



Infolettre du Centre doc

Numéro 2 - Été 2018

Edito

Voici le deuxième numéro de l'Infolettre du Centre doc.

Pour nos nouveaux collègues, l'infolettre reprend une sélection d'articles de la base de données documentaire parus récemment.

L'objectif est de suivre l'actualité et l'évolution des connaissances scientifiques dans les domaines qui nous préoccupent particulièrement.

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. L'état des lieux sur l'évolution des inégalités sociales de mortalité en Europe
2. Les facteurs déterminants et les périodes critiques dans l'adoption des habitudes alimentaires
3. Les interventions visant à réduire le surpoids et l'obésité infantile au sein des familles défavorisées
4. Les influences contextuelles sur la pratique de l'activité physique et sur l'alimentation : autant d'opportunités pour agir sur un plan local
5. Pourquoi le changement de comportement de santé est-il aussi difficile ?



1. L'état des lieux sur l'évolution des inégalités sociales de mortalité en Europe

La persistance des inégalités sociales en matière de santé reste l'une des grandes déceptions de la santé publique, déclare l'auteur.

Cet article présente les résultats d'une série d'études sur l'explication des variations et des tendances des inégalités de mortalité dans trois régions européennes: les pays nordiques, les pays d'Europe méridionale et les pays d'Europe centrale et orientale.

Les résultats de ces études montrent que les inégalités de mortalité sont étonnamment variables dans le temps et dans l'espace. Ce caractère instable suggère donc que ces inégalités ne répondent pas à une loi de la nature. Il est donc possible de les réduire pour autant que les actions portent sur les thématiques les plus pertinentes, à savoir la lutte contre la pauvreté, le tabagisme, l'abus d'alcool, la suralimentation et le manque d'accès aux soins de santé.

Un autre apport est que les inégalités de santé sont influencées de manière parfois inattendue par des facteurs qui ne sont pas sous notre contrôle. Ce peut être le cas de certains facteurs environnementaux ou génétiques.

L'auteur illustre ce point de vue en décrivant trois réalités distinctes qu'il nomme :

- le paradoxe nordique,
- le miracle des pays du Sud et,
- le désastre des pays de l'Est.

Les pays nordiques sont connus pour avoir pris davantage d'initiatives que la plupart des autres pays européens pour réduire les inégalités sociales et économiques. Pourtant les évaluations des actions montrent que d'autres facteurs (comme l'impact de la mobilité sociale) peuvent contrebalancer les effets de dispositifs de protection sociale, même les plus généreux.

De même, les plus petites inégalités de mortalité en Europe du Sud semblent plus le fait d'une coïncidence historique plutôt que le résultat de politiques délibérées. La réalité des exemples espagnols et italiens suggère d'ailleurs que de grandes inégalités de mortalité ne sont pas inévitables.

Une troisième illustration porte sur la transition politique vers la démocratie libérale et la transition économique vers le capitalisme dans les pays de l'Est. Ces transitions génèrent une hausse de la mortalité due à une augmentation de la pauvreté et du chômage. Les résultats montrent également une fréquence plus élevée de facteurs de risque de mortalité prématurée. Cette augmentation de la mortalité n'est cependant pas répartie de manière équitable au sein de la population. Elle s'est surtout manifestée chez les personnes ayant un niveau d'éducation moins élevé, augmentant encore les inégalités sociales face à la maladie et à la mort.

En conclusion, les inégalités en matière de santé restent un miroir de la société. Elles méritent, à ce titre, une analyse rigoureuse et permanente de leur évolution en vue de les réduire.

Une compréhension plus approfondie encore des déterminants des inégalités de santé permettra de développer de nouvelles politiques et interventions plus efficaces.

MACKENBACH, Johan P. Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: persistence of inequalities in mortality in Europe. European journal of public health, 2017, vol. 27, no suppl_4, p. 14-17.



2. Les facteurs déterminants et les périodes critiques dans l'adoption des habitudes alimentaires

Les habitudes alimentaires acquises dans la petite enfance ont tendance à se maintenir jusque l'âge adulte. Comprendre la formation de ces comportements représente un réel enjeu dans la lutte contre les problèmes de surpoids et d'obésité chez l'enfant ainsi que chez l'adulte.

Cette recherche met en évidence la précocité des facteurs déterminant la consommation de fruits et légumes. Elle débouche sur plusieurs recommandations à destination des (futurs) parents et des professionnels de santé.

1. L'allaitement maternel peut aider le nourrisson à accepter plus facilement les légumes et les fruits car il est porteur des goûts des aliments consommés par la mère.
2. Si le bébé n'est pas allaité, il est plus important encore d'introduire une variété de légumes et de fruits pour renouveler son alimentation dès le début de la diversification alimentaire.
3. Au cours de la première année, offrir une variété de goûts et de textures de manière répétitive permettra à l'enfant, grâce à sa persévérance, d'apprendre à aimer les fruits et les légumes.

Quand cela est possible, l'offre devrait s'élargir à deux légumes différents par repas pour permettre à l'enfant de choisir. Les légumes mis de côté seront reproposés aux repas suivants jusqu'à ce que l'enfant accepte de les goûter.

4. A partir de l'âge de 7-8 mois, autoriser l'enfant à prendre en mains des morceaux de légumes cuits lui donnera une occasion supplémentaire de se familiariser avec ceux-ci.
5. Les aliments devraient être offerts à un enfant en réponse à des sensations de faim, et ne pas servir de récompense pour un bon comportement ou pour toute autre raison.

Un document reprenant les différentes recommandations est édité en français et disponible en ligne sur le site : https://www.habeat.eu/media/file/BookletHabEat_FRENCH.pdf

DE RIDDER, Denise, KROESE, Floor, EVERS, Catharine, et al. Healthy diet: Health impact, prevalence, correlates, and interventions. Psychology & health, 2017, vol. 32, no 8, p. 907-941.



3. Les interventions visant à réduire le surpoids et l'obésité infantile au sein des familles défavorisées

Cette revue systématique s'est intéressée à l'évaluation de l'efficacité des interventions qui visent à améliorer les habitudes de vie et/ou à prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants issus de familles défavorisées dans différents pays européens.

Les critères de sélection des articles pour cette revue systématique étaient :

- les mesures d'adiposité, (BMI, pli cutané, masse de graisse corporelle) ;
- les comportements sédentaires ;
- la pratique de l'activité physique ;
- l'alimentation.

Les études devaient également compter au moins 50 % d'enfants issus de familles socialement défavorisées ou présenter des résultats comparatifs sur base du statut socio-économique des parents.

Les résultats mettent en évidence des effets positifs très modestes suite aux actions déployées. De plus, les périodes d'intervention sont souvent très réduites, ce qui pose la question de leur pérennisation.

Les auteurs concluent qu'une réelle urgence existe quant à la mise en place de stratégies spécifiques et à long terme, à destination de ces publics.

Ils recommandent également que les interventions s'accompagnent d'un processus d'évaluation rigoureux pour comparer les résultats en lien avec les stratégies mises en place.

WIJZES, Anne I., VAN DE GAAR, Vivian M., VAN GRIEKEN, Amy, et al. Effectiveness of interventions to improve lifestyle behaviors among socially disadvantaged children in Europe. European journal of public health, 2017, vol. 27, no 2, p. 240-247

4. Les influences contextuelles sur la pratique de l'activité physique et sur l'alimentation : autant d'opportunités pour agir sur un plan local

L'article illustre comment une action sur le plan local peut produire une amélioration de la santé au niveau de toute une population.

La question initiale des auteurs était la suivante : "pourquoi les interventions spécifiques de santé ne permettent que des effets modérés sur le plan individuel et des effets mixtes sur le plan populationnel ?"

Leur hypothèse est que l'environnement

physique et social exerce une forte influence sur les comportements et les habitudes de vie des populations et des individus (et inversement d'ailleurs).

Comment un contexte local qui présente ses propres caractéristiques physiques, économiques, politiques et socioculturelles peut-il agir de manière proactive pour développer une stratégie de santé dans toutes les politiques ? Comment une intervention sur le plan communautaire peut-elle



offrir une plus-value en termes de résultats sur les comportements individuels ?

Les auteurs développent le concept d'environnement obésogène. Il s'agit d'un contexte de vie qui facilite la prise de poids par une accessibilité réduite à une alimentation de qualité et/ou dépourvu d'infrastructures pour promouvoir un mode plus actif. Ce concept met en évidence pourquoi la lutte contre l'épidémie d'obésité sans intervention ciblée sur les conditions de vie continuera d'échouer.

Les auteurs présentent ensuite plusieurs initiatives d'interventions interdisciplinaires en santé communautaire. Celles-ci concernent des projets portant sur la réduction du poids et du surpoids des individus.

Les résultats mettent en évidence une augmentation de la pratique de l'activité

physique et des habitudes alimentaires plus saines. Cela a pour conséquence directe une diminution globale du surpoids et de l'obésité, une meilleure qualité de vie en référence à la santé et une plus grande cohésion sociale.

En conclusion, les stratégies de promotion de la santé communautaire efficaces consistent en des interventions multi-niveaux (individuel et collectif), multi-composantes (alimentation et activité physique) sur les environnements tant micro, que méso et macro (famille, quartier, communes).

SCHNEIDER, Sven, DIEHL, Katharina, GÖRIG, Tatiana, et al. Contextual influences on physical activity and eating habits-options for action on the community level. BMC public health, 2017, vol. 17, no 1, p. 760.

5. Pourquoi le changement de comportement de santé est-il aussi difficile ?

Cet article présente les six erreurs les plus courantes qui sont à l'origine des faibles résultats obtenus dans les programmes qui visent une modification du comportement de santé. Pour ses auteurs, le changement des habitudes de vie et des comportements ne peut se réduire à des postulats simples. Ils dénoncent cependant que la majorité des interventions ne prennent pas en compte la complexité du changement de comportement.

L'analyse porte sur les habitudes de vie liées à la consommation d'alcool et de tabac, à l'alimentation et à l'activité physique. Ces quatre comportements sont fortement associés à l'épidémie croissante des maladies non transmissibles. La méthode d'analyse est une approche croisée des apports de la sociologie et de la psychologie.

1. La première erreur identifiée est de penser que le changement de comportement se résume à une question de **bon sens**. Autrement dit, la compréhension du comportement ne nécessiterait pas ou peu d'analyse rigoureuse. De manière schématique, l'argument est que l'évidence s'impose lorsque le choix doit se faire. Par exemple, pratiquer une activité physique s'impose pour entretenir la forme.
2. La deuxième erreur porte sur le fait de penser que seule, la **valeur du message** transmis est suffisante pour susciter le changement de comportement. Plusieurs initiatives basées sur le marketing social sont construites sur ce principe. Les études ont cependant montré que les modèles simples basés sur le principe de la réponse à un stimulus n'expliquent qu'une petite partie du choix du comportement humain et



souvent se limite au fait d'accroître le plaisir.

3. La troisième erreur porte sur la **crédibilité de l'information**. Pour les partisans de cette idée, les messages construits sur des preuves scientifiques et transmis par des experts sont porteurs de changement de comportement. Si ce principe fonctionne plutôt bien dans le cadre des maladies aiguës, ce n'est pas le cas dans le cadre des maladies chroniques et encore moins en prévention. Savoir qu'une consommation accrue de fruits et légumes protège la santé n'est pas suffisant pour adopter le comportement au quotidien. Bien d'autres facteurs de la vie peuvent entraver l'intention d'opter pour ce changement.
4. Une quatrième erreur repose sur le **caractère rationnel du comportement** humain. Autrement dit, les personnes n'adoptent un comportement qu'à l'issue d'une évaluation critique et rationnelle. Ainsi, la menace perçue pour un comportement néfaste à la santé (le tabagisme par exemple) devrait exclure son adoption ou son maintien. Ce modèle de fonctionnement ignore que les personnes peuvent agir de manière altruiste, par amour, par jalousie, par compassion ou par recherche du plaisir et que le comportement humain ne répond pas uniquement à un principe d'utilité consciente.
5. L'erreur suivante consiste à penser l'inverse, à savoir que les comportements humains sont par nature **irrationnels**. Sur base de ce principe, les personnes peuvent avoir d'autres 'raisons' de maintenir un comportement, même si celui-ci est considéré comme néfaste pour la santé. Le tabagisme est assez illustratif de ce processus.
Ainsi, un comportement qui persiste chez un individu l'est souvent parce que ce dernier lui attribue d'autres fonctions indépendamment du risque qu'il comporte pour la santé. Il en est de même pour la consommation excessive d'alcool, la malbouffe, la sédentarité ou le refus de l'allaitement maternel.
6. La dernière erreur est relative à la **valeur prédictive du changement de comportement**. L'observation épidémiologique permet d'identifier par leur fréquence d'apparition

et leur association aux problèmes de santé, les comportements considérés comme défavorables à la santé. Il suffirait donc de décider de les rejeter. Or, les processus qui déterminent les choix individuels de comportement sont peu connus encore. Ils offrent donc peu d'assise pour construire des interventions efficaces.

La conviction des auteurs repose sur le fait que la compréhension des raisons spécifiques pour lesquelles certains individus ou groupes d'individus adoptent un comportement est plus importante que celle de l'observateur scientifique. Ils recommandent dès lors une approche qui cherche à comprendre les fondements sous-jacents à un comportement et à son maintien.

En effet, les comportements humains répondent à des logiques complexes et s'inscrivent aussi dans le temps et dans l'espace. Ils ne se modifient que lorsque le lien qui les unit socialement se brise ou se modifie. A titre d'illustration, ce n'est que lorsque le tabagisme est devenu socialement indésirable que sa pratique a diminué, même si par ailleurs, pour certains, la dépendance à ce comportement est encore trop importante pour être modifiée.

Porter une attention toute particulière à ce qui motive les personnes, aux pressions sociales et économiques qu'elles subissent et à l'évolution des comportements dans le temps, devrait ouvrir sur de nouvelles stratégies plus prometteuses.

En conclusion, la politique de santé publique actuelle met encore trop l'accent sur le potentiel de petits changements cumulatifs dans le comportement individuel pour produire ou attendre des effets significatifs sur le plan populationnel. Ce faisant, elle sous-estime l'impact des changements organisationnels et environnementaux pour modifier les habitudes de vie des individus et des groupes.

KELLY, Michael P. et BARKER, Mary. Why is changing health-related behaviour so difficult? Public health, 2016, vol. 136, p. 109-116.





Rue de Saint-Antoine, 1
7021 Havré - Belgique



+32 (0)65 87 96 00



observatoiresante.hainaut.be



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