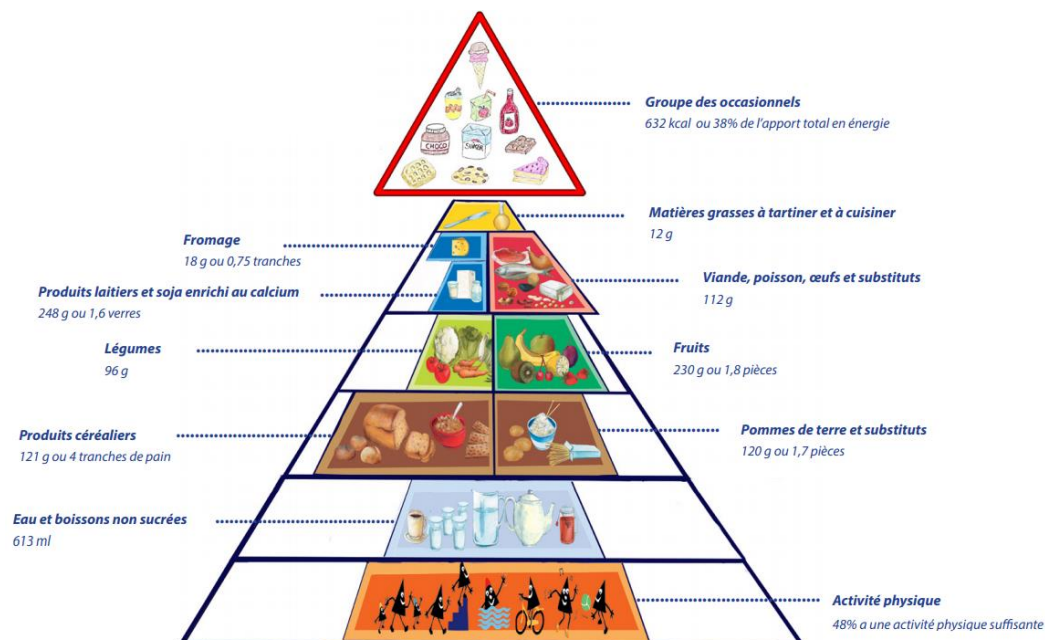
Tarro, L., Llauradó, E., Albaladejo, R., Moriña, D., Arija, V., Solà, R., & Giralt, M. (2014). A primary-school-based study to reduce the prevalence of childhood obesity--the EdAI (Educació en Alimentació) study : A randomized controlled trial. *Trials*, 15, 58. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-58>

Tjomsland, H. E., Larsen, T. M. B., Viig, N. G., & Wold, B. (2009). A Fourteen Year Follow-Up Study of Health Promoting Schools in Norway : Principals' Perceptions of Conditions Influencing Sustainability. *The Open Education Journal*, 2(1). <https://benthamopen.com/ABSTRACT/TOEDUJ-2-54>

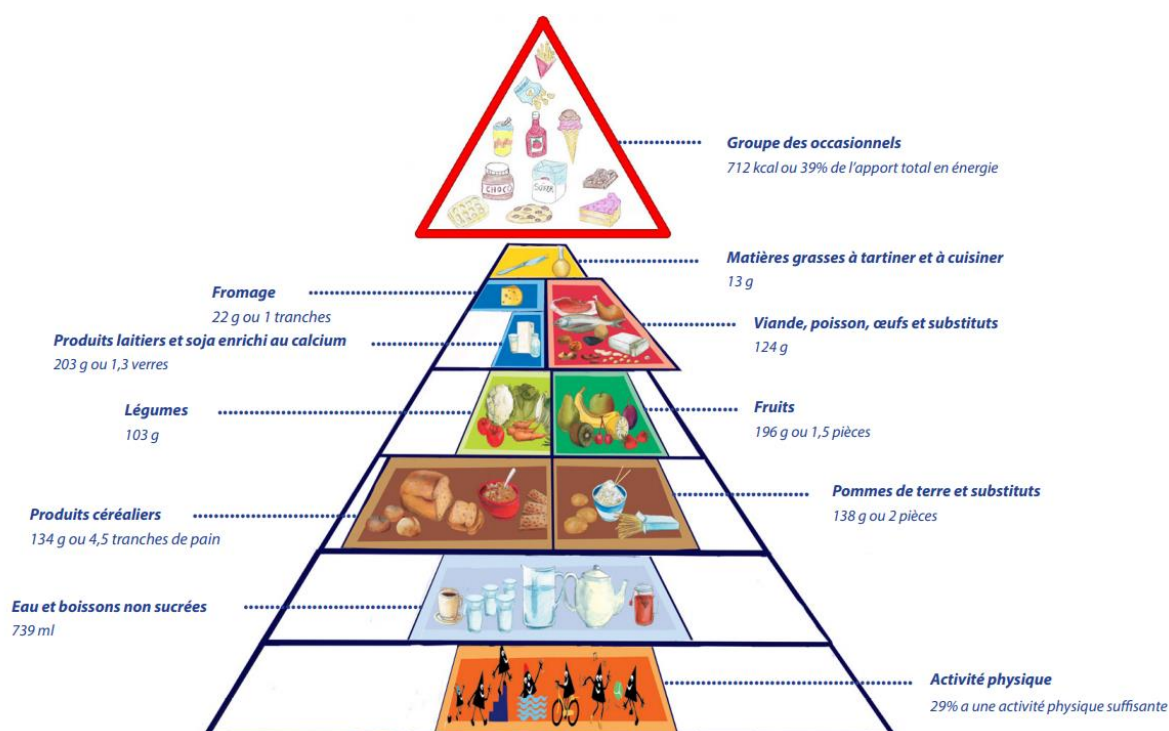
- Vasques, C., Magalhães, P., Cortinhas, A., Mota, P., Leitão, J., & Lopes, V. P. (2014). Effects of intervention programs on child and adolescent BMI : A meta-analysis study. *Journal of Physical Activity & Health, 11*(2), 426-444. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0035>
- Verrotti, A., Penta, L., Zenzeri, L., Agostinelli, S., & De Feo, P. (2014). Childhood obesity : Prevention and strategies of intervention. A systematic review of school-based interventions in primary schools. *Journal of Endocrinological Investigation, 37*(12), 1155-1164. <https://doi.org/10.1007/s40618-014-0153-y>
- Waters, E., Silva-Sanigorski, A. de, Burford, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao, Y., Armstrong, R., Prosser, L., & Summerbell, C. D. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub3>
- WHO. (2014). *Health in all policies : Helsinki statement, framework for country action : the 8th Global Conference on Health Promotion jointly organized by*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf
- WHO. (2016). *OMS | Qu'est-ce que la promotion de la santé?* WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>
- WHO. (2018). *Global Standards for Health Promoting Schools*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/global-standards-for-health-promoting-schools>
- WHO. (2020a). *Healthy diet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- WHO. (2020b). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- WHO. (2021). *Nutrition action in schools : A review of evidence related to the nutrition-friendly schools initiative*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241516969>
- Williams, D. R., Mohammed, S. A., Leavell, J., & Collins, C. (2010). Race, Socioeconomic Status and Health : Complexities, Ongoing Challenges and Research Opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1186*, 69-101. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05339.x>
- Williams, D. R., & Purdie-Vaughns, V. (2016). Needed Interventions to Reduce Racial/Ethnic Disparities in Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 41*(4), 627-651. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620857>
- Wolfenden, L., Jones, J., Williams, C. M., Finch, M., Wyse, R. J., Kingsland, M., Tzelepis, F., Wiggers, J., Williams, A. J., Seward, K., Small, T., Welch, V., Booth, D., & Yoong, S. L. (2016). Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*, CD011779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011779.pub2>
- Wolfenden, L., Nathan, N. K., Sutherland, R., Yoong, S. L., Hodder, R. K., Wyse, R. J., Delaney, T., Grady, A., Fielding, A., Tzelepis, F., Clinton-McHarg, T., Parmenter, B., Butler, P., Wiggers, J., Bauman, A., Milat, A., Booth, D., & Williams, C. M. (2017). Strategies for enhancing the implementation of school-based policies or practices targeting risk factors for chronic disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, CD011677. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011677.pub2>

11. Annexes

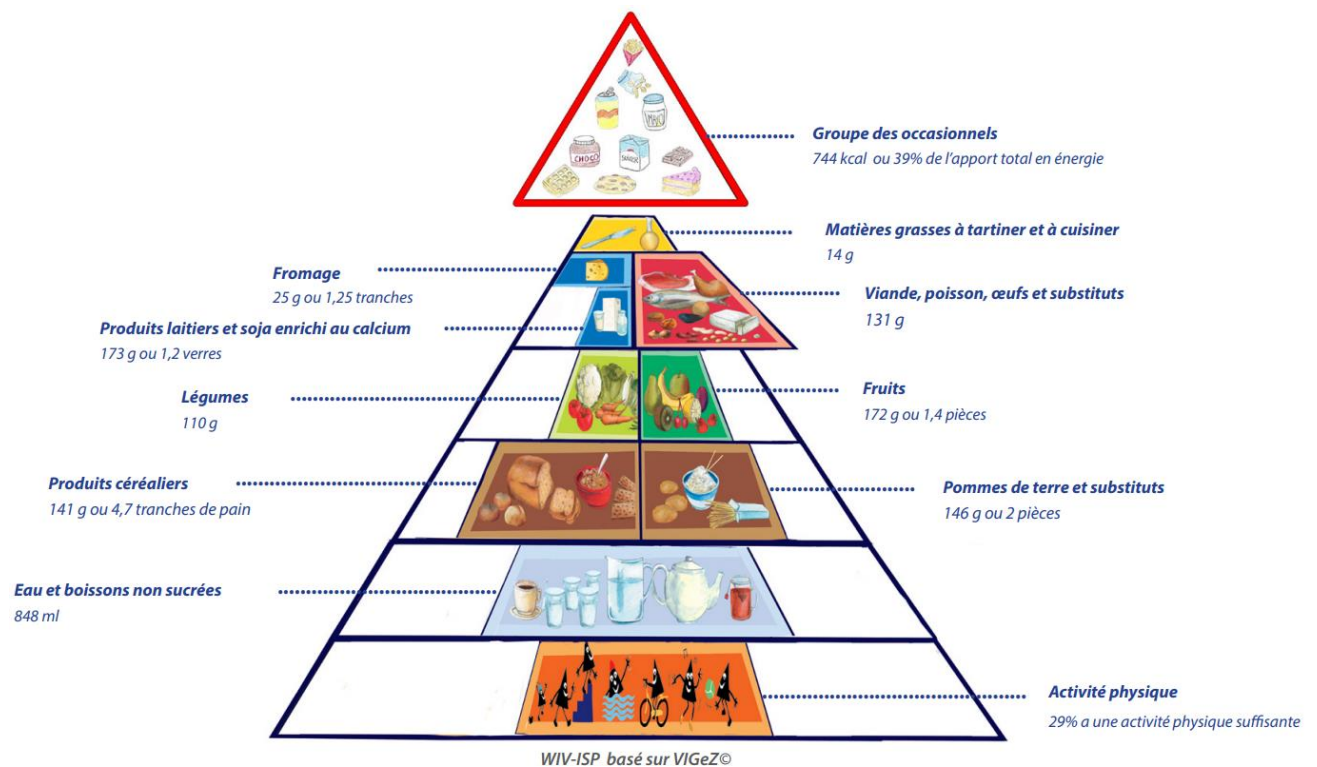
Annexe n°1 : Consommation moyenne habituelle chez les enfants (6-9 ans) comparée aux quantités recommandées sur base de la pyramide alimentaire active. Enquête de Consommation Alimentaire, Belgique, 2014



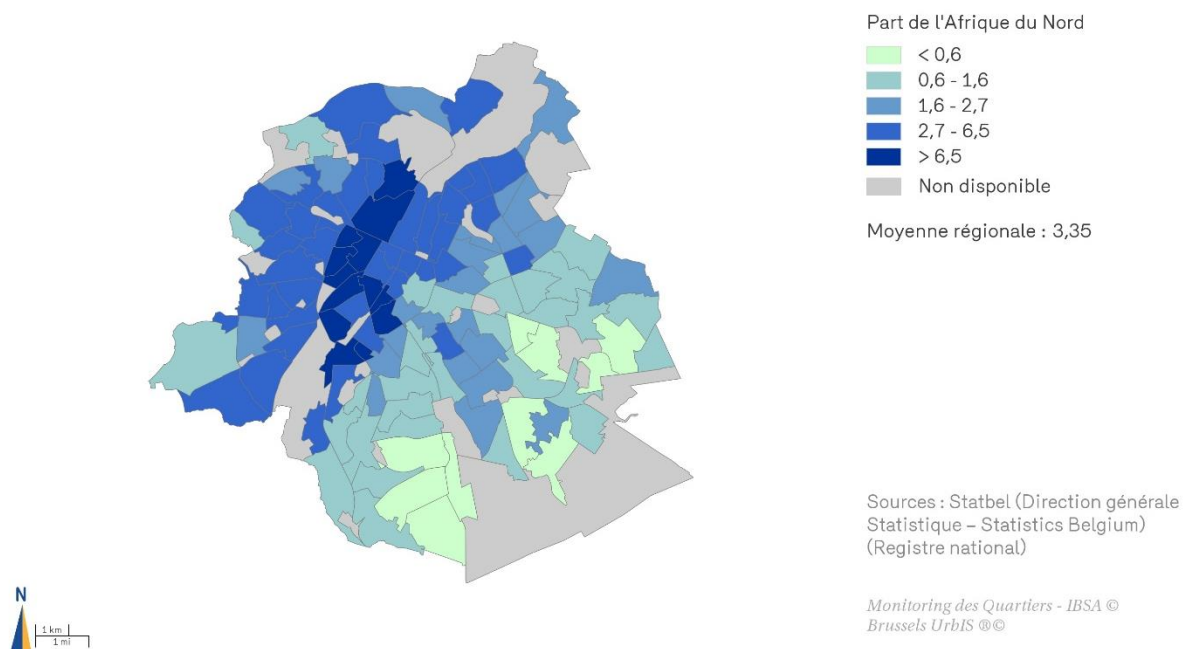
Annexe n°2 : Consommation moyenne habituelle chez les enfants (10-13 ans) comparée aux quantités recommandées sur base de la pyramide alimentaire active. Enquête de Consommation Alimentaire, Belgique, 2014



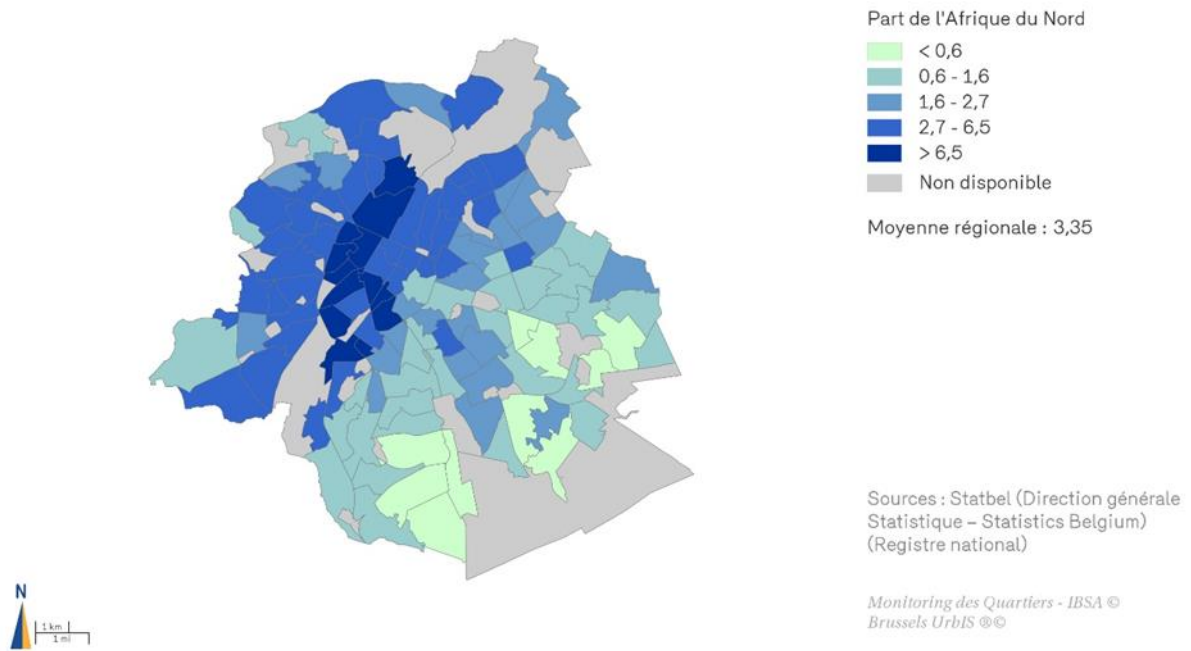
Annexe n°3 : Consommation moyenne habituelle chez les enfants (14-17 ans) comparée aux quantités recommandées sur base de la pyramide alimentaire active. Enquête de Consommation Alimentaire, Belgique, 2014



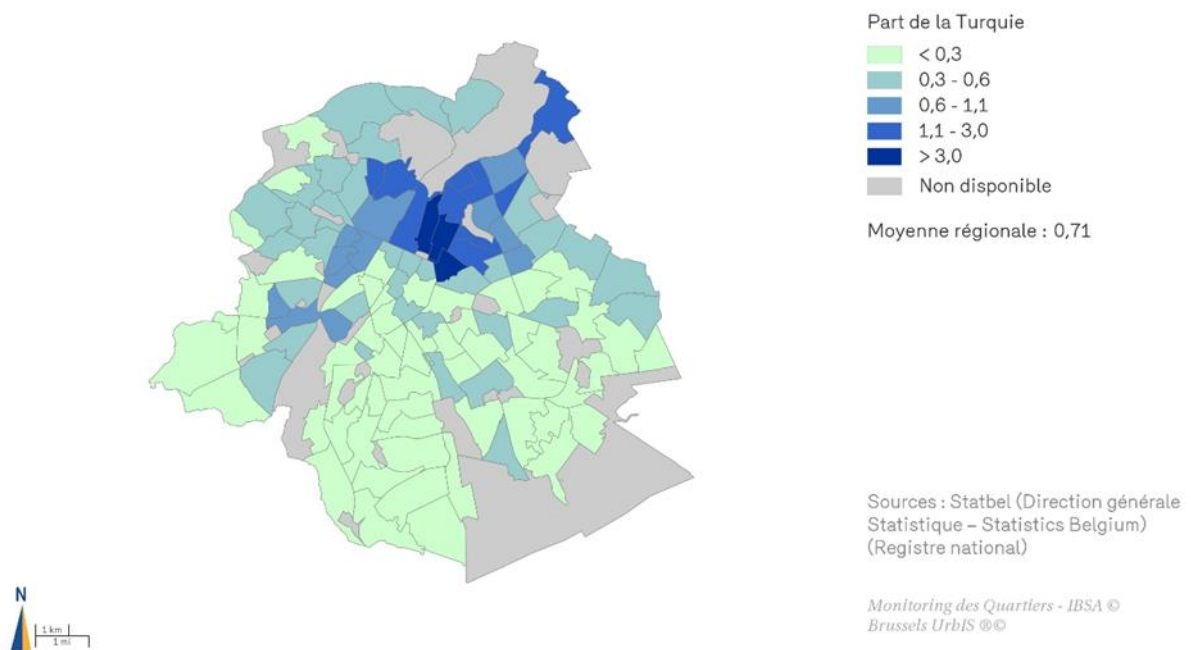
Annexe n°4 : Part de l'Afrique du Nord (%) – Monitoring des quartiers (2019)



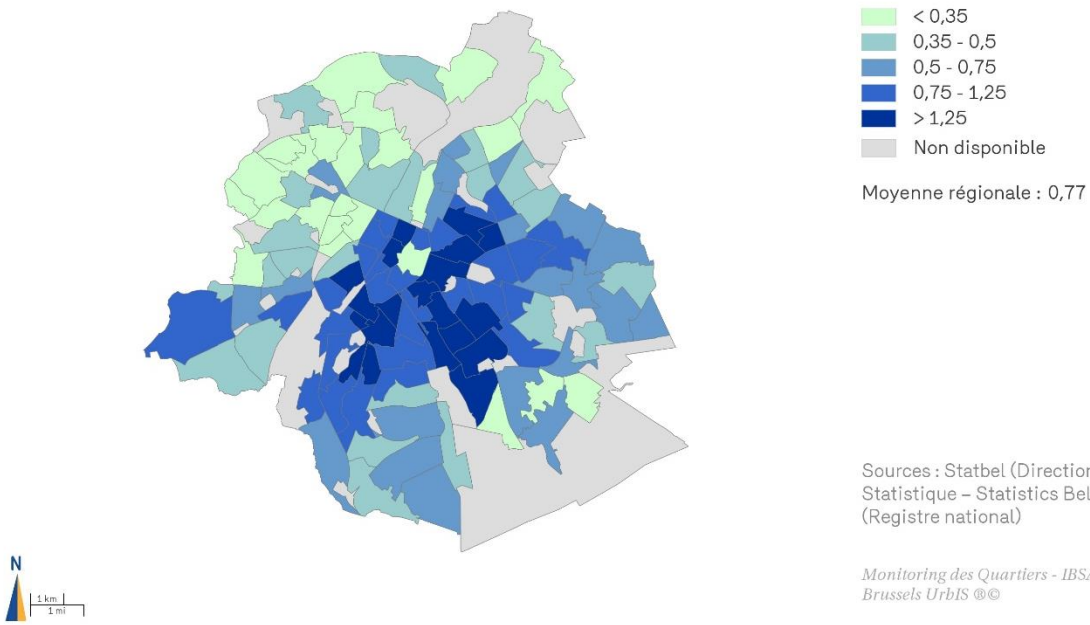
Annexe n°5 : Part de l'Afrique subsaharienne (%) – Monitoring des quartiers (2019)



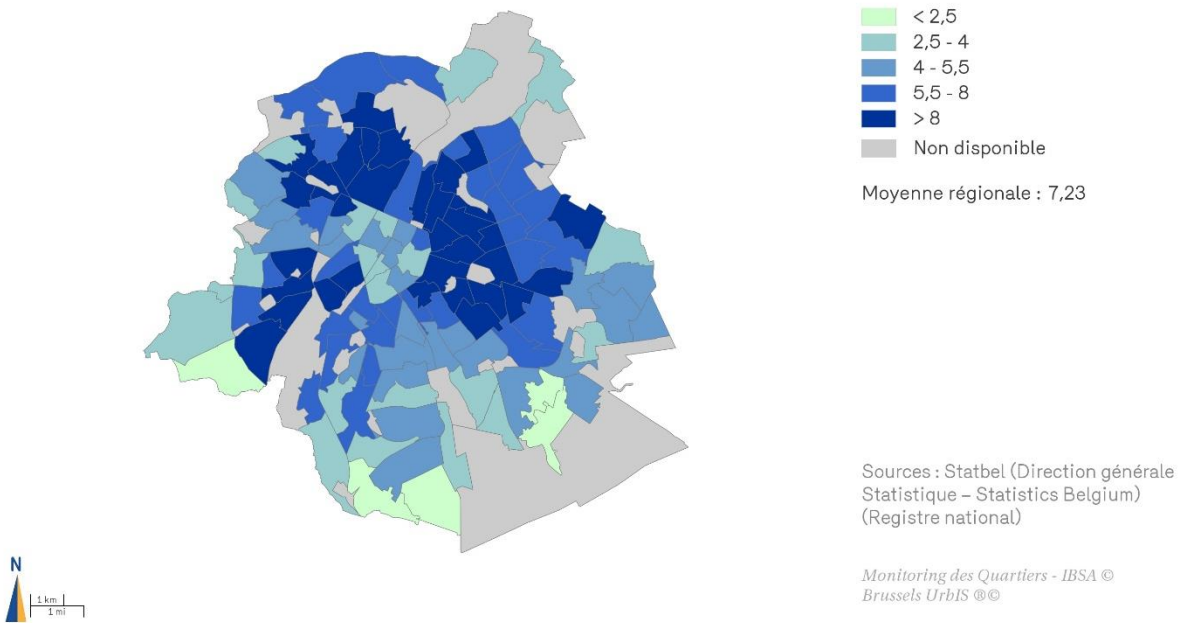
Annexe n°6 : Part de la Turquie (%) – Monitoring des quartiers (2019)



Annexe n°7 : Part de l'Amérique latine (%) – Monitoring des quartiers (2019)



Annexe n°8 : Part des nouveaux états membres de l'UE (entrées 2004 – 2007 – 2013) (%) – Monitoring des quartiers (2019)



Guide d'entretien général

- Pouvez-vous brièvement vous présenter ?
- Pouvez-vous présenter votre institution ?
- Avant de parler des programmes de promotion d'une alimentation saine à l'école, je vais donner des exemples d'interventions issues de programmes pour être sûr de parler de la même chose. Par exemple, des professionnels organisent des interventions dans les écoles où des diététiciennes viennent dans les classes et proposent une animation sur la pyramide alimentaire, des jeux sur les goûters équilibrés ou encore une activité culinaire comme la réalisation d'un potage avec les élèves. Ce genre de programmes ou activité de promotion à une alimentation saine sont-ils intégrés dans votre école/institution ? Et si oui, de quelle manière ?
- D'une manière générale, que vous évoque l'aspect ethnoculturel ?
- Que pensez-vous de l'importance de tenir compte de l'aspect ethnoculturel dans les programmes de promotion d'une alimentation saine dans les écoles, en particulier à Bruxelles ?
- Selon vous, lorsqu'on élabore un programme de promotion d'une alimentation saine dans l'école, quelles devraient être les priorités, points d'attention indispensables à prendre en compte concernant l'aspect ethnoculturel ?
- Comment pourrait-on adapter les programmes, et en particulier l'information que ces programmes tentent de véhiculer, tenant compte de la diversité ethnoculturelle présente chez les enfants ?
- Chaque école a un contexte socioculturel différent. Comment procéderiez-vous pour prendre en compte le contexte de chaque école dans un programme adapté à la diversité ethnoculturelle ?

- Que pensez-vous d'une formation préalable et continue du personnel scolaire en promotion de la santé à l'école et sur la diversité culturelle ? Quels seraient les freins et les avantages à la mise en place d'une telle formation ?
- Selon vous, quels seraient les acteurs essentiels à l'élaboration et la mise en place de programme de promotion à une alimentation saine incluant l'aspect ethnoculturel ?

- Comment pourrait-on intégrer l'aspect ethnoculturel dans l'élaboration et la mise en place de programmes et d'actions en promotion de la santé dans les écoles bruxelloises ? Avez-vous des pistes, des suggestions, des idées d'activités qui vous viennent en plus à l'esprit de ce dont on a déjà parlé ?

