



Infolettre du Centre doc

Numéro 3 - Automne 2018

Edito

Les articles présentés dans l'infolettre le sont sur base de leur pertinence majeure pour les activités de l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Ils sont disponibles sur simple demande à l'adresse observatoire.sante@hainaut.be et consultables dans la base de données CITAVI.

Bonne lecture à vous.

Dans ce numéro, vous trouverez :

1. Inégalités face au tabagisme précoce
2. Inégalités de santé et maladies non transmissibles
3. Les déterminants de santé
4. Stress, émotion et comportements de santé
5. La santé dans toutes les politiques



1. Inégalités face au tabagisme précoce

Facteurs de risque associés au tabagisme précoce.

40 % des fumeurs déclarent avoir expérimenté leur première cigarette en début d'adolescence. Cette **initiation précoce** est associée à une dépendance plus importante.

En 2015, le Global Burden Disease a montré une augmentation importante de la morbidité et de la mortalité associée à cette précocité dans près de 200 pays.

La prévention de l'initiation tabagique chez les enfants et les préadolescents revêt une **urgence de santé publique**. De nombreux jeunes vont développer une dépendance au tabac rapide, même après de brèves périodes de consommation.

L'étude compare 2 cohortes à 20 ans d'intervalle. Elle indique une diminution globale des facteurs de risque liés à l'exposition du tabagisme des parents et des pairs. Les enfants étaient 7 fois plus susceptibles de fumer s'ils avaient un ami fumeur il y a 20 ans. Ils sont aujourd'hui 4 % des enfants de 11 ans (contre 11 % il y a vingt ans) à déclarer avoir déjà fumé au moins une fois.

Les résultats comparatifs mettent aussi en évidence qu'il y a plus de risque de devenir fumeur aujourd'hui lorsque la mère est actuellement fumeuse, même occasionnelle.

Les résultats suggèrent que le tabagisme chez les jeunes aujourd'hui est beaucoup plus lié aux désavantages de la vie dès l'enfance. Le lien avec le tabagisme parental et celui des pairs est plus fort aujourd'hui dans les populations les plus défavorisées.

Autrement dit la probabilité est plus importante de devenir fumeur aujourd'hui lorsqu'un des deux parents (ou les deux) est (sont) lui (eux)-même(s) fumeur(s) ou lorsqu'un ami est fumeur.

En conclusion, les enfants issus des classes sociales plus défavorisées sont plus susceptibles de devenir

consommateurs en raison d'une plus forte prévalence de fumeurs dans leur entourage immédiat.

STAFF, Jeremy, MAGGS, Jennifer, PLOUBIDIS, George B., et al. Risk factors associated with early smoking onset in two large birth cohorts. Addictive Behaviors, 2018.

Statut socio-économique et initiation tabagique à l'adolescence.

Le tabagisme a diminué ces vingt dernières années dans de nombreux pays mais pas de manière égale au sein de la population. Le tabagisme reste plus élevé dans les populations à plus faible statut socio-économique.

Deux problèmes se cumulent : une prévalence plus élevée et un déclin plus faible de fumeurs dans cette population. Cela pose un défi majeur de santé publique car les disparités socioéconomiques pour la morbidité associée au tabagisme persistent, voire augmentent. Une étude met en évidence qu'un faible statut socioéconomique est associé à une perte de 5 années de vie attribuable au tabagisme, entre 40 et 85 ans.

Plusieurs facteurs contribuent à cette plus forte consommation dans les familles à faible statut socio-économique.

1. L'interdiction de fumer y est moins présente dans ce type de milieu.
2. Ces enfants ressentent moins de honte ou de culpabilité face à la 'violation' des normes sociales liées au tabagisme.
3. L'initiation tabagique s'inscrit dans un entourage où de multiples facteurs individuels et environnementaux se conjuguent.



Les facteurs les plus souvent associés à une initiation précoce chez les enfants sont :

- avoir une mère avec un faible niveau d'éducation ;
- être entouré d'amis qui fument ;
- vivre dans une maison où l'interdiction de fumer n'existe pas.

Compte tenu de la complexité de concevoir des interventions spécifiques pour des sous-groupes particuliers, les interventions universelles ne rejoignent pas ces sous-groupes cibles.

La stratégie retenue ici serait d'**agir simultanément sur les facteurs de risques spécifiques associés à l'initiation.**

Les auteurs recommandent des études plus approfondies pour évaluer le poids relatif de chaque facteur de risque. Ils postulent que l'efficacité des actions sera plus grande si elles se concentrent sur l'association la plus forte des facteurs les plus prédominants, à savoir un environnement de consommation, la pression des pairs, l'accessibilité rapide au tabac.

Les auteurs rappellent que les stratégies utilisées de manière universelle doivent se poursuivre et parmi elles :

- l'extension de l'interdiction de fumer dans les zones de rassemblement des enfants et des jeunes (plaines de jeux, terrains de sport, véhicules privés pour le transport des jeunes) ;
- l'instauration de l'interdiction de fumer dans les lieux publics (intérieurs et extérieurs) ;
- les efforts pour relever l'âge légal pour l'achat du tabac à 21 ans.

WELLMAN, Robert J., SYLVESTRE, Marie-Pierre, O'LOUGHLIN, Erin K., et al. Socioeconomic status is associated with the prevalence and co-occurrence of risk factors for cigarette smoking initiation during adolescence. International journal of public health, 2018, vol. 63, no 1, p. 125-136.



2. Inégalités de santé et maladies non transmissibles

Statut socio-économique, inégalités de santé et maladies non-transmissibles : une revue de littérature

Une approche globale de la santé met en évidence une relation étroite entre les conditions sociales et économiques, l'environnement physique et les modes de vie individuels. Les recherches ont cependant accordé peu d'intérêt au poids relatif de ces différentes variables et aux liens qui les unissent pour agir sur la santé des individus et des populations.

Une revue systématique rétrospective des 7 dernières années met en évidence des résultats variés selon les déterminants de santé sélectionnés.

Cette revue systématique analyse et compare les différences de résultats en fonction du rôle attribué aux déterminants de santé.

Ainsi, l'approche individuelle de la santé sera dirigée davantage sur les comportements de santé que sur les conditions environnementales et sociales dans lesquelles ces comportements sont adoptés.

Bien que les déterminants de santé identifiés sur le plan individuel soient des variables importantes pour une approche globale dans l'apparition des maladies non-transmissibles, il existe des facteurs spécifiques qui affectent les groupes sociaux.

La distribution des revenus se révèle l'élément le plus probant pour expliquer les écarts de classe sociale et les variations de santé associés.

Les résultats restent constants et pratiquement identiques quel que soit l'indicateur de santé considéré.

Les auteurs rappellent que les inégalités de revenus et les écarts de santé augmentent au fil du temps pour les personnes les plus défavorisées.

LAGO, Santiago, CANTARERO, David, RIVERA, Berta, et al. Socioeconomic status, health inequalities and non-communicable diseases: a systematic review. Journal of Public Health, 2018, p. 1-14.



3. Les déterminants de santé

Agir sur les déterminants de santé : un cadre de référence pour les professionnels de santé.

Les personnes pauvres ou bénéficiant d'un niveau d'éducation plus faible connaissent plus de problèmes de santé et une mortalité prématurée. Cette réalité s'explique par l'action des déterminants de santé.

La plupart des intervenants en santé connaissent cette évidence mais peu savent comment intervenir.

Il importe de dissocier interventions individuelles et actions collectives.

- A titre individuel, les professionnels de santé sont attentifs aux indicateurs cliniques, interrogent leurs patients sur leur réalité sociale et favorisent leur accessibilité aux services spécialisés. Sur le plan pratique, ils peuvent offrir des prestations sécurisantes et non discriminantes. Ils peuvent rendre les services accessibles aux personnes.
- Sur le plan plus collectif, ces intervenants peuvent également s'investir dans des partenariats avec des associations locales et des organismes de santé publique pour être davantage impliqués dans la planification de la santé sur le plan local et plaider en faveur d'environnements plus favorables à la santé.

A ce titre, les professionnels de santé sont des acteurs importants et des catalyseurs de changement. Ils sont en première ligne pour aider leurs patients à faire face à leurs problèmes sociaux, les sensibiliser aux souffrances de la pauvreté, de la discrimination, de la violence et de l'exclusion sociale et finalement plaider en faveur de meilleures conditions sociales de vie.

En conséquence, les professionnels de santé de première ligne doivent adopter une double approche à la fois axée sur les déterminants de la santé mais également dans une perspective populationnelle pour réduire la demande de soins de santé et contribuer à la pérennité du système de santé.

ANDERMANN, Anne. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. Canadian Medical Association Journal, 2016, vol. 188, no 17-18, p. E474-E483.



4. Stress, émotion et comportements de santé

Le rôle de l'émotion et du stress dans les décisions concernant les comportements de santé.

Le processus d'adoption et de changement de comportement de santé n'est pas uniquement le résultat d'un processus rationnel. Il est donc étonnant de constater que les efforts visant à comprendre et à modifier les décisions et le comportement de santé se limitent et s'appuient principalement sur des cadres théoriques sociocognitifs. Parmi ceux-ci, se retrouvent la connaissance, la perception du risque, les attitudes, les normes sociales et l'auto-efficacité.

Les décisions prises au sujet de sa santé le sont souvent dans des contextes affectivement chargés (par exemple, le dépistage d'une maladie) et en retour, les facteurs affectifs interviennent eux-mêmes sur la façon dont les autres déterminants de santé vont influencer les comportements de santé.

Par exemple, l'émotion, le stress, et de manière plus large, l'affectif interviennent dans le processus décisionnel mais leurs principes actifs sont peu connus. Ainsi, les choix de comportement de prévention face aux risques de maladies sexuellement transmissibles interviennent là où l'affectif prédomine sur la raison. De même, les comportements relatifs à la pratique de l'activité physique et à l'alimentation saine sont souvent compromis en période de stress élevé et chronique ou lorsque la régulation des émotions est perturbée.

Les recherches relatives au stress et à l'émotion ont été menées de manière parallèle, les premières dans le cadre de la médecine et les secondes dans le champ de la psychologie. Il est nécessaire de les croiser pour développer un modèle intégré de compréhension et d'intervention.

Les neurosciences, tant sociales qu'affectives, semblent ouvrir de nouvelles perspectives en matière d'adoption de comportements de santé. Ainsi, les affects et les émotions positives (comme le plaisir) interviennent comme des renforcements

inconscients des comportements vécus comme agréables. Cette dimension a peu été étudiée, se limitant à l'analyse de l'affect comme stimulus de l'adoption du comportement. Pourtant, les comportements qui bénéficient d'un renforcement ont beaucoup plus de chances de se maintenir dans le temps et d'être amplifiés.

Les auteurs déplorent que les recherches sur les modifications de comportement se soient trop focalisées sur le processus de changement et trop peu sur le maintien du comportement. C'est faire abstraction que les processus physiologiques en jeu (outre le processus de récompense) sont susceptibles d'agir comme consolidation du comportement lorsqu'ils sont renforcés.

La théorie de la spirale ascendante du mode de vie (The upward spiral theory of lifestyle change, Fredrickson) en est une illustration. Cette théorie explique comment l'affect positif peut faciliter à long terme l'adhésion, l'adoption et le maintien de comportements de santé.

En premier lieu, le mécanisme interne qui est à la base de ce mouvement en spirale, permet d'identifier les motifs non conscients susceptibles d'agir comme processus dans le choix du comportement. Par exemple, l'image de soi, l'envie de plaire peuvent être à l'origine d'un souhait de perte de poids. L'affect positif ressenti lors de l'adoption d'un comportement de santé augmente l'attractivité des effets associés à ce comportement. Dans l'exemple précédent, cela se manifesterait par une attention plus importante à sa propre image. A leur tour, ces effets vont orienter l'attention et le processus de décision sur la reproduction de ce comportement par la satisfaction qu'il procure pour soi ou pour les autres.



En parallèle, le mécanisme externe de cette boucle en spirale repose sur le fait que l'affect positif produit des ressources propres, comme l'augmentation du plaisir. Ces ressources amplifient l'effet positif et renforcent les motivations non conscientes pour le maintien du comportement.

Rebecca A. Ferrer & Wendy Berry Mendes (2018)
Emotion, health decision making, and health behaviour, *Psychology & Health*, 33:1, 1-16

5. La santé dans toutes les politiques

Opportunités et défi d'intégrer les déterminants sociaux de la santé au niveau local.

Le gradient social de la santé reflète une relation forte entre la santé et le statut social des personnes. Il illustre le fait que la santé se dégrade au fur et à mesure que l'on descend sur l'échelle socioéconomique.

L'universalisme proportionné s'est vite imposé comme une des stratégies de réduction des inégalités sociales de santé.

Il comprend des stratégies universelles combinées à des stratégies plus ciblées et proportionnées pour les groupes défavorisés.

Parallèlement à cette vision, l'approche de **la santé dans toutes les politiques** a mis l'accent sur le renforcement des relations dans la collaboration intersectorielle pour agir sur les déterminants sociaux de la santé plutôt que de miser sur la coordination de projets disparates. Cela sous-entend que ce n'est qu'en intégrant la santé et les déterminants sociaux comme moteurs de développement social et de bien-être qu'une politique de santé publique équitable puisse être atteinte.

Se pose alors la question sur le plan local de savoir comment les communes peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales et niveler le gradient social ?

Les actions sur les déterminants sociaux de la santé nécessitent des mesures structurelles et des

politiques fiscales, des politiques du marché du travail, des politiques du logement, etc. Or, ces compétences ne sont pas (ou pas toujours) des prérogatives des politiques strictement locales mais dépendent des priorités régionales, nationales et internationales.

Pour accroître la priorité d'une approche de la santé dans toutes les politiques, un soutien explicite - et parfois même une pression politique - de la part du gouvernement national est nécessaire.

Ainsi, une déclinaison du niveau national, soutenue par un financement coordonné, peut être un outil important pour inciter les communes à accorder plus d'importance à l'élaboration d'une approche de la santé dans toutes les politiques.

Comprendre l'influence des déterminants sociaux sur la santé est un préalable indispensable. Trop peu d'élus locaux ont conscience que les conditions de vie de leur population influencent leur santé.

Combiner des mesures universelles et ciblées nécessitent de repérer les personnes ou les groupes les plus vulnérables.

Sur le plan méthodologique, la collaboration intersectorielle s'est imposée comme une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé. Cette approche est nouvelle dans bien des communes où les compétences restent divisées et compartimentées.

L'engagement d'un coordinateur santé local



en qualité de facilitateur de la coordination intersectorielle est une stratégie efficace et un gage de qualité.

L'élaboration de profils locaux de santé est une opportunité pour identifier les défis locaux de santé, environnementaux ou démographiques ainsi que ceux liés aux conditions de vie des habitants.

Ils'agit alors de mettre en place un véritable dispositif de santé publique intersectoriel collaboratif pour relever les défis identifiés sur base de données probantes solides.

FOSSE, E., HELGESEN, M. K., HAGEN, S., et al.
Addressing the social determinants of health at the local level: Opportunities and challenges.
Scandinavian journal of public health, 2018, vol. 46, no 20_suppl, p. 47-52.



Rue de Saint-Antoine, 1
7021 Havré - Belgique



+32 (0)65 87 96 00



observatoiresante.hainaut.be



observatoire.sante@hainaut.be



—



—

