



Infolettre du Centre doc

Numéro 17 - Mars 2022

Edito

Voici le dix-septième numéro de l'Infolettre du Centre doc et le premier de l'année 2022.

Ce document vise à synthétiser les publications les plus pertinentes en promotion de la santé.

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 [http://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. Les aliments ultra-transformés et la mortalité cardio-vasculaire auprès des personnes avec antécédents
2. La santé et le changement climatique
3. L'évaluation des mesures prises dans la lutte contre le Covid-19 à la lumière des sciences sociales et de la justice sociale : le cas de la France
4. L'impact des inégalités sur la santé mentale durant la pandémie du Covid-19
5. Le surpoids, l'obésité et la santé mentale à l'adolescence
6. Le surpoids et l'obésité de l'enfant en lien avec le style de vie familial
7. Et si l'activité physique permettait d'éviter jusqu'à 16 % des décès ?
8. Covid-19 : de l'intérêt du dépistage à la surveillance de l'épidémie



1. Les aliments ultra-transformés et la mortalité cardio-vasculaire auprès des personnes avec antécédents

Les aliments ultra-transformés constituent, depuis ces dernières années, une préoccupation majeure de santé publique pour leur disponibilité croissante et leurs effets néfastes sur la santé. Ce sont des aliments fabriqués en partie ou en totalité avec des substances non utilisées en routine en cuisine (protéines hydrolysées, assemblages de plusieurs glucides, graisses hydrogénées...) et qui contiennent généralement divers additifs, tels que des colorants, des conservateurs, des antioxydants, des agents antiagglomérants, des exhausteurs de goût et des édulcorants. Parmi ces aliments ultra-transformés, figurent aussi les boissons sucrées et gazeuses, les repas prêts à être consommés, les pâtes à tartiner et certains produits – moins fréquemment suspectés comme ultra-transformés – comme les biscottes, les céréales pour petit-déjeuner, les craquelins et les yaourts aux fruits.

Cette étude longitudinale, portant sur 1 171 hommes et femmes d'un âge moyen de 67 ans, visait à analyser l'association entre l'apport d'aliments ultra-transformés et la mortalité des personnes ayant des antécédents de maladie cardio-vasculaire, ainsi que l'explication biologique pouvant relier l'apport de ce type d'alimentation et la cause du décès.

Les résultats mettent en évidence que les personnes ayant une consommation plus élevée d'aliments ultra-transformés, par opposition aux aliments frais, présentent un risque accru d'événement cardio-vasculaire fatal. Ce risque est estimé 70 % supérieur en cas de deuxième crise cardiaque ou de deuxième accident vasculaire cérébral (AVC), par rapport aux participants consommant moins fréquemment ce type d'aliments. Une relation dose-réponse

linéaire d'une augmentation de 1 % de l'apport à base d'aliments ultra-transformés a été observée avec la mortalité toutes causes confondues et par maladie cardio-vasculaire. Autrement dit, le risque augmente en fonction de la quantité ingérée.

L'étude précise également que cette consommation n'épargne pas les personnes qui suivent généralement un régime méditerranéen. Auprès de ces dernières, l'apport complémentaire de produits ultra-transformés entraîne des risques pour la santé.

Il importe à cet effet de préciser que, même si un aliment est considéré "équilibré" sur le plan nutritionnel, il peut être envisagé comme ultra-transformé.

En conclusion, les auteurs précisent qu'il est temps de ne plus faire la distinction entre aliments sains et malsains uniquement sur la base de la valeur nutritive. Les légumes frais ne sont pas les mêmes que les légumes précuits et assaisonnés, et il en va de même pour de nombreux autres aliments. Ils proposent donc que le niveau de transformation industrielle des aliments soit précisé sur les étiquettes, sur le devant des emballages, qui jusqu'à présent n'apportent que des informations nutritionnelles.

Marialaura Bonaccio, Simona Costanzo, Augusto Di Castelnuovo, Mariarosaria Persichillo, Sara Magnacca, Amalia De Curtis, Chiara Cerletti, Maria Benedetta Donati, Giovanni de Gaetano, Licia Iacoviello, Ultra-processed food intake and all-cause and cause-specific mortality in individuals with cardiovascular disease: the Moli-sani Study *European Heart Journal*, 2022 Jan 25;43(3):213-224 ehab783, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab783>



2. La santé et le changement climatique

(Extraits choisis du rapport)

Il y a cinq ans, les pays se sont engagés à limiter le réchauffement à une augmentation inférieure à 2 °C, dans le cadre de l'historique "Accord de Paris". Cinq ans plus tard, les émissions mondiales de CO2 continuent d'augmenter de façon régulière, sans réduction convaincante ou durable, et en conséquence, la température moyenne mondiale montre un réchauffement de 1,2 °C.

Le Lancet Countdown est une collaboration internationale, qui a été établie pour fournir un système de surveillance mondial indépendant, dédié au suivi du profil de santé émergent du changement climatique.

Depuis 2015, le monde a vécu les cinq années les plus chaudes jamais enregistrées. Le changement climatique a déjà significativement altéré les déterminants sociaux et environnementaux sous-jacents de la santé au niveau mondial. Tous les indicateurs évalués par cette institution se détériorent dans tous les domaines d'impacts, d'expositions et de vulnérabilités.

Les effets sont souvent inégaux, affectant de manière disproportionnée les populations qui ont le moins contribué au problème. Ils mettent bien en évidence la question plus profonde de justice, selon laquelle le changement climatique interagit avec les inégalités sociales et économiques existantes et exacerbe les tendances de longue date à l'intérieur et entre les pays.

A titre d'exemple, les populations vulnérables ont été exposées à 475 millions d'épisodes caniculaires supplémentaires au niveau mondial, ce qui s'est traduit par des excès de morbidité et de mortalité. Au cours des 20 dernières années, il y a eu une augmentation de 53,7 % de la mortalité liée à la chaleur chez les personnes de plus de 65 ans, atteignant un total de 296 000 décès en 2018.

Mais le changement climatique a aussi des effets en aval, affectant des systèmes environnementaux plus larges, qui à leur tour nuisent à la santé humaine.

La sécurité alimentaire mondiale est menacée par la hausse des températures et l'augmentation de la fréquence des épisodes de chaleur extrême. Le rendement potentiel mondial des principales cultures a diminué de 1,8 à 5,6 % entre 1981 et 2019 (Indicateur 1.4.1). La contribution du changement climatique à la transmission de maladies infectieuses a augmenté rapidement depuis les années 1950.

Malgré ces signes clairs et croissants, la réponse mondiale au changement climatique reste faible et les efforts nationaux continuent à être bien en deçà des engagements pris dans l'Accord de Paris. L'intensité en carbone du système énergétique mondial est restée pratiquement inchangée pendant 30 ans, avec une consommation mondiale de charbon ayant augmenté de 74 % pendant cette période.

Le fardeau sanitaire qui en résulte est considérable : plus d'un million de décès surviennent chaque année en raison de la pollution de l'air par les centrales au charbon, et en 2018, environ 390 000 de ces décès résultaient de la pollution par particules fines. La réponse dans le secteur alimentaire et agricole a été tout aussi préoccupante. Les émissions provenant du bétail ont augmenté de 16 % entre 2000 et 2017, avec 93 % des émissions provenant des ruminants.

Pour atteindre l'objectif de 1,5 °C et maintenir l'élévation de température "bien inférieure à 2 °C", les 56 gigatonnes de CO2, actuellement émis annuellement, devront chuter à 25 Gt CO2 en seulement 10 ans (d'ici 2030).

La nécessité d'accélérer les efforts pour lutter contre le changement climatique au cours des cinq prochaines années sera contextualisée par les impacts et la réponse globale à la pandémie de Covid-19.



Avec les pertes en vies humaines dues à la pandémie et au changement climatique mesurées en centaines de milliers, les coûts économiques potentiels mesurés en milliers de milliards et les conséquences plus larges qui devraient se poursuivre pendant les années à venir, les mesures prises pour faire face à ces deux crises de santé publique doivent être soigneusement examinées et étroitement liées.

Les professionnels de la santé sont bien placés pour servir de pont entre les deux problèmes, et l'examen de l'approche clinique dans la prise en charge d'un patient atteint de la COVID-19, peut être utile pour comprendre les façons dont ces deux crises de santé publique devraient être traitées conjointement.

Premièrement, dans un contexte de gravité et d'urgence, une priorité élevée doit être accordée au diagnostic rapide et à l'évaluation complète de la situation. En complément, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour comprendre le problème. C'est le cas, notamment :

- pour identifier les populations vulnérables à la fois à la pandémie et au changement climatique ;
- analyser la façon dont les économies mondiales et nationales ont réagi et se sont adaptées, et les conséquences sur la santé et l'environnement qui en résultent ;
- enfin, pour identifier et consolider les aspects de ces changements qui doivent être conservés pour soutenir le développement durable à plus long terme.

Deuxièmement, les options de traitement les plus appropriées doivent être examinées et administrées, en tenant soigneusement compte de tout effet secondaire potentiel, des objectifs de soins et de la santé du patient tout au long de sa vie.

Troisièmement, l'attention doit également se porter sur la prévention secondaire. Un grand nombre des étapes concernant la préparation à des chocs imprévus tels qu'une pandémie sont similaires à celles nécessaires pour s'adapter aux conditions météorologiques extrêmes et aux nouvelles menaces attendues du changement climatique.

Ces étapes comprennent la nécessité d'identifier les populations vulnérables, d'évaluer la capacité des systèmes de santé publique, de développer et d'investir dans des mesures de préparation et de mettre l'accent sur la résilience et l'équité des communautés.

À chaque étape et dans les deux situations, agir avec un niveau d'urgence proportionné à l'ampleur de la menace, adhérer aux meilleures connaissances scientifiques disponibles et assurer des communications claires et cohérentes sont des éléments primordiaux.

Watts N, Amann M, Arnell N, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. Lancet 2020. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32290-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32290-X)



3. L'évaluation des mesures prises dans la lutte contre le Covid-19 à la lumière des sciences sociales et de la justice sociale : le cas de la France

L'impact social de la pandémie du COVID-19 a été considérable. L'étude du cas de la France démontre l'impact différentiel du COVID-19 sur les populations socialement vulnérables et soutient qu'un rôle central doit être joué par les communautés pour assurer une réponse inclusive, équitable et efficace.

L'analyse de la situation de la France a été réalisée sur base de cinq piliers des sciences sociales : (i) les mesures de santé publique de base en réponse au COVID-19, (ii) la santé mentale et enfin, les questions intersectorielles de justice sociale, telles que (iii) la communication, (iv) l'implication de la société civile et de la communauté dans la prise de décision et (v) les inégalités sociales.

Pour prévenir de nouvelles infections, des mesures telles que la distanciation sociale, l'hygiène des mains et le port du masque doivent être éclairées par la recherche en psychologie comportementale. L'objectif est de déterminer la motivation d'une population d'accepter et d'adopter ces mesures et d'anticiper les interventions pour faire face à la négligence ou à la résistance potentielle, et contrer les comportements à risque tels que le non port du masque et le non-respect de la distanciation physique dans les espaces publics. En effet, il est admis que la compréhension de la relation entre l'évaluation, la prise de décision et la communication peut transformer les données probantes en mesures de santé publique efficacement mises en œuvre.

Pour rendre plus équitable la réponse au COVID-19 et aux futures pandémies, les sciences sociales (c'est-à-dire la sociologie, l'anthropologie, la psychologie) doivent répondre à un certain nombre de questions : quelles sont les populations les plus vulnérables où les inégalités doivent être corrigées ? Où sont-elles situées ? Quelle est la meilleure façon d'impliquer et d'atteindre les communautés vulnérables et quel devrait être le rôle des associations

de la société civile, des ONG et des représentants des gouvernements locaux ? Comment formuler les messages et les communications pour s'assurer qu'ils résonnent auprès de ces populations ? Comment l'impact des mesures promues sera-t-il suivi/ évalué et apprécié ? Compte tenu de l'engagement des dirigeants du G7 "4,3 milliards de dollars pour financer un accès équitable aux tests, aux traitements et aux vaccins en 2021", il est raisonnable d'affirmer qu'investir dans des outils spécifiques pour résoudre les problèmes sociaux respectifs est un coût relativement faible avec un bénéfice et un impact durables précieux.

Les résultats de cette recherche indiquent une mauvaise prise en compte des inégalités dans la conception de mesures de base telles que le port de masques, l'hygiène des mains et la distanciation sociale, en particulier pour les populations vulnérables, tandis que des composantes sociales telles que la santé mentale, la communication et l'engagement communautaire manquaient dans l'évaluation de la réponse de la France au COVID-19.

Par conséquent, cette analyse de la réponse de la France au COVID-19 pourrait être complétée par d'autres recherches pour améliorer notre compréhension de l'importance et du rôle des sciences sociales dans la préparation et la réponse à la pandémie face aux nouvelles vagues imminentes et aux futures pandémies.

Les perspectives futures de recherche devraient tirer parti de données détaillées provenant de sources secondaires autres que celles utilisées dans cette analyse, y compris les plans, les rapports de comité, les stratégies détaillées et les mesures mises en œuvre. En outre, des données primaires provenant d'entretiens avec des dirigeants communautaires, des experts et des décideurs doivent également être collectées. Une recherche observationnelle longitudinale complète avec des critères écono-



miques et sociaux pourrait fournir des preuves de l'impact à long terme des mesures de santé publique mises en œuvre auprès des populations vulnérables en France mais aussi dans d'autres pays. En ce qui concerne les futures pandémies, une analyse sociologique des organes de gouvernance et de l'efficacité avec laquelle ceux-ci sont organisés pour prendre des décisions rapides et fondées sur des preuves serait bénéfique.

En conclusion, les résultats présentés ici fournissent un premier examen critique de l'importance d'inclure les acteurs des sciences sociales ainsi que les approches psychologique, anthropologique et sociologique dans l'élaboration des plans d'intervention en cas de pandémie dès le début. Les sciences sociales ont un rôle à jouer pour éclairer la prise de décision sur la conception, la mise en œuvre et l'adoption de mesures efficaces à court et à long terme pour faire face à la pandémie de COVID-19 et au-delà, en se préparant à l'émergence ou à la réémergence d'autres maladies infectieuses.

Il convient également de noter que la pandémie actuelle peut évoluer vers une maladie endémique avec des variantes émergentes appelant des réponses dynamiques et adaptées au fil du temps. Cela a été le cas avec des virus comme la grippe ou le VIH/SIDA par exemple. La préparation et la réponse à une pandémie devraient inclure la surveillance épidémiologique et la détection précoce des épidémies, la mise en place de réponses rapides, la production et le partage de données, de connaissances et de technologies, en plus d'une compréhension approfondie des besoins d'une communauté et de son acceptation des mesures de prévention de base, en utilisant les sciences sociales. Ce n'est qu'alors que la justice sociale se manifesterait dans les politiques publiques.

Verykiou, M., Denis, L. & Pervilhac, C. (2022). Social Sciences and Social Justice in the Design, Implementation and Evaluation of Measures Against COVID-19 - the Case Study of France in 2020. Journal of Social Sciences, 18(1), 6-18.

4. L'impact des inégalités sur la santé mentale durant la pandémie du Covid-19

Des recherches antérieures sur les pandémies et les urgences ont montré que de tels événements augmentent souvent les inégalités en matière de santé dans la société et ont une incidence plus grave sur les groupes socialement défavorisés.

À ce jour, aucune étude n'a examiné l'incidence des facteurs d'inégalité sur les résultats en matière de santé mentale lors de l'épidémie du nouveau coronavirus (COVID-19). L'objectif de la présente étude était donc d'évaluer l'incidence des facteurs d'inégalité sur les résultats en matière de santé mentale pendant le COVID-19.

Après un examen systématique de la littérature

scientifique, les facteurs d'inégalité suivants ont été pris en considération : éducation, revenu, emploi, profession, privation matérielle et sociale, âge, statut d'immigrant, orientation sexuelle, santé fonctionnelle, origine culturelle/raciale, sexe, genre et lieu de résidence.

Les critères qui ont permis d'identifier et de prédire les inégalités en matière de santé mentale sont le sexe féminin, le jeune âge, l'insécurité financière, le manque d'accès à des messages/renseignements clairs sur la pandémie, la proximité d'importants sites d'infection, les conditions de santé physique et/ou psychologique existantes et le fait d'être victime d'abus/stigmatisation en raison de son identi-



té en tant que membre d'un groupe ethnique ou sexuel marginalisé.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier et décrire la manière dont les inégalités affectent la santé mentale dans les populations vulnérables moins étudiées, telles que les participants marginalisés sur le plan ethnique, sexuel et sexospécifique, ainsi que pour comprendre la manière dont les facteurs d'inégalité interagissent pour affecter la santé mentale à long terme.

Des recommandations sont formulées à l'intention des chercheurs, des praticiens de la santé mentale et des autorités de santé publique pour atténuer les effets néfastes sur la santé mentale des populations vulnérables.

GIBSON, Benjamin, SCHNEIDER, Jekaterina, TALAMONTI, Deborah, et al. The impact of inequality on mental health outcomes during the COVID-19 pandemic: A systematic review. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 2021, vol. 62, no 1, p. 101.

5. Le surpoids, l'obésité et la santé mentale à l'adolescence

Plusieurs études mettent en évidence un lien entre surpoids et obésité à l'adolescence et problèmes de santé mentale. Il faut reconnaître que cette association est assez méconnue. Autrement dit, est-elle le fruit du hasard ou simplement l'impact de l'un sur l'autre ? Si la dernière hypothèse reste plausible, est-ce alors la santé mentale qui influence le poids ou le poids qui influence la santé mentale ? Quelle est la nature de cette interaction et comment se répartit-elle selon le sexe, le style de vie ou le statut sociodémographique des adolescents ?

La réponse à cette association est primordiale pour développer des stratégies d'intervention pertinentes, adaptées à l'explication du phénomène, à l'âge et au sexe des adolescents. Il existe en effet une certaine présomption à définir les adolescents de manière globale et à proposer des stratégies universelles sans se préoccuper de la façon dont la problématique est perçue et ressentie par chacun d'entre eux.

Cette étude transversale porte donc sur la covariation entre l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI) à l'adolescence et les indices de santé mentale, en lien avec le sexe et le statut socioéconomique.

Deux groupes d'adolescents ont donc été invités

à autodéclarer leur taille, leur sexe, leur poids, leur statut de santé mentale, leurs habitudes de vie et leur statut sociodémographique.

Les résultats montrent que le BMI est proportionnellement associé avec la qualité relationnelle entre pairs. Autrement dit, toute aggravation des difficultés relationnelles avec les pairs engendre une augmentation proportionnelle de l'indice de masse corporelle. Le surpoids et l'obésité apparaissent donc comme un marqueur de marginalisation sociale à l'adolescence car les enfants en surpoids ou obèses ont proportionnellement moins d'amis que leurs pairs de poids normal. De plus, les enfants présentant une obésité sont plus souvent victimes d'agressions, d'intimidation, de harcèlement et de pertes du nombre d'amis.

A contrario, il n'existe pas de variation de résultat lorsque l'on croise une sous-échelle de l'hyperactivité avec l'indice de masse corporelle.

L'étude met en évidence que l'association entre les problématiques d'internalisation (gestion des émotions) et le BMI ainsi que l'association entre les problématiques de comportement et la gestion du BMI varient selon le sexe des adolescents. Chez les filles, les résultats soulignent des scores plus élevés



pour les problèmes relationnels avec les pairs et des symptômes émotionnels associés à un IMC significativement plus important par rapport aux garçons.

Chez ces derniers, les auteurs ont constaté que ceux qui présentaient plus de troubles de comportement signalaient également un IMC significativement plus élevé que les filles.

Il est possible que l'association entre les difficultés ou les troubles de santé mentale et l'IMC soit médiée par un comportement lié à la santé. L'appartenance sociodémographique est à ce titre, un facteur sous-jacent du comportement lié à la santé, à la santé mentale et à l'obésité.

Dans les sociétés scandinaves, les variations entre les revenus sont moins flagrantes car la société y est plus égalitaire. En Norvège, l'étude n'a donc pas permis de démontrer l'influence du statut socioéconomique sur le BMI. Même si ces inégalités restent mineures dans les pays scandinaves, une plus grande sensibilisation reste nécessaire. Une étude récente a révélé qu'un faible statut socio-démographique est un facteur de risque pour une cascade de maladies qui débutent par des

troubles psychiatriques à l'adolescence et au début de l'âge adulte et qui sont ensuite associées à des maladies physiques ultérieurement.

En conclusion, les différences identifiées dans les résultats de santé semblent fortement liées à la santé mentale à l'adolescence et appuient la nécessité de futures recherches dans ce domaine.

Sans négliger le fait que l'augmentation du BMI (souvent exprimée en gain de poids important à l'adolescence en raison de la croissance qui y est associée) peut, à son tour, engendrer l'apparition ou l'augmentation des difficultés relationnelles entre pairs à l'adolescence. Cette étude démontre l'intérêt de dissocier les stratégies en fonction du sexe et du statut sociodémographique pour accroître leur efficacité.

GIBSON, Benjamin, SCHNEIDER, Jekaterina, TALAMONTI, Deborah, et al. The impact of inequality on mental health outcomes during the COVID-19 pandemic: A systematic review. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 2021, vol. 62, no 1, p. 101.

6. Le surpoids, l'obésité chez l'enfant en lien avec le style de vie familial

Le statut socio-économique est fortement associé au surpoids chez l'enfant. Le mécanisme sous-jacent, associé au rôle de médiateur des facteurs familiaux et de style de vie, reste cependant flou. Cette étude transversale a cherché à comprendre la nature et le processus de cette relation.

La prévalence du surpoids et de l'obésité a tendance à être plus élevée chez les enfants et les adolescents socio-économiquement défavorisés. Le revenu parental et le niveau d'éducation du parent le plus diplômé sont couramment utilisés comme critère de classification du statut socio-

économique chez les enfants et les adolescents. Ainsi, le niveau d'éducation du parent le plus diplômé est identifié comme un des marqueurs les plus appropriés pour évaluer le statut social des enfants et des adolescents en comparaison avec le surpoids à cet âge.

Les analyses de médiation ont révélé qu'un certain nombre de facteurs familiaux et de style de vie expliquent l'association inverse entre le statut socioéconomique et le surpoids. Parmi ceux-ci, se retrouvent le statut pondéral des parents, les habitudes tabagiques, la consommation des écrans



des enfants et des adolescents, la pratique de l'activité physique ainsi que le partage des repas. Ces effets médiateurs ont une puissance d'association plus forte à l'enfance qu'à l'adolescence mais ne semblent pas varier selon le sexe.

Pour faire face à l'impact du gradient social, les stratégies de prévention du surpoids infantile nécessitent donc la prise en compte des facteurs familiaux et de mode de vie.

En comparant les analyses de médiation entre les groupes d'âge, le nombre de médiateurs augmente avec l'âge. Chez les enfants de 5 à 7 ans, l'effet global de médiation s'explique par le statut pondéral des parents et la consommation des écrans. Chez les enfants de 9 à 11 ans et les adolescents de 13 à 16 ans, la relation inverse entre le statut socioéconomique et le surpoids est en plus médiée par le comportement tabagique des parents, l'activité physique et les repas partagés en familles.

Conformément aux conclusions précédentes, les résultats des analyses actuelles montrent qu'un faible statut socioéconomique est plus fréquemment associé à des comportements parentaux et à des choix de mode de vie 'malsains' chez les enfants, qui à leur tour agissent comme des déterminants de l'obésité chez les enfants et les adolescents. L'environnement familial, l'une des instances les plus importantes de socialisation de l'enfance et de l'adolescence, véhicule des attitudes et des comportements de base liés à la santé dans la vie de tous les jours.

Une raison possible de l'augmentation du nombre de médiateurs selon l'âge pourrait être le fait qu'avec l'âge, les enfants sont plus fortement influencés par les comportements parentaux liés à la santé et des modes de vie malsains au sein de l'environnement familial. De plus, l'effet proportionnellement moindre des comportements parentaux chez les adolescents de 13 à 16 ans pourrait indiquer qu'il existe d'autres médiateurs plus externes comme l'influence des pairs ou de l'environnement bâti.

Le surpoids des parents a été identifié comme le déterminant le plus fort du surpoids chez les enfants et les adolescents de 3 à 16 ans. L'impact du statut pondéral des parents sur le surpoids auprès des

enfants s'explique par une série d'autres facteurs, principalement une prédisposition génétique et des comportements parentaux liés à la santé, notamment aux habitudes alimentaires dites malsaines, à l'inactivité physique et aux comportements plus sédentaires. De plus, on sait qu'un statut social inférieur est associé à moins de connaissances et/ou de compétences en matière de nutrition saine et de niveaux d'activité physique, ce qui favorise à son tour un mode de vie obésogène des parents et des enfants.

Concernant les facteurs liés au mode de vie, des analyses de médiation ont également révélé que l'effet du statut socioéconomique (mesuré par l'éducation des parents) sur le surpoids est en partie médié par l'exposition aux médias (temps écran). La consommation médiatique explique 35 % de cette relation chez les enfants et les adolescents de 10 à 17 ans (âge moyen 12,8 ans).

La relation entre le statut socioéconomique et le surpoids de l'enfant ou de l'adolescent est également médiée par le comportement tabagique des parents, avec un lien plus fort entre le comportement tabagique de la mère pour les enfants de 9 à 11 ans et un comportement tabagique des deux parents à partir de 13 ans. Une prévalence plus élevée d'obésité infantile a été mise en évidence chez les enfants exposés au tabagisme passif parental par rapport aux enfants vivant dans des environnements sans fumée. On peut supposer que les effets médiateurs observés du tabagisme maternel et paternel sont une approximation des facteurs liés au mode de vie obésogène. Ce mode de vie se définit notamment par l'inactivité physique, le surpoids parental ou les habitudes alimentaires malsaines même si l'hypothèse existe d'une association causale entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et l'obésité infantile.

Au vu de l'analyse des résultats présentés dans cette étude, il n'est pas étonnant que les interventions portant sur le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents diffèrent dans leur efficacité selon les groupes socio-économiques lorsque ces interventions sont indifférenciées.

Pour éviter une nouvelle augmentation du gradient social du surpoids, une compréhension plus approfondie des mécanismes à l'origine de l'association



entre le statut socio-économique de la famille et le surpoids de l'enfant est nécessaire. L'analyse des facteurs de médiation indique qu'il convient de mieux cibler et différencier les stratégies de prévention à destination des enfants et des adolescents défavorisés sur le plan socio-économique, sur la surcharge pondérale des parents et sur les comportements à risque au sein des familles.

GÄTJENS, Isabel, HASLER, Mario, DI GIUSEPPE, Romina, et al. Family and lifestyle factors mediate the relationship between socioeconomic status and fat mass in children and adolescents. Obesity Facts, 2020, vol. 13, no 6, p. 596-607.

7. Et si l'activité physique permettait d'éviter jusqu'à 16 % des décès ?

L'activité physique est bien documentée dans la littérature scientifique comme étant un facteur de protection important dans la plupart des maladies non transmissibles, que ce soit les cancers, les maladies respiratoires et les maladies cardiovasculaires. Elle est même conseillée après des interventions chirurgicales comme facteur facilitant la réadaptation et la récupération ainsi que l'amélioration globale de l'état de santé.

Agissant à la fois sur la prévention des maladies les plus létales et intervenant dans la protection après une maladie ou une intervention, il était évident que l'activité physique était plébiscitée comme la meilleure des prophylaxies et des thérapies contre de nombreuses maladies physiques ou mentales.

Cette recherche a pour objet de mesurer le nombre de décès évités grâce à une activité physique accrue chez les adultes. Certes, ces conclusions sont relatives et les résultats restent projectifs, mais les auteurs concluent leur étude en précisant qu'une augmentation de pratique de l'activité physique de 10, 20 ou 30 minutes par jour pourrait permettre réduire de 6,9 %, 13,0 % et 16,9 % le nombre de décès par an, respectivement.

Cette étude de cohorte (4840 participants dont 2 435 femmes et 2 405 hommes) est une enquête représentative de la population américaine. De 2003 à 2006, les participants ont été invités à porter un accéléromètre pendant 7 jours.

L'analyse révèle, après ajustement avec les facteurs de confusion possibles (âge, sexe, origine ethnique, niveau d'études, indice de masse corporelle (IMC), régime alimentaire, consommation d'alcool, tabagisme et affections chroniques autodéclarées, limitations de mobilité et état de santé général), que :

- au total, 1 165 décès sont survenus au cours d'un suivi moyen de 10 ans ;
- le taux de risque passe de 0,69 à 0,28 dans les catégories de pratique d'activité croissante (versus une durée de pratique de 0 à 19 minutes par jour), un taux de 0,28 de décès étant associé à une pratique de 140 minutes ou plus par jour ;
- l'augmentation de l'Activité Physique Modérée à Vigoureuse (APMV) de 10, 20 ou 30 minutes par jour est associée à une réduction de 6,9 %, 13,0 % et 16,9 % du nombre de décès par an, respectivement ;
- l'ajout de 10 minutes d'activité physique par jour est associé à 111 174 décès évitables par an (pour les Etats-Unis), alors que les avantages associés à l'ajout d'une activité physique supplémentaire de 20 minutes représentent 209 459 décès en moins, et de 30 minutes à 272 297 décès en moins.



En conclusion, l'ajout de 10 minutes par jour d'activité physique modérée à vigoureuse est associé à la prévention de 8,0 % du nombre total de décès par an chez les hommes et de 5,9 % des décès chaque année chez les femmes.

Dans l'ensemble, concluent les auteurs, 110 000 décès par an pourraient être évités si les adultes américains âgés de 40 à 85 ans ou plus augmentaient légèrement (soit juste de 10 minutes par jour) leur pratique de l'activité physique.

Ces résultats soutiennent la mise en œuvre de stratégies fondées sur des preuves pour optimiser la pratique de l'activité physique, réduire les décès et augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé.

Saint-Maurice PF, Graubard BI, Troiano RP, et al. Estimated Number of Deaths Prevented Through Increased Physical Activity Among US Adults. JAMA Intern Med. Published online January 24, 2022.

8. Covid-19 : de l'intérêt du dépistage à la surveillance de l'épidémie

Les diagnostics se sont avérés cruciaux pour répondre à la pandémie de COVID-19 et freiner la transmission du virus dans la population. C'est dans ce contexte pandémique de COVID-19 que s'est développée une large sélection de tests de diagnostic. Le choix du test à utiliser dans chaque situation nécessite un examen attentif de l'objectif qui lui est assigné ainsi que des ressources disponibles.

Pour la détection des cas de COVID-19, les tests moléculaires avec leur haute sensibilité et leur haute spécificité restent le test de choix. Pour interrompre la chaîne de transmission par le dépistage des infections asymptomatiques, la sensibilité des tests pourrait être une considération secondaire par rapport à la fréquence des tests et au délai d'obtention des résultats. Les stratégies de dépistage ont donc évolué avec les différentes phases de la pandémie.

Bien qu'ils soient le socle du diagnostic et de la prise en charge des patients, les tests ont également été utilisés à une échelle sans précédent dans des contextes autres qu'à destination directe des soins de santé.

C'est notamment le cas pour le dépistage afin de protéger les personnes cliniquement vulnérables, aux passages frontaliers pour libérer les personnes de la quarantaine et dans les lieux de vie (institution d'hébergement, entreprise, boîtes de nuit,...) pour créer des environnements sécurisés pour la reprise de la relance économique et des activités sociales et culturelles.

Plusieurs critères peuvent ainsi varier pour valider le choix le plus pertinent en fonction de la situation. Les principaux sont la précision, l'accessibilité, le coût et la rapidité avec laquelle les résultats sont nécessaires.

Il existe trois principales méthodes de détection de l'infection par le SRAS-CoV-2 et leur rôle a évolué au cours de la pandémie.

1. Les tests moléculaires tels que le PCR qui présentent un haut taux de sensibilité et de spécificité restent les tests de choix pour détecter l'ARN viral et sont recommandés par l'OMS pour confirmer le diagnostic chez les personnes symptomatiques et pour activer les mesures de santé publique.



2. Les tests de détection rapide des antigènes identifient les protéines virales et, bien qu'ils soient moins sensibles que les tests moléculaires, ils présentent les avantages d'être plus faciles à réaliser, d'obtenir un résultat plus rapidement, d'être moins coûteux et de pouvoir détecter l'infection chez les personnes les plus susceptibles d'être à risque de transmettre le virus à d'autres. Les tests de détection rapide d'antigènes peuvent être utilisés comme outil de santé publique pour dépister les personnes à risque accru d'infection, pour protéger les personnes cliniquement vulnérables, pour assurer la sécurité des déplacements et la reprise des activités scolaires et sociales, et pour permettre la reprise économique.
3. Avec le déploiement du vaccin, les tests d'anticorps (qui détectent la réponse de l'hôte à l'infection ou à la vaccination) peuvent être des outils de surveillance utiles pour informer les politiques publiques, mais ne doivent pas être utilisés pour fournir une preuve d'immunité, car la garantie de protection reste floue.

En conclusion, les trois types de tests COVID-19 jouent un rôle crucial dans la transition de la réponse à la pandémie au contrôle de la pandémie.

PEELING, Rosanna W., HEYMANN, David L., TEO, Yik-Ying, et al. Diagnostics for COVID-19 : moving from pandemic response to control. The Lancet, Vol 399, 757-768, 2021.



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