



# Infolettre du Centre doc

Numéro 4 - Décembre 2018

## Edito

Voici le quatrième numéro de l'Infolettre du Centre doc. Il traite de sujets comme les représentations sociales, la littératie, l'action locale, les populations défavorisées...

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](mailto:observatoire.sante@hainaut.be) et consultables dans la base de données CITAVI.

Bonne lecture à vous.

## Dans ce numéro, vous trouverez :

1. L'impact des inégalités sociales sur les représentations de la santé et du cancer auprès des enfants.
2. La littératie en santé auprès des enfants et des jeunes : une revue systématique des définitions et des modèles
3. Quelles sont les modalités d'application des recommandations pour une plus grande équité dans les prises de décision et les actions à un niveau local ?
4. L'utilisation et l'efficacité de la téléphonie mobile dans l'arrêt tabagique, pour la promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée ainsi que dans la réduction de la consommation d'alcool.
5. Promouvoir une alimentation équilibrée, l'activité physique et le "sans" tabac auprès des populations défavorisées.



# 1. L'impact des inégalités sociales sur les représentations de la santé et du cancer auprès des enfants.

La réduction des inégalités sociales de santé nécessite d'analyser les connaissances et les représentations de la santé et de la maladie. Cette étude portée sur l'analyse des représentations spontanées de la "bonne santé", de la "mauvaise santé" et du "cancer" auprès d'enfants de 9 à 12 ans.

Les enfants identifient relativement bien les comportements protégeant ou détériorant leur santé. L'activité physique, l'alimentation équilibrée et la satisfaction des besoins primaires sont cités comme les trois facteurs de protection prioritaires. La consommation d'alcool, le tabagisme et la sédentarité sont considérés comme les trois comportements les plus à risque.

Les représentations de la maladie sont très différentes. Les enfants issus de milieux plus défavorisés sont moins enclins à penser que le cancer est une cause de mortalité. Ils sont également moins nombreux à penser que le cancer peut être une maladie de plus en plus curable. Plus étonnant encore, ils n'associent pas du tout le cancer à certains comportements à risque et plus particulièrement à la consommation d'alcool.

Il existe donc une distorsion entre ce qui peut altérer la santé de manière globale et l'impact de certains comportements à risque dans l'apparition du cancer. La conclusion des auteurs est que les représentations varient en fonction de la classe sociale. Ils insistent sur la nécessité d'engager un travail de littératie en santé auprès de ces enfants pour leur permettre de construire des représentations qui soient plus proches de la réalité.

**Commentaire** : Les représentations de la santé ont un impact sur les attitudes et les comportements de santé. Une analyse de celles-ci s'avère importante dans toute action de promotion de la santé ou de prévention des maladies chroniques pour permettre à chacun de faire le choix de comportement les plus appropriés.

Il faut rester attentif au fait que ces représentations varient en fonction de l'origine sociale chez les enfants.

**DENOIS, Véronique Régnier, BOURMAUD, Aurelie, NEKAA, Mabrouk, et al. The impact of social inequalities on children's knowledge and representation of health and cancer. European journal of pediatrics, 2018, p. 1-12.**



## 2. La littératie en santé auprès des enfants et des jeunes : une revue systématique des définitions et des modèles

Les enfants et les jeunes constituent un groupe cible essentiel pour la recherche et la pratique de la littératie en santé. L'enfance et l'adolescence se caractérisent par des changements importants dans leur développement cognitif, physique et émotionnel. Cette période de la vie voit se former et s'installer les premiers comportements ainsi que les premières compétences liés à la santé.

Il ne se dégage aujourd'hui aucun consensus scientifique sur les capacités qu'un enfant ou un jeune devrait posséder pour prendre des décisions éclairées en matière de santé.

Cet article a pour objectif de fournir un aperçu et une synthèse de la compréhension actuelle de la littératie en santé chez les enfants et les jeunes. Les auteurs cherchent à mettre en évidence comment les modèles disponibles permettent de comprendre et de saisir les besoins spécifiques des enfants et des jeunes selon leurs caractéristiques propres.

Cette revue de littérature a identifié 12 définitions et 21 modèles spécifiques pour les enfants et les jeunes.

Les connaissances en matière de santé des enfants et des jeunes sont décrites comme une succession de capacités, de compétences, d'engagements et de connaissances censés aider l'enfant à faire ses choix et à développer ses capacités d'agir.

Les définitions et les modèles identifiés sont très hétérogènes. Certains se limitent à considérer la littératie en santé comme une capacité individuelle d'agir centrée sur ses propres compétences. D'autres reconnaissent une interrelation avec les déterminants sociaux et contextuels. La majorité d'entre eux restent néanmoins focalisés sur le développement cognitif, laissant peu de place aux besoins spécifiques des enfants et des jeunes et à leurs vulnérabilités.

L'autre conclusion porte sur le manque de définitions et de modèles à destination des enfants de l'enseignement primaire.

**Commentaire** : La diversité des définitions et des modèles de littératie en santé traduit l'absence d'un modèle "complet" qui soit satisfaisant dans notre pratique avec les enfants et les jeunes. Néanmoins, cette diversité identifie l'ensemble des critères à prendre en considération pour enrichir les animations et les publications à destination de ce public.

**BRÖDER, Janine, OKAN, Orkan, BAUER, Ullrich, et al. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. BMC public health, 2017, vol. 17, no 1, p. 361.**



### 3. Quelles sont les modalités d'application des recommandations pour une plus grande équité dans les prises de décision et les actions à un niveau local ?

Les recommandations de bonne pratique (appelées aussi fondées sur des preuves) sont élaborées au départ de contextes larges ou en référence à des populations importantes. Appliquer ces recommandations à des politiques ou à des interventions locales peut s'avérer complexe en raison de caractéristiques peu adaptées à un environnement plus restreint.

L'article analyse les conditions d'adaptation et de transposition dans un contexte spécifique local.

L'hypothèse initiale porte sur la conviction que l'intégration efficace des recommandations dans les politiques et les pratiques locales ne peut se réaliser qu'à deux conditions :

- un soutien des stratégies régionales, nationales et mondiales dans le développement de l'équité au plan local ;
- une gouvernance et des actions dans toutes les politiques en associant les différentes parties prenantes.

Le défi repose sur la mobilisation des différentes parties prenantes sur le plan local. La multiplicité des déterminants de la santé accroît le nombre des intervenants concernés. L'insertion de la santé dans toutes les politiques nécessite une prise de conscience des influences et la coordination institutionnelle et structurelle des parties prenantes.

Pour des interventions pertinentes et efficaces, les auteurs soulignent l'importance que chaque partie prenante comprenne la définition du problème de santé (et celle des inégalités sociales de santé), le contexte et les déterminants. Les inégalités sociales de santé peuvent ne pas faire partie des objectifs de certaines parties prenantes qui attribuent cette responsabilité à d'autres.

L'intégration de la santé dans la politique locale nécessite coordination, collaboration et gestion transversale des compétences et des ressources.

Comme le souligne le rapport Marmot<sup>1</sup>, les actions santé doivent rester universelles, mais d'une ampleur et d'une intensité proportionnées au désavantage social et aux besoins de tous les individus au sein d'une population déterminée.

Cette stratégie dénommée "universalisme proportionné" pose le défi de définir les besoins et de mesurer le désavantage social, d'évaluer la proportion relative des ressources à affecter à chaque besoin et de trouver la bonne répartition. Concrètement dit, il s'agit de mettre plus de moyens là où sont les besoins les plus criants. L'implication de toutes les parties prenantes à cette étape est extrêmement précieuse.

Pour plus d'équité en santé dans les politiques locales, toutes les actions en cours doivent être prises en compte. Leurs effets sur la réduction des inégalités sociales de santé permettent d'identifier la place de chaque acteur. L'analyse transversale de ces effets met ensuite en évidence les différents rôles et les fonctions remplis par chacune des parties prenantes. Une réflexion sur les stratégies les plus pertinentes pour agir sur la réduction des inégalités sociales de santé est alors possible par une plus grande coordination et complémentarité des actions.

**Commentaire** : Un article récent qui conforte notre stratégie de supracommunalité, mais devons nous investir encore plus que maintenant dans la phase initiale d'analyse et de communication aux différentes parties prenantes, comment et avec quelles ressources ?

<sup>1</sup> Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. (OMS, 2009)



## 4. L'utilisation et l'efficacité de la téléphonie mobile dans l'arrêt tabagique, pour la promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée ainsi que dans la réduction de la consommation d'alcool.

L'OMS estime que 38 millions de décès annuels sont attribuables aux maladies non transmissibles (cancers, maladies cardiovasculaires, et maladies respiratoires chroniques). Près de 42 % de cette mortalité est prématurée car elle touche les individus avant l'âge de 70 ans. Le plus inquiétant est qu'elle est en augmentation croissante parmi les personnes à faible statut socio-économique alors qu'elle est en régression dans les populations les plus aisées. Ce constat se retrouve aussi bien entre les différents pays qu'au sein de ces pays. Pour agir sur la réduction de cette mortalité prématurée, il importe d'agir sur ses facteurs de risque : l'inactivité physique, l'alimentation non équilibrée, la consommation de tabac et d'alcool. Les revues systématiques mettent en évidence les bénéfices de l'utilisation de la téléphonie mobile dans la réduction du tabagisme, l'augmentation de l'activité physique et l'amélioration de l'alimentation. Ces études reposent sur des auto-déclarations et peuvent présenter une limite entre l'intention déclarée et l'adoption du comportement ainsi que sur sa pérennité. Cette étude analyse l'efficacité de l'utilisation de la téléphonie mobile sur les changements de comportements relatifs aux facteurs de risque des maladies non transmissibles.

S'il existe bien des preuves sur l'aide au sevrage tabagique par le biais d'informations transmises par la téléphonie mobile, rien ne semble indiquer

que ces informations présentent une validité qui se pérennise dans le temps. En effet, les études cliniques portant sur l'abandon du comportement tabagique montrent que les résultats sont beaucoup moins satisfaisants à l'échéance de trois mois.

Concernant l'activité physique, les résultats à trois mois ne présentent aucun résultat positif. Il en est de même concernant l'alimentation à l'exception des personnes atteintes de pré-diabète pour lesquelles l'étude confirme une légère diminution du poids et des triglycérides. Pour les effets sur périmètre abdominal, sur le cholestérol total et sur la pression artérielle, les études sont loin d'être convergentes sur les résultats obtenus. Lorsque ces derniers présentent un léger avantage, ils ne sont pas statistiquement significatifs.

L'utilisation de la téléphonie mobile dans l'envoi systématique de messages en vue de modifier les comportements associés à l'apparition des maladies non transmissibles reste efficace à court terme (pour initier et soutenir un changement), mais peu concluante à moyen et à long terme (pour assurer le maintien du changement de comportement). De nouvelles études plus rigoureuses sur la compréhension réelle des messages par les populations les plus défavorisées ainsi que sur leur opportunité réelle de modifier certains de leurs comportements (notamment



dans l'accessibilité à une alimentation de meilleure qualité) s'avèrent nécessaires.

**Commentaire** : Cet article attire notre attention sur ce qui semble une évidence (encore faut-il le montrer) que le support du message ne change pas l'efficacité d'un message isolé de son contexte. Même si c'est notre ligne de conduite, restons attentifs à insérer les approches d'information, de communication et d'éducation dans des projets plus structurants ?

**PALMER, Melissa, SUTHERLAND, Jennifer, BARNARD, Sharmani, et al. The effectiveness of smoking cessation, physical activity/diet and alcohol reduction interventions delivered by mobile phones for the prevention of noncommunicable diseases: A systematic review of randomised controlled trials. PloS one, 2018, vol. 13, no 1, p. e0189801.**

## 5. Promouvoir une alimentation équilibrée, l'activité physique et le "sans" tabac auprès des populations défavorisées.

La littérature scientifique est très controversée sur l'efficacité à long terme des interventions de promotion de l'alimentation équilibrée, de l'activité physique et de la réduction (voire de l'arrêt) tabagique auprès des populations défavorisées.

Identifier les composantes d'interventions reconnues comme efficaces s'avère dès lors judicieux pour le développement de nouvelles interventions.

Les résultats mettent en évidence que le contenu, le contexte et la stratégie d'intervention sont différents pour les comportements relatifs à l'alimentation équilibrée et pour l'activité physique.

Pour la promotion de l'alimentation équilibrée, les techniques comme l'automonitoring, le contact de face à face avec un coach ou une action conjointe avec la pratique de l'activité physique présentent une réelle efficacité.

En matière d'activité physique, les stratégies les plus pertinentes sont celles qui visent la mise en activité directe des personnes, au domicile de celles-ci ou dans leur environnement immédiat plutôt que dans des centres spécialisés. Les informations à transmettre doivent rester exclusivement liées au déroulement de l'activité (par exemple sur la

manière de les exercer à la maison). C'est donc davantage la capacité et la facilité d'adopter le comportement dans la vie réelle qui déterminent la pérennisation du changement en permettant à ce dernier de devenir progressivement une habitude. Par ailleurs, il semble assez logique de penser que l'action conjointe sur plusieurs comportements (ciblant à la fois l'activité physique et l'alimentation saine) exerce une augmentation de l'impact de l'intervention. Or, les résultats obtenus démontrent la réalité inverse lorsqu'il s'agit de la promotion de l'activité physique. Tout indique en effet qu'il est préférable de privilégier le choix d'une cible unique.

Un autre constat concerne la place donnée à l'information dans les techniques de changement de comportement. Les stratégies d'information relatives aux conséquences alarmantes sur les risques sont qualifiées d'inefficaces quand elles sont utilisées seules. Elles sont plus opérantes quand elles sont couplées à des stratégies qui visent à accroître l'efficacité personnelle et notamment la capacité de planifier soi-même l'activité. Les auteurs soulignent cependant que ce n'est malheureusement pas le cas en matière de réduction de la consommation tabagique auprès de ce public.



**Commentaire** : Beaucoup d'études se concentrent sur l'analyse du comportement pour sa facilité d'analyse (maintien ou changement) sans faire ou peu référence au contexte. L'intérêt de cet article est la mise en évidence de la promotion de l'activité physique comme un sujet spécifique à traiter isolément.

**BULL, Eleanor R., MCCLEARY, Nicola, LI, Xinru, et al. Interventions to Promote Healthy Eating, Physical Activity and Smoking in Low-Income Groups: a Systematic Review with Meta-Analysis of Behavior Change Techniques and Delivery/Context. International journal of behavioral medicine, 2018, ol. 25, no 6, p. 605-616.**

---

---





Rue de Saint-Antoine, 1  
7021 Havré - Belgique



+32 (0)65 87 96 00



[observatoiresante.hainaut.be](http://observatoiresante.hainaut.be)



[observatoire.sante@hainaut.be](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)



Rédacteur : Claude Renard - Courtier en connaissances scientifiques

Editeur responsable : Helen Barthe-Batsalle - Observatoire de la Santé de la Province de Hainaut  
rue de Saint-Antoine,1 - 7021 Havré