

Le cadre de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique

Cardiovascular disease prevention and health promotion in the French speaking Community of Belgium

Y. Coppieters¹, C. Béduwé¹, J.-L. Collignon², V. Hubens³ et A. Levêque¹

¹Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Ecole de Santé Publique, ULB, ²Centre d'Education du Patient asbl, Godinne, ³Promo Santé & Médecine Générale asbl, Bruxelles

RESUME

Les pathologies cardiovasculaires restent la première cause de mortalité en Belgique et sont une priorité du Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française. Il se décline en programmes opérationnels par thématiques prioritaires, incluant la santé du cœur. Avec ce cadre de référence, il est apparu nécessaire de réfléchir à un mode d'opérationnalisation du volet cardiovasculaire. C'est ainsi qu'un processus de planification systémique et participatif a été mis en place afin de rechercher des stratégies et des pistes d'actions en lien avec les réalités de terrain, tout en essayant de toucher l'ensemble de la population et des acteurs concernés par cette thématique. Les différents facteurs de risque cardiovasculaire, qui se potentialisent entre eux, sont abordés ensemble et de manière globale. En amont des facteurs de risque, les déterminants sociaux de la santé interviennent largement pour les maladies cardiovasculaires ainsi que pour les cancers.

Le dépistage du risque cardiovasculaire global chez les personnes de 30 à 75 ans est aussi mis en avant car il permet d'identifier des personnes à risque et de proposer des mesures individuelles et adaptées. Le plan intègre donc aussi bien des actions de promotion de la santé (agissant sur les déterminants de la santé et sur les facteurs qui les influencent) que des actions qui visent à améliorer le dépistage ainsi que l'accompagnement des patients en prévention secondaire et tertiaire. Les actions sur les déterminants de la santé et les facteurs les influençant présentent de plus l'avantage de souvent être communs à de nombreuses maladies chroniques.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 161-70

ABSTRACT

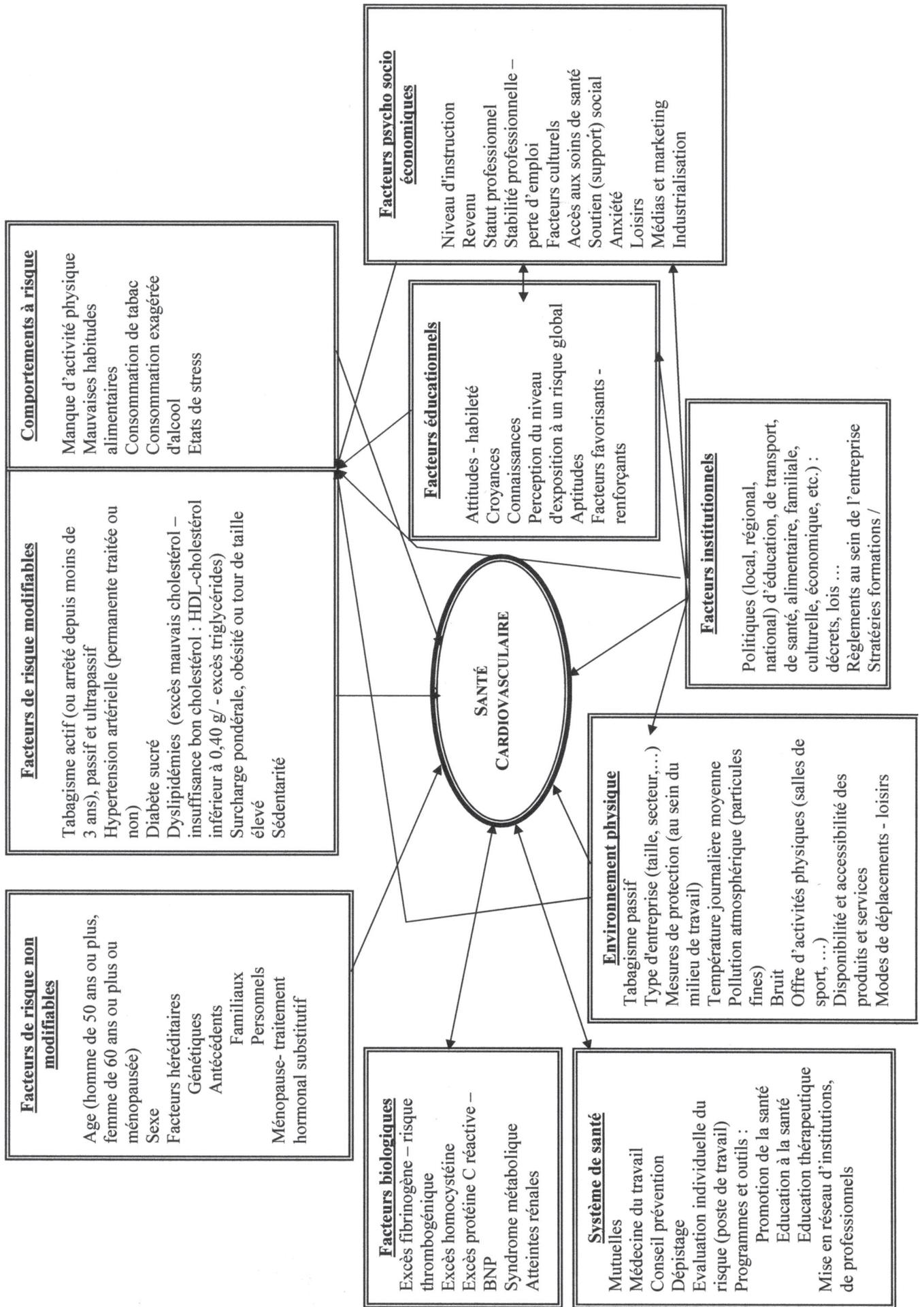
Cardiovascular diseases remain the first cause of mortality in Belgium and are a priority for the Five-year program of health promotion in the French speaking Community. It is declined in operational programs by priority thematic, including the heart health. With this framework, it appeared necessary to operationalize cardiovascular priorities. A process of systemic and participative planning was set up in order to seek operational strategies and actions, and to cover the whole population and actors concerned with these health problems. The various cardiovascular risk factors, which potentiate one another, are approached together and in a global way. Upstream to the risk factors, social health determinants play an important role in cardiovascular diseases and others diseases like cancers.

Tracking cardiovascular risk factors among people 30 to 75 years is also proposed. It makes it possible to identify people at risk and to put forward individual and adapted measures. The plan integrates actions of health promotion (acting on the health determinants and factors which influence them) as well as actions aiming at improving tracking and the accompaniment of the patients in secondary and tertiary prevention. Actions on health determinants and the factors influencing them present moreover the advantage of being often common to many chronic diseases.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 161-70

Key words : health promotion, prevention, cardiovascular diseases, Belgium, programs

Figure : Analyse causale des déterminants et des facteurs de risque de la santé cardiovasculaire.



INTRODUCTION

Le secteur "Promotion de la santé" de la Communauté française a été initialement organisé en 1997, et revu en 2003¹. Parmi les priorités en termes de promotion de la santé et de médecine préventive, il y a les maladies ischémiques, les insuffisances cardiaques (qui forment largement le stade avancé des cardiopathies ischémiques) et les accidents vasculaires cérébraux qui restent la principale cause de mortalité dans notre pays². Chaque année, près de 38.000 Belges décèdent des conséquences des pathologies cardiovasculaires, soit environ un tiers du total des décès. De façon plus spécifique, ces pathologies expliquent environ 27 % des décès des hommes et 21 % des décès des femmes entre 45 et 64 ans ; 36 % des hommes et 45 % des femmes de 65 ans et plus³. Plus de 20 % des hommes et plus de 30 % des femmes de plus de 65 ans souffrent d'hypertension. Plus de 18 % des hommes et plus de 13 % des femmes ont une affection cardiaque grave, c'est-à-dire une pathologie qui entraîne une incapacité mais aussi qui a des répercussions sur la perception de sa santé, sur la vie quotidienne et sur la consommation de soins⁴. Ces pathologies représentent également un fardeau considérable en termes de morbidité : l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les artériopathies des membres inférieurs⁵. Celles-ci sont pourtant évitables dans une large mesure.

Parmi près de 300 facteurs de risque recensés dans la littérature scientifique pour les maladies cardiovasculaires, 8 sont prioritaires et identifiables par les médecins généralistes et autres cliniciens en pratique courante⁶. Cela se traduit par le développement d'approches de prévention multifactorielles qui se basent entre autres sur un score de risque tel que le SCORE⁷ et son adaptation en Belgique⁸. Il s'agit essentiellement de la prise en compte de facteurs de risque modifiables. La figure reprend l'ensemble de ces facteurs de risque en spécifiant lesquels sont modifiables et non modifiables.

Plusieurs de ces facteurs de risque sont communs à d'autres maladies comme la plupart des cancers⁹. Ces facteurs connus sont entre autres l'âge, mais également le tabac, la sédentarité et l'excès de poids. 10 % des adultes belges (de 30 à 75 ans) se situent dans la catégorie à haut risque cardiovasculaire, c'est-à-dire avec un risque cardiovasculaire supérieur à 20 % à 10 ans. Beaucoup l'ignorent⁴ et c'est surtout parmi cette population que se produisent les événements cardiovasculaires.

Par ailleurs, en amont des facteurs de risque de ces maladies, les déterminants sociaux de la santé interviennent largement : un gradient social existe pour les maladies cardiovasculaires et les cancers¹⁰. A quelques rares exceptions près, les gradients sociaux de santé se retrouvent encore aujourd'hui pour chaque problématique de santé en termes de mortalité et morbidité¹¹. A titre d'exemple, les personnes dont le

niveau d'instruction est bas souffrent davantage de maladies telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les pathologies cardiaques, etc.⁴. On dénombre également plus de cas d'obésité dans les couches moins scolarisées. On note également des différences en termes de styles de vie et de comportements en lien avec l'état de santé. Au sein des couches de la population moins instruites, la consommation de légumes et de fruits est moins fréquente, tout comme la pratique d'une activité physique durant les temps de loisir. Le niveau d'éducation est aussi en relation avec le taux de prévalence du tabagisme⁴ (tableau 1).

Tableau 1 : Les quatre niveaux d'intervention en matière de prévention cardiovasculaire¹⁰.

Primordiale : vise à diminuer l'apparition des facteurs de risque modifiables (tabac, sédentarité, alimentation grasse, surcharge de poids, perturbation du cholestérol, HTA, diabète) des maladies artérielles et à favoriser les facteurs de protection.

Primaire : vise à diminuer l'apparition de la maladie artérielle en contrôlant des facteurs de risque modifiables (tabac, sédentarité, alimentation grasse, surcharge de poids, perturbation du cholestérol, HTA, diabète) des maladies artérielles, et à favoriser les facteurs de protection. La maladie artérielle siège au niveau de sa paroi.

Secondaire : vise à diminuer la fréquence de la maladie artérielle en l'identifiant précocement. Cette maladie est une lésion (altération/fragilisation) des parois artérielles. Puisque les lésions des parois artérielles sont inaccessibles à l'examen clinique, c'est le niveau de risque cardiovasculaire qui est utilisé : le haut risque est synonyme de maladie artérielle présente.

Tertiaire : vise à diminuer les complications : incapacités, récides et décès. Elle intègre aussi les éléments de la prévention quaternaire (c'est-à-dire les procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables et l'identification de patients ou de populations à risque de surmédicalisation, etc.).

L'objectif de ce travail est de présenter le cadre de la prévention et promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française et plus spécifiquement d'analyser le processus de son opérationnalisation et la place de la prévention des facteurs de risque majeurs et des principaux déterminants (figure) qui s'inscrit dans une vision à moyen et long terme.

LES FACTEURS DE RISQUE EN LIEN AVEC LES MODES ET LES CONDITIONS DE VIE

Les recommandations de bonne pratique dans le champ de la promotion de la santé et la prévention des maladies cardiovasculaires prônent souvent des interventions en rapport avec le style de vie. Il s'agit principalement de l'arrêt du tabac chez les fumeurs ou encore de la promotion d'une alimentation saine et de la pratique d'une activité physique. Il existe une multitude d'initiatives et de projets pour améliorer la santé cardiovasculaire. Ils ont été identifiés et présentés dans un cadastre¹² réalisé au niveau de la Communauté française.

Les trois facteurs de risque souvent pris en compte dans les programmes de promotion de la santé

cardiovasculaire sont l'alimentation, la sédentarité (*versus* l'activité physique) et le tabagisme.

Selon la Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs de la Commission européenne (DG SANCO de l'Union européenne), la consommation de fruits et légumes est inférieure aux recommandations, en particulier dans le Nord de la Communauté européenne et dans la plupart des groupes socio-économiques défavorisés, et l'apport en graisses, en particulier saturées, est élevé dans presque tous les Etats membres¹³. De même, l'Enquête nationale de consommation alimentaire¹⁴ montre une consommation extrêmement faible de fruits : entre un tiers et la moitié des personnes interrogées à peine consomment quotidiennement des fruits ; 10 à 15 % mangent un fruit moins d'une fois par semaine.

En matière de risques cardiovasculaires, le Plan National Nutrition-Santé pour la Belgique¹⁵ prône essentiellement entre autres l'adéquation entre apports et dépenses énergétiques ; la consommation d'au moins 400 g de fruits et légumes par jour et l'augmentation de la consommation de fibres alimentaires ; la diminution de petits mangeurs de fruits et légumes surtout chez les écoliers et adolescents ; l'amélioration de la composition des apports en lipides.

L'alcool mérite aussi une attention particulière. Sa consommation excessive constitue le troisième facteur de risque évitable en Europe¹⁶. Il est également important de préciser que les comportements nutritionnels et les problèmes alimentaires sont influencés par l'accès à une alimentation de qualité favorable à la santé (dans lequel persistent des inégalités sociales de santé entre autres dans les écoles), l'offre et la disponibilité alimentaires, les aspects environnementaux, etc. En effet, si les aliments disponibles sont de qualité médiocre, cela aura un impact sur le type de consommation de la population. Une attention particulière doit être portée à ce niveau.

Les recommandations en matière d'activité physique se déclinent en général, d'une part, pour la population générale et, d'autre part, pour le public plus particulier des enfants et des adolescents. Pour la population générale, les recommandations sont un minimum de 30 min/jour d'activités physiques d'une intensité modérée (des bénéfices notables apparaissent pour les personnes sédentaires qui passent à environ 200 minutes par semaine - soit 30 minutes par jour - d'activités physiques d'intensité modérée) ; la prise en compte de la notion de plaisir dans l'activité physique afin de viser des attitudes favorables sur le long terme ; le maintien de la régularité dans la pratique tout au long de l'année ; une préférence pour les activités physiques susceptibles de bien s'intégrer à son mode de vie et une adaptation du type d'activité en fonction des saisons. Les recommandations pour les enfants et adolescents visent l'augmentation de la probabilité de maintien de l'activité physique dans le temps si elle démarre dès le jeune âge^{17,18}. La pratique d'une activité physique est de plus directement en lien avec

l'existence d'infrastructures, leur accès et disponibilité, et l'existence d'encadrement ou d'organisation d'événements facilitant cette pratique.

La consommation de tabac est l'un des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables les plus importants. C'est également le facteur qui, en cas d'élimination, a l'impact le plus notable sur la diminution du risque de développer une maladie cardiovasculaire^{19,20}. C'est l'abstinence qui est recommandée en ce qui concerne le tabagisme et donc l'arrêt pour les fumeurs. L'arrêt du tabac doit être conseillé et soutenu chez tous les fumeurs²¹. Cependant, le sevrage tabagique est difficile et les "rechutes" sont fréquentes. Celles-ci sont normales, elles font partie de ce que l'on appelle le cycle du fumeur²². Elles doivent être considérées non pas comme des échecs mais bien comme des expériences dont les enseignements seront utiles pour les prochaines tentatives à l'arrêt.

Le tabagisme passif augmente aussi les risques d'affections cardiovasculaires chez l'adulte²³ mais a également un impact sur la santé des enfants²⁴, des nourrissons et des fœtus. Une enquête a montré que 60 % des jeunes étaient exposés à la fumée de tabac de leur entourage et ceci beaucoup plus fréquemment dans les couches sociales moins favorisées⁴. Il existe aussi le tabagisme ultra-passif, c'est-à-dire une pollution par des particules très fines, issues des résidus de la fumée. Ces particules restent longtemps en suspension dans l'air puis se déposent sur toutes les surfaces et s'incrustent durant des jours, voire des mois. Ces dépôts sont prêts à se remettre en suspension dans l'air à la moindre vibration, créant ainsi un tabagisme ultra-passif²⁵. Les jeunes enfants, en jouant près du sol, sont particulièrement susceptibles de remettre en suspension ces particules qu'ils inhaleront en respirant, entraînant des effets néfastes pour la santé. Il est dès lors conseillé de ne pas fumer au domicile ou dans sa voiture.

Les différents facteurs de risque se potentialisent entre eux (le plus souvent d'une façon multiplicative) et doivent être abordés ensemble, globalement. Le dépistage du risque cardiovasculaire global chez toutes les personnes de 30 à 75 ans permet d'identifier des personnes à risque "élevé, moyen ou bas" d'avoir un décès d'origine cardiovasculaire dans les dix prochaines années⁷. Cette approche encourage également les professionnels de la santé à conseiller et à renforcer des modes de vie favorables à la santé chez tous les patients en général même s'ils sont dépistés comme étant à faible risque.

LE PLAN COMMUNAUTAIRE OPERATIONNEL (PCO) ET SON VOLET CARDIOVASCULAIRE

Le décret portant sur l'organisation de la promotion de la santé et de la médecine préventive en Communauté française^{26,27} définit l'élaboration d'un Programme quinquennal de promotion de la santé²⁸ et d'un Plan communautaire opérationnel (PCO). Le premier définit les lignes de force de la politique de

promotion de la santé en Communauté française, ainsi que de la politique de médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs. Il a une portée plus stratégique et définit des principes d'action, les acteurs à mobiliser et les problématiques prioritaires. Le PCO, quant à lui, se veut une déclinaison plus concrète, se définit en concertation avec les intervenants concernés et propose des champs d'actions prioritaires en définissant :

1. les objectifs opérationnels prioritaires retenus pour la durée du plan en matière de promotion de la santé, y compris de médecine préventive ;
2. les stratégies et méthodes à développer pour assurer la mise en œuvre et l'évaluation de ces objectifs prioritaires et opérationnels, les programmes de promotion de la santé, y compris de médecine préventive, les structures d'appui permanentes utiles, les programmes de formations, les outils d'information et les campagnes de communication à mettre en œuvre, les axes de développement et de soutien aux politiques locales et aux actions communautaires de santé ;
3. les publics cibles à intégrer dans les programmes et actions prioritaires.

Ainsi, en Communauté française, le Programme quinquennal de promotion de la santé a institué la prévention et la promotion de la santé cardiovasculaire comme l'une de ses priorités. Un Comité de Pilotage du volet cardiovasculaire du PCO, constitué de professionnels de la promotion de la santé en Communauté française, a élaboré un document définissant les stratégies à mettre en place en vue d'aider la Communauté française à développer son programme de prévention et promotion de la santé cardiovasculaire. En 2007, un nouveau PCO a été

adopté et proposé comme document de référence définissant entre autres le cadre de référence des stratégies à mettre en place²⁹ (tableau 2).

Avec ce cadre de référence, il est apparu nécessaire de réfléchir à un mode d'opérationnalisation du volet cardiovasculaire tenant compte de la complexité de la problématique et de la réalité des nombreux acteurs et publics concernés. Afin de rechercher des stratégies et des pistes d'actions en liens avec les réalités de terrain, tout en essayant de toucher l'ensemble de la population et des intervenants, un processus de mobilisation des acteurs a été mis en place (de 2007 à 2009) sous forme de neuf groupes de travail, appelés unités de concertation et composés de représentants institutionnels ou d'acteurs de terrain issus de divers secteurs. Ces concertations ont été renforcées par des journées d'échanges multisectoriels en forum sur cette thématique. Il est ressorti de ce processus une " Proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française " ³⁰.

UN NOUVEAU CADRE DE PROGRAMMATION PARTICIPATIVE

Du domaine plus strict de la santé, en passant par le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation, le stress, etc., la thématique cardiovasculaire est rendue particulièrement complexe par l'éventail très large des publics, secteurs et professionnels concernés. Il a donc été décidé de mettre en place un processus de concertation, participatif et multisectoriel, afin d'élaborer un PCO cardiovasculaire tenant compte des multiples réalités de terrain ainsi que des attentes des professionnels et des relais concernés. Il existe cependant différents niveaux d'intervention possibles :

Tableau 2 : Cadre de référence de la promotion de la santé cardiovasculaire¹⁰.				
Niveau d'intervention (voir tableau 1)	Prévention primordiale	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Objectifs spécifiques	Agir sur les déterminants de la santé		Améliorer le dépistage et les prises en charge des patients	
Evolution des risques	Risque inconnu	Risque inconnu	Risque cardiovasculaire/état pathologique existant	Maladie déclarée
Objectifs de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique - Promouvoir une alimentation équilibrée - Promouvoir une vie et un environnement sans tabac 			
			<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le risque vasculaire individuel - Améliorer l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire sur base des recommandations de bonne pratique et en développant l'éducation du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les comportements adéquats en cas de crise et d'urgence - Promouvoir les pratiques : <ul style="list-style-type: none"> • d'éducation du patient • de rééducation • de remise en activité des patients

soit en visant directement, de manière spécifique, un facteur de risque et les modes de vie qui y sont associés, soit de manière plus globale et intégrée en visant un ensemble de facteurs et de déterminants de la santé au sein de la population. Cette dernière approche se révèle plus efficace pour promouvoir la santé cardiovasculaire³¹. En effet, celle-ci intègre aussi bien des actions de promotion de la santé (agissant sur les déterminants de la santé et sur les facteurs qui les influencent) que des actions qui visent à améliorer le dépistage ainsi que l'accompagnement des patients en prévention secondaire et tertiaire (même si ces deux aspects de la prévention ne sont pas du ressort direct de la Communauté française). Les actions sur les déterminants de la santé et les facteurs les influençant présentent l'avantage de souvent être communs à de nombreuses maladies chroniques. La figure présente les principaux déterminants qui influencent les comportements et les facteurs de risque cardiovasculaire majeurs. Il s'agit d'une représentation de type modèle causal qui montre la complexité de la problématique et les probables enchaînements causaux.

Un dossier scientifique, rédigé dans le cadre du travail préparatoire au processus de planification, a identifié les "bonnes pratiques" en termes de stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire à partir d'une revue de la littérature internationale³². Les éléments clés qui ressortent des conclusions de l'étude montrent entre autres qu'il faut encourager : la responsabilisation citoyenne, communautaire et politico-sociale ; la multidisciplinarité des intervenants mais également les collaborations et les synergies entre les différents secteurs en lien avec la santé cardiovasculaire ; une meilleure coordination de tous les partenaires avec leur pleine participation et l'implication des bénéficiaires et ce, dès le démarrage du projet/processus ; la multiplicité des lieux d'action - et ce pour tous - et tout mettre en œuvre pour permettre de faciliter des choix favorables à la santé.

Pour mettre en place ce processus d'échanges et de concertation, des "unités de concertation" (UC) ont été constituées de façon à identifier des objectifs opérationnels qui pourraient être mis en œuvre dans un délai de deux à cinq ans. Elles visaient soit des milieux de vie des bénéficiaires, soit des groupes de la population ou d'acteurs : " Petite enfance ", " Enseignement fondamental et temps extrascolaires ", " Enseignement secondaire et temps extrascolaires ", " Enseignement supérieur et universitaire ", " Monde du travail ", " Seniors actifs ", " Populations fragilisées ", " Pouvoirs locaux " et " Colloques singuliers ".

Environ 130 personnes se sont investies dans les réunions d'analyse et de planification des unités de concertation. C'est la diversité des participants et leurs connaissances, tant des dimensions de promotion de la santé que des spécificités liées à leur milieu de vie ou à celles de populations cibles, qui font la richesse de la programmation³⁰ (tableau 3).

Des recommandations transversales pour les publics fragilisés sont intégrées aux différentes stratégies. Au travers de ces stratégies prioritaires, c'est un travail global de promotion de la santé qui recouvre non seulement divers risques cardiovasculaires mais également d'autres problématiques de santé qui a été privilégié. Un regard spécifique a cependant été apporté aux thématiques de l'alimentation, de l'activité physique et du tabagisme qui sont systématiquement reprises dans les programmations des unités. Un volet particulier est aussi réservé à l'identification du risque cardiovasculaire global.

DISCUSSION

Les pathologies cardiovasculaires sont une priorité de santé publique qui dépasse la problématique cardiovasculaire au sens strict. D'un côté, les facteurs de risque et les déterminants associés aux pathologies cardiovasculaires sont également associés à d'autres problématiques de santé. Il est par exemple bien établi que les facteurs de risque cardiovasculaire constituent également des facteurs de risque de démences (vasculaire et Alzheimer)³³. D'un autre côté, les approches qui se centrent entre autres sur les déterminants de la santé physique, psychique et sociale (sans référence à une pathologie particulière), et sur la participation des acteurs, touchent aussi le champ des pathologies cardiovasculaires. Les priorités d'actions en matière cardiovasculaire permettent aussi d'agir sur les déterminants d'autres pathologies chroniques telles que celles liées à la problématique des cancers.

Par ailleurs, à plusieurs reprises, il est fait référence à des modes de vie et des comportements recommandés ou favorables à la santé. Par ces termes, il faut entendre des modes de vie en respect, ou du moins "tendant vers" les recommandations formulées en termes d'alimentation, d'activité physique, de tabagisme aux différents niveaux de pouvoir^{19,20}. Il s'agit, par exemple, de gérer son sevrage tabagique, de gérer de façon responsable sa consommation de tabac (ou autres types d'assuétudes) en réduisant les risques pour soi-même et pour les autres. Il est de plus nécessaire de mieux comprendre et appréhender les aspects culturels, socioéconomiques et anthropologiques des inégalités sociales en matière de santé et de prévention³⁴. Le mode de vie n'est en effet pas avant tout un choix individuel éclairé mais la résultante de facteurs essentiellement collectifs liés au cadre socioéconomique³⁵. De plus, le programme montre bien l'importance de la transversalité par rapport à la verticalisation habituelle dans le cadre des approches préventives et promotionnelles de santé.

Il a été démontré que réduire les facteurs de risque cardiovasculaire au niveau de l'ensemble d'une population (prévention primordiale ou promotion de la santé) est plus efficace que de focaliser la prise en charge uniquement sur les personnes à haut risque³⁶. Il est cependant important de souligner que les actions de prévention visant les facteurs de risque cardiovasculaire sont efficaces et qu'elles l'ont prouvé.

Tableau 3 : Programme opérationnel de promotion de la santé cardiovasculaire, exemples de stratégies d'actions par milieu de vie.

Milieux de vie / groupes d'âge (publics cibles)	Exemples de stratégies prioritaires	Exemples d'actions
Petite enfance (enfants de 0 à 6 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration de projets " Petite enfance " concernant l'aménagement des espaces urbains dans les communes - Augmentation du nombre de places d'accueil en apportant une attention particulière aux besoins de motricité - Information des jeunes parents sur l'existence des ressources, structures d'aide et groupes de soutien 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un processus de participation de la population dans les projets d'aménagement - Assurer la proximité des lieux de dépistage (surtout dans les quartiers défavorisés) - Développement, au sein de chaque service de maternité, de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé - Soutien aux congés parentaux
Enseignement primaire (enfants de 6 à 12 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Développement et offre d'activités variées et attrayantes stimulant l'envie de bouger et de manger sain - Mise en place de partenariats entre les acteurs de la promotion de la santé à l'école - Développement d'un plan de promotion de la santé à l'école, réfléchi et intégré au projet d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement d'actions visant le " sport santé " plutôt que le sport performance - Valorisation des ressources existantes - Appui au décret visant l'interdiction des distributeurs en milieu scolaire - Intégration de l'éducation aux médias et de la promotion de la santé dans la formation initiale et continue des enseignants du niveau fondamental et des acteurs extrascolaires - Intégration des thématiques alimentation et activité physique dans le cadre de différents cours
Enseignement secondaire (adolescents de 12 à 18 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation du personnel de cuisine à la qualité de l'offre alimentaire - Amélioration du cadre des lieux de repas - Echanges entre les intervenants psycho-socio-éducatifs et les jeunes à propos de leurs habitudes de consommations et de l'offre - Sensibilisation des parents à l'importance du développement de l'esprit critique de leurs enfants 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'échanges pour la mise en réseau d'acteurs publics et privés - Amélioration de l'accès aux infrastructures sportives (pistes cyclables...) - Informations dans les écoles - Intégration dans les programmes de formation des enseignants et des travailleurs sociaux d'un aspect relatif à l'activité physique - Sensibilisation des pouvoirs organisateurs à l'intégration de ces notions dans le projet d'établissement
Enseignement supérieur et universitaire (jeunes adultes dans l'enseignement supérieur)	<ul style="list-style-type: none"> - Renfort des services en termes d'offres alimentaires saines et adaptées aux modes de vie des étudiants - Prise en compte du bien-être des étudiants dans la conception des horaires et du planning académique - Appui au renforcement de la mobilité active au sein des institutions de formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'une " offre " de repas complets équilibrés - Soutien de projets étudiants favorisant l'accès aux services - Collaborations entre l'institution et les infrastructures sportives de proximité - Mise à disposition des étudiants en situation de handicap, en précarité sociale, etc., de structures d'aide, d'outils et d'accompagnement
Monde du travail (personnes professionnellement actives : ouvriers, employées, patrons, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure intégration de la promotion de la du travail - Dépistage personnalisé des risques cardiovasculaires - Offre de sevrage tabagique - Les employeurs favoriseront une offre alimentaire saine et la création de lieux conviviaux et adaptés pour des moments de pauses déjeuner 	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion d'outils et organisation d'actions de sensibilisation des employeurs, des acteurs de prévention et des travailleurs - Actions de revalorisation des équipements de protection individuelle ou collective - Stimulation/soutien à la réintégration de l'emploi dès que possible afin de favoriser les succès de la réadaptation médicale - Stimulation de l'information sur les structures d'aide existantes au sein ou en dehors de l'entreprise
Seniors actifs (personnes de 65 ans et plus, autonomes dans leurs activités)	<ul style="list-style-type: none"> - Aménagement des espaces publics pour les rendre accessibles aux seniors - Faire connaître les actions de promotion de la santé aux seniors et à leur entourage - Développement d'actions de proximité pour toucher les seniors isolés et précarisés - Prise de conscience des acteurs de terrain et institutionnels de cette "nouvelle" étape parfois longue de la vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'événements favorisant la convivialité - Consultation des seniors sur leurs attentes et besoins - Communication de proximité (toutes-boîtes, télévisions communautaires, info dans les salles d'attente des médecins généralistes, etc.) - Formation de relais " seniors " pour assurer des liens, des contacts, des activités avec des seniors isolés, etc.

Pouvoirs locaux (responsables politiques et institutionnels aux niveaux des communes et provinces)	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien aux communes pour établir un cadastre de la qualité de vie sur leur territoire (environnement, logement, mobilité, etc.) - Sensibilisation par la commune du secteur Horeca à l'alimentation favorable à la santé - Création et maintien des infrastructures nécessaires au développement d'une mobilité douce - Développement de partenariats avec les citoyens et les associations pour la valorisation et l'utilisation des infrastructures communautaires en faveur de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de campagnes d'information et de mobilisation de citoyens - Réalisation d'un plan communal de mobilité douce - Organisation d'activités de promotion des aliments sains - Consultation de la population sur ses besoins
Populations fragilisées (personnes économiquement et socialement fragilisées)	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à la construction et au développement du lien social dans les milieux fragilisés - Appui au travail de proximité et aux rencontres des personnes dans leurs lieux de vie - Intégration par les pouvoirs publics de cette priorité dans les procédures de sélection de projets 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'actions de proximité en s'appuyant sur les attentes, représentations ou besoins exprimés ou non par les publics fragilisés - Développement d'actions dans leurs lieux de vie - Développement d'approches tenant compte de la diversité culturelle et des publics précarisés
Professionnels de santé en colloques singuliers (professionnel de santé, médical et paramédical)	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des compétences des professionnels (relation avec le patient, éducation et promotion santé, dépistage du risque cardiovasculaire global) - Elaboration de messages cohérents et communs à tous les professionnels - Accès pour les professionnels à de sources d'informations pour trouver les installations et services d'aide aux patients - Collaboration intersectorielle (secteurs de la santé, du social, de la psychologie...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des professionnels au sein des institutions et au sein des corps professionnels - Création de guidelines / recommandations en Communauté française - Sensibilisation des professionnels de santé pour qu'ils puissent mener leurs consultations dans une perspective de promotion de la santé de leurs patients - Appui aux études d'évaluation des programmes et des pratiques de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre des pratiques professionnelles

Tant aux Etats-Unis qu'au Canada, des études ont mis en évidence le rôle important de la prévention au niveau des facteurs de risque pour diminuer la mortalité cardiovasculaire³⁷⁻³⁹. A titre d'exemple, en Finlande, le projet Carélie du Nord a permis, après avoir été élargi à tout le pays, de diminuer l'incidence des maladies coronariennes ainsi que des troubles cardiovasculaires au niveau national⁴⁰. Cette expérience entendait modifier les modes de vie associés aux maladies cardiovasculaires, ainsi que leur environnement social et physique, non seulement pour les personnes à risque ou déjà atteintes, mais également pour l'ensemble de la population. Il existe d'autres exemples " historiques " ou plus récents bien documentés de programmes communautaires ayant eu un impact intéressant tels l'utilisation du *Framingham Risk Scoring*⁴¹, le " *Stanford Projects* " ⁴², le " *Minnesota Cardiovascular Health Program* " ⁴³ et le " *Multiple Risk factor Intervention Trial* " ⁴⁴ aux USA.

Plutôt qu'une multitude de projets verticaux spécifiques, ne visant qu'un facteur de risque en particulier, c'est une approche intégrée visant un ensemble de facteurs de risque partagés par la population qui a été privilégiée. L'action sur les déterminants de la santé est aussi prioritaire et doit porter sur la création de milieux et de modes de vie favorables à la santé. Ces stratégies sont influencées par le soutien et le potentiel social, l'engagement favorable à la santé de la part des bénéficiaires, l'accessibilité des offres, les compétences des professionnels, les compétences psychosociales

individuelles favorables à la santé, etc.

Outre la nécessité d'une réelle implication des responsables politiques et institutionnels pour soutenir les stratégies proposées, l'élément qui garantira l'impact à terme des actions réalisées est le maintien du processus d'échanges et de concertation entre les représentants des différents secteurs qui ont été mobilisés et impliqués dans la définition des stratégies prioritaires, en respect des principes qui guident un plan opérationnel de promotion de la santé.

Remerciements

Ce travail a été réalisé dans le cadre du projet CAP Cœur d'appui au Comité de pilotage du PCO cardiovasculaire en Communauté française. Nous remercions toutes les personnes et institutions qui se sont investies dans le processus participatif qui a permis l'élaboration du plan et de son cadre opérationnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Direction Générale de la Santé : Politique de promotion de la santé en Communauté française, visualisé le 13/11/09, [en ligne] <http://www.sante.cfwb.be/thematiques/promotion-sante/>
2. Levêque A, Kornitzer M, Desqueuve R, Lannoy M, Coppieters Y : Le registre des cardiopathies ischémiques en Communauté française de Belgique. 20 ans de suivi 1983-2002. Ecole de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles, 2005

3. Leynen F, Coppieters Y : La promotion de la santé cardiovasculaire. In : Godin I, De Smet P, Favresse P, Moreau N, Parent F : Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique – 2007. Service Communautaire en promotion santé (SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, 2007
4. Institut Scientifique de la Santé Publique : Enquête de santé par interview. Belgique 2004. INSP, 2004
5. Müller-Nordhorn J, Binting S, Roll S, Willich SN : An update on regional variation in cardiovascular mortality within Europe. *Eur Heart J* 2008 ; 29 : 1316-26
6. Boland B, De Muylder R, Goderis G *et al.* : Cardiovascular prevention in general practice : development and validation of an algorithm. *Acta Cardiologica* 2004 ; 59 : 598-605
7. Cooney MT, Dudina AL, Graham IM : Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk : a review for clinicians. *J Am Coll Cardiol* 2009 ; 54 : 1209-27
8. De Backer D, De Backer G : Predictive ability of the SCORE Belgium risk chart for cardiovascular mortality. *Int J Cardiol* 2009
9. De Laet C, Neyt M, Van Brabant H, Ramaekers D : Rapid Assessment : Prévention cardiovasculaire primaire dans la pratique du médecin généraliste en Belgique. Centre fédéral d'Expertise des soins de santé, KCE reports 52B, Bruxelles, 2007
10. Clarke R, Emberson J, Fletcher A, Breeze E, Marmot M, Shipley MJ : Life expectancy in relation to cardiovascular risk factors : 38 years follow-up of 19.000 men in the Whitehall study. *BMJ* 2009 ; 16 : 339 : b3513
11. Observatoire de la santé et du social de Bruxelles. Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2008
12. Moreau N, Leurquin MM, Collignon JL, Coppieters Y, Levêque A : Elaboration d'un cadastre des actions et projets de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique. Université libre de Bruxelles et Centre d'Education du Patient, Bruxelles, 2007
13. DG Health and Consumer Protection : Common nutritional trends in the EU. DG SANCO, visualisé le 13/11/09, [en ligne] <http://ec.europa.eu/health/>
14. Institut Scientifique de Santé Publique : Rapport d'enquête sur la consommation alimentaire. Bruxelles, 2005
15. SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement : Plan National Nutrition-Santé pour la Belgique. 2005-2010. Bruxelles, 2005
16. Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G : Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease : a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010 ; 55 : 1339-47
17. Shibata Y, Hayasaka S, Yamada T *et al.* : Physical Activity and Cardiovascular Disease in Japan : The Jichi Medical School Cohort Study. *J Epidemiol* 2010, in press
18. Raum E, Rothenbacher D, Ziegler H, Brenner H : Heavy Physical Activity : Risk or Protective Factor for Cardiovascular Disease ? A Life Course Perspective. *Ann Epidemiol* 2007 ; 17 : 417-24
19. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G *et al.* : European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice : executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2007 ; 28 : 2375-414
20. Dereepe H, Laruelle C, De Backer G *et al.* : Belgian Working Group on Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Recommendations relatives à la prévention de maladies cardiovasculaires en pratique clinique : Groupe de travail belge de prévention des maladies cardiovasculaires. *Rev Med Brux* 2009 ; 30 : 37-46
21. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC : In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992 ; 47 : 1102-14
22. Prignot J : A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. *Tob Control* 2000 ; 9 : 113
23. Nagels I : Consensus scientifique : Effets nuisibles du tabagisme sur la santé des adultes. Fondation contre le Cancer, Bruxelles, 2008
24. Coulon J : Consensus scientifique : Le tabagisme passif des enfants. Fondation contre le Cancer, Bruxelles, 2008
25. Matt GE, Quintana PJ, Hovell MF *et al.* : Households contaminated by environmental tobacco smoke : sources of infant exposures. *Tob Control* 2004 ; 13 : 29-37
26. De Bock C, Berghmans L : Plan communautaire opérationnel - Le volet santé du cœur. *Education Santé* 2007 ; 228
27. Décret du 14/7/1997 (révisé notamment le 17/7/2003), visualisé le 13/11/09, [en ligne] <http://www.sante.cfwb.be/textes-officiels/ps/>
28. Ministère de la Communauté française : Recommandations en vue de la rédaction du Programme quinquennal de promotion de la santé 2009-2013. Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé du 18 juillet 2008, visualisé le 13/11/09, [en ligne] http://www.sante.cfwb.be/thematiques/organismes_agrees_conseil_davis/csps/avis_csps/
29. Direction Générale de la Santé : Plan Communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé pour les années 2008-2009. Ministère de la Communauté Française, Bruxelles, 2007
30. Bédoué C, Coppieters Y, Collignon JL, Hubens V, Levêque A : Proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française. Volumes 1 & 2. CAP Cœur, Bruxelles, septembre 2009
31. Clarke R, Emberson J, Fletcher A, Breeze E, Marmot M, Shipley MJ : Life expectancy in relation to cardiovascular risk factors : 38 year follow-up of 19.000 men in the Whitehall study. *BMJ* 2009 ; 16 : 339 : b3513
32. Doumont D., Libion M-F : Quelles sont les " bonnes pratiques " en termes de stratégie de promotion de la santé cardiovasculaire ? ", UCL-RESO, Série de dossiers techniques 08-50, Bruxelles, 2008
33. Duron E, Hanon O : Vascular risk factors, cognitive decline, and dementia. *Vasc Health Risk Manag* 2008 ; 4 : 363-81
34. Marmot M, Kivimäki M : Social inequalities in mortality : a problem of cognitive function ? *Eur Heart J* 2009 ; 30 : 1903-9
35. Kivimäki M, Shipley MJ, Ferrie JE *et al.* : Best-practice interventions to reduce socioeconomic inequalities of coronary heart disease mortality in UK : a prospective occupational cohort study. *Lancet* 2008 ; 8-372 : 1612-3
36. World Health Organization : Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO, Geneva, 2009
37. Unal B, Critchley JA, Capewell S : Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000 : comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ* 2005 ; 331 : 614

38. Krumholz HM, Wang Y, Chen J *et al.* : Reduction in acute myocardial infarction mortality in the United States : risk-standardized mortality rates from 1995-2006. JAMA 2009 ; 302 : 767-73
39. Ford ES, Ajani UA, Croft JB *et al.* : Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med 2007 ; 356 : 2388-98
40. Puska P, Koskela K, McAlister A *et al.* : Use of lay opinion leaders to promote diffusion of health innovations in a community programme : lessons learned from the North Karelia project. Bull World Health Organ 1986 ; 64 : 437-46
41. Fiscella K, Tancredi D, Franks P : Adding socioeconomic status to Framingham scoring to reduce disparities in coronary risk assessment. Am Heart J 2009 ; 157 : 988-94
42. Haskell WL, Berra K, Arias E *et al.* : Multifactor cardiovascular disease risk reduction in medically underserved, high-risk patients. Am J Cardiol 2006 ; 98 : 1472-9
43. Lando HA, Pechacek TF, Pirie PL *et al.* : Changes in adult cigarette smoking in the Minnesota Heart Health Program. Am J Public Health 1995 ; 85 : 201-8
44. Stamler J, Neaton JD : The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT)-importance then and now. JAMA 2008 ; 300 : 1343-5

Correspondance et tirés à part :

Y. COPPIETERS
Ecole de Santé Publique, ULB
Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé
Route de Lennik 808 CP 596
1070 Bruxelles
E-mail : yves.coppieters@ulb.ac.be

Travail reçu le 19 novembre 2009 ; accepté dans sa version définitive le 20 avril 2010.