



Quelles sont les « bonnes pratiques » en termes de stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire ?

**D. DOUMONT
M-F. LIBION**

**Juillet 2008
Réf. : 08-50**

A la demande et en collaboration avec le groupe d'appui du Comité de pilotage du
PCO cardiovasculaire (CAP Cœur)

Série de dossiers techniques



**Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	2
<i>1. Méthodologie</i>	5
<i>2. Actions, stratégies et dispositifs mis en place en faveur de la promotion de la santé cardiovasculaire</i>	6
<i>2.1. Enfance et adolescence</i>	6
<i>2.2. Population adulte</i>	15
<i>2.3. Milieu professionnel</i>	21
<i>2.4. Population précarisée</i>	25
<i>2.5. Personnes âgées</i>	26
<i>3. Dispositifs d'évaluation(s) et résultats</i>	27
<i>4. Recommandations des auteurs</i>	33
<i>5. Conclusions</i>	40
<i>6. Bibliographie</i>	42

Quelles sont les « bonnes pratiques » en termes de stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire ?

L'opérationnalisation du Plan Communautaire Opérationnel (PCO) de la Communauté Française Prévention et Promotion de la santé cardiovasculaire débouche sur l'identification de stratégies opérationnelles de promotion de la santé cardiovasculaire et ce dans différents milieux de vie.

Le groupe d'appui au comité de pilotage de ce plan communautaire opérationnel cardiovasculaire (CAP Cœur) sollicite l'unité RESO pour la réalisation d'un dossier technique sur les « bonnes pratiques » en termes de stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire, plus spécifiquement par rapport à certains milieux de vie (milieu scolaire : petite enfance et adolescence, milieu du travail, etc.) mais également par rapport aux populations fragilisées et aux seniors actifs.

Les objectifs de ce présent travail sont donc d'identifier les stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire et si possible leurs critères d'évaluation, de montrer les spécificités de ces stratégies en fonction de deux ou trois milieux de vie et, de tenter d'identifier les analyses d'impact en lien avec les stratégies mises en place.

Introduction

Les maladies cardiovasculaires constituent en Belgique la principale cause de mortalité et de morbidité. Selon De Bock et Berghmans (2007), ces maladies sont responsables en Belgique de près de 27 % des décès parmi les hommes et de près de 21 % de décès parmi les femmes entre 45 et 64 ans et de près de 36 % et 45 % de ceux des hommes et femmes âgés de 65 ans et plus. Enfin, plus de 20 % des hommes et pas moins de 30 % des femmes de plus de 65 ans souffrent d'hypertension artérielle et respectivement 18 % et 13 % sont atteints d'une affection cardiaque grave.

En Suisse, les maladies cardiovasculaires sont responsables chaque année du décès de 22.000 personnes, ce qui correspond à 37 % de l'ensemble des décès. Toutefois, le taux de mortalité a diminué de plus de la moitié entre 1970 et 2004, tant chez les hommes que chez les femmes. Des modifications au niveau des comportements alimentaires et au niveau de la pratique d'activités physiques mais

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, D. Doumont, M-F. Libion, J. Pélicand et S. Roussel

également une meilleure prise en charge de l'hypertension artérielle, du cholestérol et la prévention primaire sont à l'origine de ces récents résultats. (Office Fédéral Suisse, Communiqué de presse, 30.06.2008).

En France, selon Vacheron, (2007), et comme dans de nombreux pays industrialisés, « *les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité tous âges confondus avec 32 % des décès, devant le cancer responsable de 29 % des décès chez les hommes, de 23 % des décès chez les femmes. Elles entraînent 170 000 décès par an. Leur prévalence devrait augmenter avec le vieillissement de la population* ». Et, d'après une étude réalisée au sein de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé (IRDES), (citée par Vacheron), les maladies cardiovasculaires restent le poste le plus important en termes de consommation de soins de santé (12,6 %).

Au niveau européen, les maladies cardiovasculaires sont également identifiées comme responsables de près de la moitié des décès avec 1,9 millions de décès annuels au sein de l'Union Européenne et un coût annuel chiffré à 169 milliards d'euros. Les maladies cardiovasculaires sont également responsables d'importantes invalidités et affectent la qualité de vie. (Charte européenne pour la santé du cœur, 2007).

Aux Etats-Unis, la situation est tout aussi alarmante. En effet, selon Dunbar et al. (2005), les facteurs de risque cardiovasculaires concernent une large majorité de la population américaine.

The National Center for Health Statistics (2001) et l'étude Fields et al. (2004), cités par Dunbar et al. (2005), estiment que 65 millions d'américains souffrent d'hypertension, 42 millions des personnes souffrent d'hypercholestérolémie, 47 millions sont fumeurs, 44 millions sont obèses et 11 millions d'américains sont diabétiques.

De plus, le pourcentage de la population américaine cumulant plusieurs facteurs de risque est en augmentation - de 23,6% en 1991 à 27,9% en 1999 – et ce en dépit de la race, de l'appartenance ethnique ou du niveau de formation. (Greenlund et al., 2004), cités par Dunbar et al. (2005).

Albert et al. (2003) révèlent que 69% des cas de décès féminins sont liés à une maladie cardiaque non détectée avant le décès. C'est pourquoi, ils insistent sur la nécessité de mieux prendre en compte les risques cardiovasculaires chez les femmes. (cités par Dunbar et al. (2005)).

Les maladies cardiovasculaires, selon Pazoki et al. (2007), représentent la première cause de mortalité chez les femmes dans le monde. Les maladies coronariennes sont responsables de la majorité des décès liés aux maladies cardiovasculaires chez les femmes. Ceci s'explique par la méconnaissance et/ou la non-reconnaissance des symptômes lors d'une crise d'angor et/ou d'un infarctus du myocarde par ces dernières. Il est donc essentiel de prévoir des programmes de prévention visant plus spécifiquement les femmes. (Mosca et al., 2004), cités par Pazoki et al. (2007).

On estime qu'aux Etats-Unis, une femme meurt chaque minute des suites d'une maladie cardiovasculaire (Holcomb, 2004), cités par Pazoki et al. (2007). Les auteurs signalent également une étude récente, menée par Mosca et al. (2004 b), qui montre que seulement 46% des femmes savent que les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez les femmes.

Les femmes sont exposées aux mêmes facteurs de risque cardiovasculaire et sont concernées par les mêmes stratégies de prévention que les hommes. Mais selon Oda et al. (2006) (cités par Pazoki et al., 2007), l'amplitude des effets causés par les facteurs de risque cardiovasculaire est différente chez les femmes par rapport aux hommes. Par exemple, l'inactivité physique ainsi qu'une alimentation pauvre et déséquilibrée sont les 2 plus importants facteurs de risque de maladies cardiovasculaires chez les femmes mais il existe peu de programmes de prévention destinés spécifiquement aux femmes et qui prennent en compte ces 2 facteurs de risque (Koffman et al., 2001), cités par Pazoki et al. (2007).

Enfin, des données nationales américaines montrent que le pourcentage des jeunes en surpoids ou obèses a plus que doublé durant ces 20 dernières années. 16 % des enfants et adolescents âgés de 6 à 19 ans sont en surpoids (National Center for Health Statistics, CDC 2005, cités par Hannon et al., 2006).

L'étude de Tremblay et al. (2002), citée par Thomas, (2006) met en évidence qu'entre 1981 et 1996, la prévalence de l'obésité chez les enfants canadiens âgés de 7 à 13 ans est passée de 5% à 13,5% pour les garçons et de 5% à 11,8% pour les filles. Des chiffres similaires sont relevés auprès des enfants australiens du même âge. (Dollman et al., 1999), cités par Thomas (2006).

Ces maladies sont dans une large mesure « évitables ». En effet, les principaux facteurs de risque sont le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, l'obésité, la sédentarité, le diabète de type II et sont intimement liés aux modes de vie (manque d'activité physique, alimentation déséquilibrée, surcharge pondérale, habitudes tabagiques, abus d'alcool, excès chronique de stress, etc).

La promotion de la santé cardiovasculaire fait désormais partie des préoccupations politiques et s'affiche comme une priorité de santé publique, notamment à l'échelle européenne.

En juillet 2007, le Parlement Européen a voté une résolution sur des actions contre les maladies cardiovasculaires avec de multiples propositions à l'attention de l'Union Européenne mais également à l'attention des Etats membres. L'Union Européenne s'est également dotée d'une charte pour la santé du cœur (juin 2007).

En Communauté Française de Belgique, le programme quinquennal de promotion de la santé (2004-2008) a déterminé la prévention et la promotion de la santé cardiovasculaire comme étant l'une de ses priorités. Un groupe de travail (comité de pilotage) renforcé par une cellule d'appui (Cap cœur) se charge d'opérationnaliser le Plan Communautaire Opérationnel Prévention et Promotion de la Santé Cardiovasculaire (PCO)²³.

Vacheron (2007) cite également quelques exemples de politiques « intensives » de lutte contre les maladies cardiovasculaires. Par exemple, en Finlande, (pays qui dans les années soixante avait le taux de mortalité cardiovasculaire le plus important de par le monde), un programme structuré et soutenu par une volonté politique visant

² www.santecardiovasculaire.be/pdf/presentation/pdf

³ De Bock C., Berghmans L., (2007), Plan communautaire opérationnel – Le volet santé du cœur, Education Santé, n° 228, novembre 2007, pp. 10-17.

la promotion des habitudes de vie saines, la lutte contre le tabac, la prise en charge de l'hypertension artérielle, a permis de diminuer la mortalité liée aux maladies coronaires de près de 50 % chez les hommes et femmes âgés de 35 à 64 ans, et ceci sur une période de 20 ans. L'auteur cite également l'Ecosse où la réduction des principaux facteurs de risque aurait permis de diminuer de près de 50 % la mortalité observée entre 1975 et 1994.

En France, la promotion d'une alimentation saine est, dans les programmes de santé régionaux développés dans la région Nord Pas-de-Calais (Rapport d'évaluation du PRS Santé Cardiovasculaire, Novembre 2002), déclinée en différents objectifs : la promotion d'actions de sensibilisation à l'équilibre nutritionnel, la transmission de savoir et de savoir-faire (ateliers), la promotion des actions d'éducation nutritionnelle, la promotion des fruits et légumes dans l'alimentation régionale, la promotion du pain dans l'alimentation pour réduire l'apport de graisse, la sensibilisation et la formation des acteurs de terrain, etc.

Retenons encore un programme suisse « Poids corporel sain » (cfr détails pages 11, 12, 13) orienté vers la promotion de la santé et la prévention auprès des enfants et des familles. (Hanselmann et al., 2006)

Bien entendu, de multiples programmes/actions sont désormais initiés dans de nombreux pays mais il n'est ni possible ni pertinent d'ailleurs de tous les lister dans le cadre de ce présent dossier.

1. Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciencedirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). Certains sites Internet ont également été consultés.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus. Au regard de ces différents critères, 28 articles/documents ont été sélectionnés. Pour la grande majorité d'entre eux, ils concernent essentiellement les cinq dernières années.

Les mots clefs retenus pour la recherche documentaire sont : maladie cardiovasculaire, obésité, activité physique, promotion de la santé, prévention, stratégie et évaluation.

Cette revue de littérature, certes loin d'être exhaustive, s'intéresse principalement à la petite enfance et au milieu scolaire, mais également aux populations dites actives et aux populations fragilisées, même s'il eut été pertinent de « confronter » (et donc de croiser) tous les âges avec tous les milieux de vie et modes d'action.

Enfin, rappelons également que l'amélioration de la santé cardiovasculaire passe par la promotion d'une alimentation saine, la lutte contre la sédentarité et la

promotion de l'activité physique, la lutte contre le tabagisme, la prévention et la gestion du stress, et éventuellement la (re)connaissance (connaître et maîtriser) du risque individuel, etc.

Dès lors, certains articles sélectionnés n'aborderont qu'une « thématique » comme par exemple la promotion de comportements alimentaires sains ou la promotion de l'activité physique alors que d'autres documents « couvriront » la promotion de la santé cardiovasculaire au sens large du terme.

2. Actions, stratégies et dispositifs mis en place en faveur de la promotion de la santé cardiovasculaire

2.1. Enfance et adolescence

♦ **Le surpoids et l'obésité auprès d'enfants et d'adolescents** sont en constante augmentation et deviennent un sérieux problème de santé publique en Europe, selon Lobstein et Frelut, (2003), cités par Haerens et al. (2006). Le faible niveau d'activité physique et les comportements alimentaires inadéquats sont largement associés à la prévalence du surpoids et de l'obésité. (Wareham et al. (2005) et Sun et al. (2004), cités par Haerens et al. (2006)). Des programmes d'intervention efficaces sont donc indispensables pour tenter de lutter contre cet état de fait.

Les jeunes sont amenés à passer un grand nombre d'heures à l'école et l'environnement scolaire est reconnu comme étant propice et influant sur les comportements alimentaires et la pratique d'activité physique. (Wechsler et al. (2000), Sallis et al. (2001), Story et al. (2002), Vereecken et al. (2005), cités par Haerens et al. (2006)).

Via l'école, des liens peuvent également être établis avec l'environnement familial. L'influence parentale est également déterminante dans la pratique d'activités physiques et la consommation d'aliments sains. (Sallis et al. (2000), Trost et al. (2003), Hanson et al. (2005), cités par Haerens et al. (2006)). De nombreuses actions sont déjà menées à l'attention d'enfants fréquentant l'école primaire alors que les interventions en milieu secondaire sont moins fréquentes. (Wareham et al. (2005), Bautista-Castano et al. (2004), cités par Haerens et al. (2006)). De plus, l'influence parentale n'a été jusqu'ici que peu investiguée. (Bautista-Castano et al. (2004), cités par Haerens et al. (2006)).

Un programme d'éducation pour la santé d'une durée de deux ans et qui visait la promotion de l'activité physique et la promotion de comportements alimentaires sains ne s'est révélé efficace, selon Gortmaker et al. (1999), cités par Haerens et al. (2006) que pour la consommation de fruits et légumes, et ceci uniquement auprès des adolescentes, les garçons n'ayant pas été, semble-t-il, convaincus ! D'autres interventions sollicitant des interventions sociales, environnementales et politiques et visant la promotion de la consommation d'aliments à faible composante graisseuse et la promotion de l'activité physique n'ont rencontré qu'un succès mitigé : une augmentation de l'activité physique auprès des garçons mais aucune influence en matière de comportements alimentaires favorables ! (Vandelanotte et al. (2005), cités par Haerens et al. (2006)).

Un programme d'intervention, échelonné sur une période de deux ans (octobre 2003 – juin 2005) et visant la **promotion d'une alimentation saine et de l'activité**

physique, a été instauré dans 15 **écoles secondaires** de Flandre occidentale. Ce programme unique combinait à la fois des interventions en milieu scolaire et des interventions éducatives via une « plateforme informatique interactive » avec feed-back immédiat. Ce « support informatique » est une nouvelle stratégie d'éducation pour la santé qui s'est déjà avérée efficace auprès d'adultes, selon Vandelanotte et al. (2005), cités par Haerens et al. (2006), qui leur a permis d'augmenter leur participation à des activités physiques et de diminuer leur consommation de matières grassesuses.

Les interventions réalisées au sein des 15 écoles devaient répondre à au moins une condition : (i) intervention nécessitant l'implication des parents ($n=5$, 1226 élèves), (ii) intervention unique ($n=5$, 1006 élèves), (par opposition à (i) et (iii) groupe contrôle ($n=5$, 759 élèves). Haerens et al. (2006) relèvent la perte de 704 élèves (questionnaires mal remplis, déménagement des étudiants, etc). Dans 10 écoles, une intervention combinant changements environnementaux et feedback via une plateforme informatique était implémentée durant deux années scolaires. Dans les cinq autres écoles, un soutien parental important était exigé.

L'objectif de l'étude menée par Haerens et al. (2006) était d'évaluer les effets après deux ans d'une intervention concernant l'activité physique des jeunes et leurs comportements alimentaires (sains) afin de pouvoir envisager l'implémentation de ce programme auprès de toutes les écoles secondaires flamandes.

Dans le domaine de **l'activité physique**, il était demandé aux écoles de favoriser/créer des opportunités de pratiquer l'activité physique, notamment durant les pauses, ou après les heures de cours. Il leur était également demandé de varier les formes d'activité physique proposée au sein de l'école, toutefois en évitant les « compétitions », de manière à ne pas mettre en difficulté les élèves moins « talentueux ». Du matériel supplémentaire était également mis à disposition (cordes, ballons, etc) et les écoles étaient invitées à mettre « à disposition » des élèves ce matériel et cela même en dehors des heures consacrées à la gymnastique. Les élèves passaient également un test fitness et recevaient un programme d'intervention (adapté d'une version adulte) via un support informatique. Un questionnaire était également à remplir par les élèves via ce même support informatique. La première partie du questionnaire concernait des données démographiques, la seconde partie mesurait le niveau d'activité physique de l'élève. Enfin, des questions concernant les déterminants psychosociaux et les comportements en matière de pratique d'activité physique étaient posées. Après avoir complété ce questionnaire, l'élève recevait un feed-back immédiat via l'ordinateur (sorte de « profil » de l'élève).

En ce qui concerne la **promotion d'une alimentation saine**, les écoles étaient invitées à vendre des fruits sur place au moins une fois par semaine et cela à un prix attractif. Il était également suggéré aux écoles de proposer un fruit comme dessert lors des repas du midi. Les écoles étaient également invitées à installer de fontaines d'eau potable, ceci dans l'espérance de voir diminuer la consommation de boissons sucrées. Les enfants recevaient également des informations (brochures, posters) sur les bénéfices sanitaires liés à la consommation de fruits plutôt qu'à la consommation de sucrerie, sur les bienfaits de la consommation d'eau plutôt que la consommation de boissons sucrées. Chaque année, les enfants bénéficiaient

également d'intervention via un support informatique adapté (computer-tailored intervention) concernant la consommation de graisse. Des questionnaires concernant les données démographiques, la consommation de graisse, la consommation de fruit et les déterminants psychosociaux étaient remplis par ces mêmes étudiants. Ils bénéficiaient ensuite d'un « feedback personnalisé ». Tout comme pour l'activité physique, le feed-back était basé sur la théorie des comportements planifiés et le modèle transtheorique (respectivement, Ajzen, (1985) et Prochaska et al. (1992)).

Pour ce qui est de **l'implication des parents**, il était demandé aux écoles d'inviter les parents à des réunions interactives concernant l'alimentation saine, l'activité physique et leur relation (représentation ?) du surpoids et de la santé. Trois fois sur l'année, des informations concernant l'alimentation saine et l'activité physique étaient publiées dans le journal de l'école et dans les courriers d'information à destination des parents. Enfin, les parents recevaient un support informatique sous forme de CD proposant un programme d'intervention concernant la consommation de graisse et l'activité physique et ceci pour utilisation à domicile. Les parents étaient également informés que leurs enfants avaient bénéficié du même support informatique mais toutefois quelque peu adapté ! Il était alors demandé aux parents de discuter « en famille » des résultats et ainsi de permettre à leurs enfants, si nécessaire, d'adopter des modes de vie plus sains.

♦ Nicholson, en 2000, a réalisé une méta-analyse regroupant **22 recherches** publiées et menées entre **1986 et 1998**. 77% de ces recherches sont quantitatives. Il s'agit de la présentation de **programmes et pratiques de promotion de la santé cardiovasculaire** menés en **milieu scolaire** (niveau primaire) avec en particulier, la présentation des résultats. Pour cette méta-analyse, l'auteur a utilisé le modèle de promotion de santé de Pender (1996), dérivé de la théorie de l'apprentissage social.

Les recherches examinées concernaient des enfants vivant aux USA, au Canada et en Australie avec une proportion équivalente sur le plan du genre, (avec parfois des sujets ethniques comme ils disent !). L'ensemble des classes sociales était représenté avec une prédominance de la classe moyenne.

Le but commun de la plupart de ces recherches était d'une part de tester l'efficacité des interventions visant la modification des comportements de santé et d'autre part d'examiner les variables ou les relations entre les variables qui affectent les choix de santé (les variables étant les facteurs de risque cardiovasculaire, les mesures physiologiques, les comportements et attitudes de santé, le concept de soi, l'estime de soi, les comportements de coping et les résultats d'intervention).

Les stratégies d'intervention sont centrées sur les comportements de santé, sur les facteurs personnels et/ou environnementaux.

Inspiration sur le plan des modèles théoriques (sur 22 recherches) : 8 modèles de l'apprentissage social, 3 s'inspirent de « modèles similaires » (Bandura et la théorie des influences sociales), 3 du PRECEDE, d'autres modèles sont utilisés de manière plus « marginale ».

Divers dispositifs ont été mis en place :

1. Des interventions développées à partir de l'école et visant le changement de comportements (13 sur 22).
2. Des interventions développées à partir de l'école et visant le changement de comportements mais incorporant les familles ou la communauté (7 des 13).
3. influence sur les aspects individuels, comportementaux et environnementaux indépendamment de l'école (9 sur 22).

Il faut noter que les interventions consistent tant en des interventions visant la réduction du risque cardiovasculaire en général que des comportements spécifiques, comme par exemple la cessation tabagique.

♦ **La lutte contre l'obésité et la prévention des maladies cardiovasculaires** à un âge précoce sont importantes. Frenn et al. (2003) rendent compte d'une action menée en **milieu scolaire** afin d'inciter les jeunes à consommer moins de graisses.

L'intervention est menée auprès d'élèves scolarisés dont l'âge moyen était 13.82. 182 participants ont été identifiés au départ avec seulement 74 participants à l'arrivée pour l'analyse des résultats (difficultés liées au questionnaire). Les élèves étaient répartis en 2 groupes : un groupe témoin participant à l'action éducative et un groupe contrôle poursuivant l'activité scolaire normale.

Les questionnaires distribués à tous les élèves au départ de l'intervention étaient destinés à identifier des facteurs prédictifs d'une surconsommation de lipides : variables démographiques, accès à des aliments contenant peu de graisses, auto-efficacité perçue, bénéfices/barrières, et les stades de changement (selon modèle de Prochaska).

Les résultats montrent que le taux de consommation de graisse est en lien avec les stades de changement (35% de la variance), ce qui signifie que le pourcentage de graisses consommées diminue quand on avance dans les stades de changement (plus de graisses consommées aux stades de la (pré)-intention qu'aux stades de la préparation à l'action, puis de l'action et du maintien)

Pour l'intervention, les élèves ont été subdivisés en plusieurs groupes, suivant le stade de changement dans lequel ils se situaient.

1. pré-intention ou intention
2. préparation à l'action (décision)
3. action
4. maintien

Tableau 1 : définition des processus de changement qui sont utiles à chaque stade de changement.

Stade de changement	Processus utiles	Définition
Pré-intention	Sensibilisation, conscientisation*	Augmentation des connaissances relatives aux lipides contenus dans les aliments
Intention	Auto-réévaluation*	Evaluation personnelle pour se situer par rapport à sa consommation de lipides : <i>comment je me sens et ce que je sais en rapport avec les quantités que je consomme ?</i>
Préparation	Auto-détermination	Choix de limiter les quantités de lipides à 20-30% des calories totales consommées

Action	Déconditionnement	Substitution de la consommation d'aliments à haute teneur en lipides par des aliments à faible teneur en lipides ou par d'autres activités
	Contrôle des stimuli	Evitement des aliments à haute teneur en lipides ou des occasions de les consommer
	Renforcement - gestion	Récompense (se récompenser ou être récompensé par autrui) lorsqu'on réalise des changements en vue de réduire la consommation de lipides à 20-30% des calories totales
Maintien	Relations de soutien	Attitude ouverte par rapport à ses propres problèmes, engagement dans des groupes de « self-help », identification et recherche active de soutien social
	Soulagement visible	Expérience et expression de problèmes et de solutions (ex. à travers des focus groups, des jeux de rôle...)
	Réévaluation de son environnement*	Evaluation de son environnement pour déterminer dans quelle mesure les choix personnels peuvent avoir un impact sur les choix d'autres personnes quant à leur consommation de lipides
	Libération sociale	Plaidoyer pour la disponibilité et le choix d'aliments à faible teneur en lipides

* Processus utile quel que soit le stade de changement

Source : Frenn et al. (2003), traduit par Aujoulat (2008).

Les interventions proposées n'étaient pas les mêmes pour tous les élèves mais étaient variables en fonction des 4 stades ci-dessus. Les contenus des interventions en fonction des stades sont repris dans le tableau 2 ci-dessous. Tandis que les objectifs principaux aux stades «débutants » sont d'augmenter les connaissances et la conscience (sensibilisation), les objectifs aux stades plus avancés incluent le fait de préparer ces élèves à jouer un rôle de modèle (éducation par les pairs ?) pour inciter les autres à réduire leur consommation de graisses.

Tableau 2 : Description des séances d'intervention, conçues en fonction des stades et des processus de changement

Session	Stade de changement	Processus Visé	Contenu de la session	Déroulement (activité)
1	Tous	Sensibilisation, Conscientisation	Information sur les aliments à faible teneur en lipides, pyramide alimentaire, éléments concernant les adolescents et la nutrition, les bénéfices et les obstacles en lien avec une alimentation pauvre en lipides	Utilisation d'exemples concrets, adaptés à l'âge ; analyse de posters ; brainstorming sur les bénéfices et les obstacles en lien avec une alimentation pauvre en lipides
1A	Sous-groupe Préparation, action et maintien	Sensibilisation Conscientisation Libération sociale	Jeu « Menace » sur les aliments pauvres en lipides, conception de collations à faible teneur en lipides	Utilisation du jeu ; début de discussion sur des collations à préparer en classe
2	Tous	Auto-réévaluation	Analyse de son carnet	Discussion sur les

			de bord individuel, renforcement de la capacité de faire les bons choix dans les restaurants « fast-food »	consommations notées dans les carnets de bord personnels, discussion sur la contenance en lipides de certains aliments, à partir de la lecture des emballages de friandises et des menus de restaurants « fast-food »
2A	Sous-groupe Préparation, action et maintien	Déconditionnement, contrôle des stimuli, relations de soutien, Libération sociale	Pilotage de groupes de pairs lors de séances de collations organisées	Sélection des collations ; préparation de listes de courses pour réaliser des recettes ; préparation au rôle de gestion d'une session avec un grand groupe
3	Tous	Sensibilisation Conscientisation Auto-réévaluation	Collations à faible teneur en lipides	Conception et réalisation de 4 collations ; analyse de recettes avec une attention critique pour les contenus en lipides
3A	Sous-groupe Préparation, action et maintien		Planification d'activités physiques facilement et agréablement réalisables par un grand groupe	Choisir des postures d'exercice physique ; créer des posters pour les différentes postures, en incluant le nombre de calories brûlées pour 5 minutes d'exercice
4	Tous	Sensibilisation Conscientisation Auto-réévaluation	Activité physique et bonne santé	Les pairs pilotent 5 postures ou exercices
4A	Sous-groupe Préparation, action et maintien	Renforcement et gestion, soulagement visible, réévaluation environnement	Evaluation, focus groupe	Discussion sur le déroulement des sessions et les connaissances acquises à propos des régimes alimentaires à faible teneur en lipides, à propos des exercices physiques, et à propos de soi comme leader

Source : Frenn et al. (2003), traduction Aujoulat (2008).

♦ Les enquêtes sur la santé de la population helvétique (Hanselmann et al., 2006) témoignent d'une augmentation de surpoids et d'obésité dans le pays. « *En Suisse, quelque 29,4% des adultes étaient en surpoids en 2002, alors que le pourcentage des obèses s'élevait à 7,7%. Le surpoids concerne donc près de 2,3 millions de Suisses et de Suisse. Les enquêtes suisses sur la santé, menées en 1992, 1997 et 2002 par l'Office fédéral de la statistique, ont montré une augmentation importante du surpoids et de l'obésité. Cette tendance se constate également chez les enfants, dont un sur cinq est aujourd'hui en surpoids, voire même obèse* ».

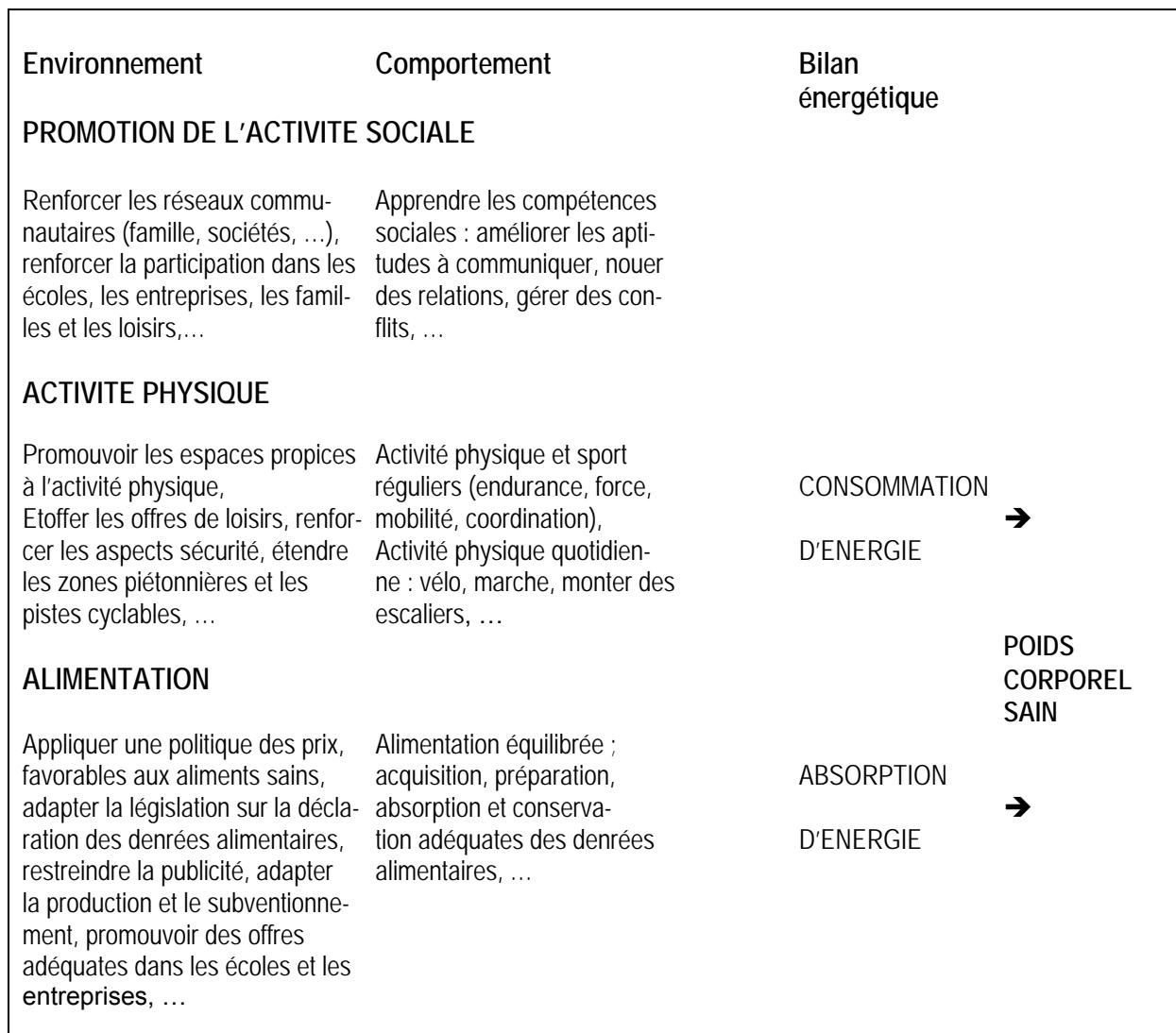
Actuellement, un quart des enfants et des adolescents suisses seraient en surpoids. C'est dans ce contexte que « Promotion Santé Suisse » a défini le **programme « Poids Corporel sain »** comme étant l'une des trois priorités dans sa nouvelle

stratégie de santé publique. En collaboration avec le canton de St-Gall, « Promotion Santé Suisse » développe donc un programme sur plusieurs années visant la **promotion de la santé et la prévention primaire du surpoids** auprès des **jeunes enfants, des adolescents et des familles**.

La stratégie développée dans ce programme s'oriente comme suit :

• « *Les facteurs qui influent sur le poids corporel sain sont les suivants: un bilan énergétique équilibré avec une alimentation saine et une activité physique régulière. Outre l'activité physique et l'alimentation, il faut toujours tenir compte des aspects psychiques et sociaux lorsqu'on planifie des interventions. Les conditions influent sur le comportement et donc également sur le poids corporel. On parle ici des formes et des possibilités de la mobilité, de la technicisation, de la structure des prix des aliments, de la publicité et du marketing y relatifs, de la mise à disposition d'offres en matière d'aliments, de locaux et d'offres réservées à l'exercice physique, etc. Il faut en principe toujours tenir compte des comportements et de l'environnement avant de lancer des mesures ciblées* ». (repris tel quel).

Le modèle ci-dessous résume les facteurs environnementaux et comportementaux qui influent sur le poids corporel sain.



ASPECTS PSYCHIQUES

Promouvoir des approches globales, telles que les écoles en santé et la promotion de la santé en entreprise, ...

Renforcer la conscience de soi, promouvoir la perception de son corps, renforcer les capacités de coping, promouvoir la détente et la maîtrise du stress, encourager les changements de comportement, ...

Modèle : Exemples de facteurs qui influent sur le poids corporel sain ; niveaux environnement et comportement. (Somaini/Rudin, 2006), cités par Hanselmann et al., (2006). (repris tel quel).

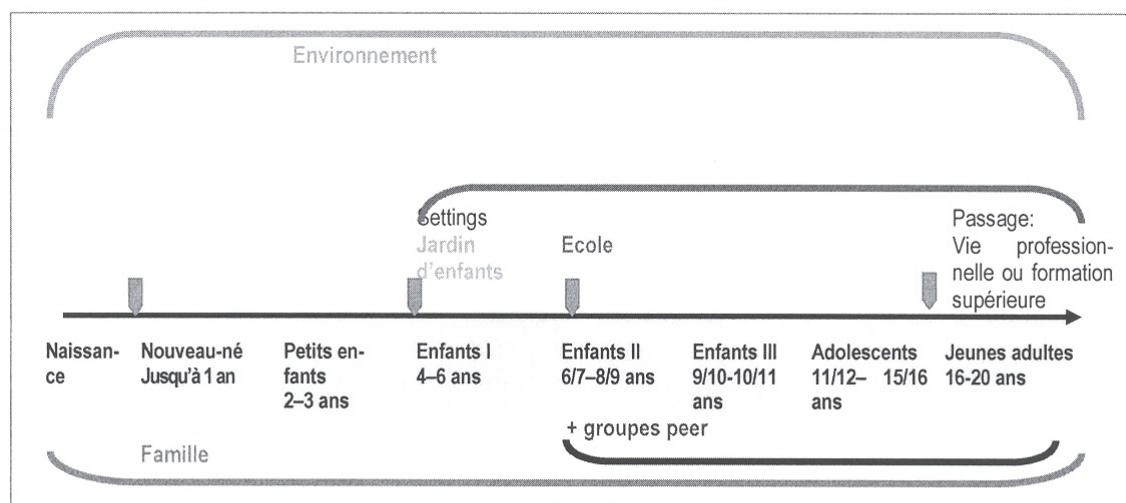
- « *Les enfants sont les premiers concernés. La prévention et la promotion de la santé commencent avant la naissance déjà* ». (repris tel quel).
- « *Les adultes seront impliqués en tant que parents et seront incités à adopter également un comportement favorable à la santé et à organiser un environnement sain pour leurs enfants* ». (repris tel quel).
- « *La base des mesures que l'on peut envisager dans le contexte du poids corporel sain dans les diverses phases de la vie est constituée de modules. Ces modules contiennent des objectifs et des indicateurs spécifiques aux différentes phases, ainsi que des paquets de mesures ad hoc. Ces derniers contiennent des mesures portant aussi bien sur l'environnement que sur le comportement et tiennent compte des multiplicateurs qui jouent un rôle important dans leur mise en œuvre. Les modules décrits dans le concept du programme constituent le point de départ de la planification de la mise en œuvre au niveau cantonal* ». (repris tel quel).
- « *L'approche opérée est définie en fonction d'un setting, c'est-à-dire d'un système social spécifique qui influe de multiples manières sur un groupe de personnes déterminé et à l'intérieur duquel les conditions relatives à la santé et à la maladie peuvent être organisées.* Selon les diverses phases de la vie des enfants et des adolescents, on se focalise sur différents settings. Il s'agira en l'occurrence de se focaliser sur le setting commun, qui offre d'excellentes possibilités pour appliquer des mesures dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention ». (repris tel quel).
- « *Les acteurs qui sont en lien direct ou indirect avec le thème „poids corporel sain“ doivent être impliqués d'une manière ou d'une autre dans le programme. Il s'agit en priorité d'experts dans le domaine de la transmission de l'information et qui peuvent influencer le comportement, tout en assumant des tâches de prévention secondaire ou thérapeutiques. Il s'agit également d'impliquer les acteurs qui ont un accès direct à la population cible ou à leurs settings (famille et école)* ». (repris tel quel).
- « *Le programme concernant la promotion de l'activité physique et de l'alimentation chez les enfants et les adolescents s'intéresse aux différentes étapes de la vie de*

ceux-ci ». (repris tel quel).

« Les risques sanitaires changent en fonction des différentes phases de la vie. En effet, les modes de vie spécifiques à ces diverses phases, et donc les ressources ou les charges y relatives, peuvent avoir différentes significations pour la santé. On peut supposer que des mesures de promotion de la santé qui s'orientent vers ces phases de la vie ont des effets plus durables que d'autres approches (Trojan & Legewie 2001). Durant l'enfance, de nombreux facteurs influent sur la future santé corporelle, mentale et sociale des individus en période de croissance et, finalement, des adultes. C'est pour cette raison que les premières phases de la vie sont très importantes pour la prévention primaire (De Landtsheer 1993) ». (repris tel quel).

Le programme „Kinder im Gleichgewicht“ s'oriente vers les différentes étapes de la vie des enfants et adopte une approche orientée setting. Cette dernière prend en considération le système social dans lequel un enfant s'insère et qui influe sur ce dernier (voir la figure ci-dessous). (repris tel quel).

Vue d'ensemble: les phases de la vie (Somaini/Rudin 2006).



Le présent concept tient compte des phases de la vie suivantes, lesquelles sont décrites sous forme de modules:

- Module I: Avant la naissance, pendant la grossesse, nouveau-né
- Module II: Petits enfants
- Module III: Enfants en âge préscolaire (jardin d'enfants)
- Module IV: Enfants en âge de scolarité (primaire)
- Module V: Enfants/adolescents au niveau secondaire I
- Module VI: Adolescents au niveau secondaire II et jeunes adultes

♦ L'étude d'Hannon et al., (2006) signale qu'entre octobre 1999 et septembre 2002, il y a eu une mise en place de partenariats avec **les jeunes** de Boston via des associations de jeunes, les autorités, le CDC, les animateurs sportifs de quartiers, les écoles de la ville.

Dans un premier temps, ces partenaires ont créé un groupe de travail pour mettre au point un **programme de promotion de l'activité physique** qui réponde au mieux aux attentes et demandes des jeunes issus de quartiers défavorisés de la ville.

Cependant, les auteurs ne fournissent aucune information concernant la description de ce programme !. Tout au plus, ils mentionnent qu'il y aurait 235 lieux permettant la pratique d'activités physiques sur Boston et que, pour 63% d'entre eux, l'accès serait gratuit pour les jeunes et pour les 37% restant, l'accès serait payant mais coûterait moins de 20 \$ par participation.

A Boston depuis 1999, il existe une collaboration entre le CDC (Center for Disease Control and Prevention), l'Ecole de Santé Publique et plus spécifiquement l'Unité de Prévention et de Recherche de Havard, le centre d'étude du sport dans la société (Sport in Society) de l'Université de Northeastern (Hannon et al. (2006)).

Cette collaboration permet de réaliser différentes études ayant pour objectifs :

- 1) De faire l'inventaire des différents lieux mis à disposition des jeunes pour la pratique d'une activité physique et/ou sportive en dehors des activités scolaires ; mener une comparaison entre ces différents lieux en terme d'accessibilité pour les jeunes.
- 2) De comprendre comment les jeunes utilisent les centres sportifs et, le cas échéant, de comprendre le pourquoi de leur non fréquentation.
- 3) D'identifier de potentielles solutions pour améliorer la participation des jeunes à des activités sportives.
- 4) D'accompagner les jeunes dans la poursuite de la réalisation d'activités sportives.

Pour ce faire, des programmes **d'activités physiques destinés aux enfants, aux adolescents** ont été mis en place en vue de réduire la disparité des problèmes de santé chronique constatés auprès des publics cibles (disparités liées au sexe, aux ethnies/races, aux situations socio-économiques de ces jeunes).

Selon une étude réalisée en 2002 par le département de l'éducation du Massachusetts, il semblerait qu'il y ait moins de jeunes de Boston qui participent à des activités sportives que dans d'autres régions du Massachusetts (51% des filles et 61% des garçons inscrits dans les études supérieures réalisent des activités physiques contre 36% des filles et 53 % des garçons de Boston inscrits dans les mêmes études). Or, la ville de Boston offre d'importantes opportunités sportives aux enfants et aux adolescents/jeunes adultes.

L'étude décrite dans cet article avait pour objectifs de mieux comprendre les besoins, les attentes des jeunes par rapport aux offres sportives et, dans un deuxième temps, de pouvoir mieux informer les jeunes et mieux coordonner ces offres et, in fine, de programmer des décisions d'amélioration de l'accessibilité aux loisirs sportifs en dehors du cursus scolaire.

2.2. Population adulte

♦ Une recherche (menée par analyse qualitative - focus group puis interviews semi-structurées) réalisée en Australie par Sullivan et al. (2008) visait à déterminer les attentes des personnes dites à risque vis-à-vis d'un programme d'intervention.

Les objectifs de l'étude étaient de :

1. Sonder les « inputs » (les croyances, les intentions de s'engager dans l'adoption de comportements sains de santé, le sentiment d'auto-efficacité, les perceptions de la gravité de la maladie, les perceptions d'être une personne à risque, etc.) des consommateurs/bénéficiaires potentiels d'un programme développé afin de prendre en considération les croyances qui jouent effectivement comme facteurs prédictifs de la mise en place de comportements de prévention (à savoir les croyances relatives au bénéfice perçu et à la notion d'auto-efficacité, ces facteurs affectant l'accessibilité d'un programme avaient été mis en évidence par les même auteurs au cours d'une étude réalisée en 2006).
2. Etudier les voies d'accès à l'information pour les personnes à risques (sources d'information concernant la santé)
3. Mener une étude qualitative dans ce domaine dans la mesure où les études quantitatives illustrent parfois des résultats contradictoires.

L'étude réalisée concernait 30 **personnes** qui présentaient **au mois un facteur de risque d'accidents vasculaires**. 8 **focus group** ont également été organisés. Le recrutement s'est opéré sur base du volontariat, au sein du groupe de 75 personnes ayant participé à la recherche menée par Sullivan et al. en 2006.

♦ En 1998, un **programme régional de prévention des maladies cardiovasculaires** aux Pays-Bas « Hartslag Limburg » (région de Maastricht, province du Limbourg) a démarré.

La plupart des activités/interventions réalisées concerne l'alimentation (réduire l'apport d'aliments gras), la promotion de l'activité physique, alors que la cessation tabagique a été une moindre priorité. Bien qu'il n'y ait pas de critères précis concernant l'âge du public cible, certaines **initiatives** s'adressent toutefois clairement **au plus de 55 ans**.

Le principal objet de l'étude réalisée par Ronda et al. (2004) est de mettre en évidence les raisons pour lesquelles un effet attendu est ou non rencontré.

Une modélisation du projet « Hartslag Limburg » a été réalisée et passe par plusieurs « étapes » : le cadre théorique du projet communautaire « Hartslag Limburg » a été élaboré sur base d'un programme de planification actualisé et de modèles d'évaluation et se compose de plusieurs étapes reprises ci-dessous (Koepsell et al., 1992; Godman, 1998; Green and Kreuter, 1999; Cooksy et al., 2001).

En effet, la **santé** (ici, la réduction des maladies cardiovasculaires) peut être atteinte par des changements dans les **comportements à risque** (ici, la réduction de l'ingestion de matières grasses, la réduction tabagique, l'encouragement de l'activité physique), qui sont attendus comme résultats de changements au niveau des **déterminants psychosociaux** (tels que attitudes, influences sociales, prise de conscience, étapes de changement), dont les changements sont possibles si les projets comprennent les **activités de prévention appropriées** (en nombre, effets, portée)... et si les activités parviennent à toucher le public cible. L'organisation, le développement, la mise en œuvre et la dissémination des activités seraient assurés par l'application de **principes communautaires** (participation, collaboration intersectorielle, ajustement à la situation actuelle, pérennisation du projet, etc.), eux-

mêmes possibles grâce aux **composantes du projet** (analyses communautaires, comités de santé, contrôle de qualité).

Concrètement, il s'agit d'éducation nutritionnelle via un support informatique (ordinateur), de balades d'éducation nutritionnelle dans les supermarchés, de rencontres nutritionnelles, de campagnes régionales de promotion de l'activité physique **chez les plus de 55 ans**, d'un programme quotidien d'information à la télévision régionale visant à promouvoir l'activité physique, d'une campagne régionale de cessation tabagique.

♦ Pazoki et al. (2007) ont réalisé en Iran une étude contrôlée et randomisée auprès de **335 femmes en santé et âgées de 25-64 ans**, en vue d'explorer la faisabilité et la réalisation concrète d'un projet de **promotion de l'activité physique**. Pour cela, les auteurs ont utilisé les méthodes d'une recherche action (participative) au sein d'une communauté de femmes iraniennes.

Dans un premier temps, 12 groupes de travail ont été constitués afin de dégager les priorités de santé pour les **femmes iraniennes** (Pazoki et al., 2007). Ces groupes de travail étaient composés de femmes issues de communautés locales, des chercheurs, de professionnels de la santé, de décideurs politiques. Les résultats des travaux de ces groupes ont permis de mettre en évidence que l'incidence des infarctus du myocarde était de 156.61/100,000 chez les femmes iraniennes et que la prévalence des maladies coronaires constituait un facteur de risque. C'est ainsi que ces travaux ont abouti à la mise en route d'un programme de prévention des maladies cardiovasculaires dans ce pays.

Pour mener à bien cette recherche action, des partenariats ont été établis avec des femmes issues de groupes locaux non gouvernementaux et représentatives de l'ensemble de la population du pays. Ces partenariats, avec l'aide de chercheurs et de professionnels de la santé, ont permis la mise au point d'un programme de formation d'une durée de 8 semaines qui prenne en compte les aspects culturels, la lisibilité et la compréhension des messages éducatifs, la compréhension de l'utilisation du matériel didactique, etc. Cette formation de 8 semaines a été proposée à 53 soignants locaux qui se sont engagés volontairement dans cette démarche de recherche.

La formation avait pour but de :

- Développer le processus de participation ou, en d'autre mots, le « comment » motiver les femmes à participer aux activités de prévention.
- Pouvoir construire des outils éducatifs mieux adaptés en fonction du public ultime.
- Développer la capacité des professionnels de santé (ici, les soignants) pour mener des interventions éducatives (communiquer, éduquer, écouter, aider, etc.)

Après la formation, ces volontaires ont sensibilisé/formé/éduqué les femmes (5 femmes/volontaires) iraniennes sur les risques et la prévention des maladies cardiovasculaires via la pratique d'activités physiques régulières et sur l'adoption de comportements alimentaires plus sains.

La stratégie de formation de volontaires formateurs ainsi que les activités réalisées par ces derniers ont été supervisées par les chercheurs. Au total, 335 femmes ont participé à ce programme de prévention.

Sélection des femmes participantes :

- âge : entre 25 et 64 ans.
- échantillon randomisé et contrôlé.
- femmes prévenues par courrier du but de la recherche (courrier remis en main propre).

Les interventions réalisées auprès des femmes consistent en :

- Une information/éducation/formation sur ce que sont les risques et les maladies cardiovasculaires et plus particulièrement sur les facteurs de risque des maladies coronariennes, le tabagisme, l'importance d'une alimentation saine et de la pratique d'exercices physiques adaptés aux femmes.
- L'adaptabilité de l'activité physique dans la vie de tous les jours et ce pour chaque femme (négociation d'objectifs, par exemple : au début 10 minutes d'exercices par jour pour, en fin de programme, réaliser 30 minutes par jour).

♦ Barnett et al. (2005) proposent d'élargir systématiquement la cible des actions de prévention de **l'individu à l'environnement**. En effet, les auteurs évoquent un changement de paradigme (individu versus société) et proposent un « nouveau modèle ». Il s'agit à priori moins d'un modèle que d'un cadre d'intervention mais il semble utile et tout à fait en accord avec les principes de la promotion de la santé (charte d'Ottawa). Les auteurs citent l'exemple du succès à propos du tabac : en plus de cibler les comportements individuels, des mesures visant à réduire le tabagisme dans les lieux publics sont instaurées. On remarque également des actions visant la réduction en matière de publicité.

Ce modèle (ou cadre d'intervention) identifie 5 piliers pour la promotion de la santé cardiovasculaire et, pour chacun des piliers, propose des objectifs d'actions en direction de l'individu, d'une part, et de la population, d'autre part.

Les objectifs « individuels » et « populationnels » sont en outre subdivisés en objectifs pour les personnes présentant un haut risque et pour les personnes présentant un risque moindre. Enfin, les facteurs favorables et défavorables pour chaque objectif sont identifiés.

Tableau 1 : Facteurs favorisants et défavorisants pour la santé cardiovasculaire au niveau individuel.

	Tension artérielle	Cholestérol sanguin	Alimentation	Activité physique	Tabac
Objectif individuel	Personnes présentant un risque élevé	Personnes présentant un risque élevé	Consommation d'aliments favorables à une bonne santé cardiovasculaire	Activité physique régulière	Personnes présentant un risque élevé
	Réduction de la tension artérielle	Réduction du niveau de cholestérol sanguin			Arrêt de la consommation de tabac
	Personnes présentant peu de risque	Personnes présentant peu de risque			Personnes présentant peu de risque
	Maintien d'un niveau normal de tension artérielle	Maintien d'un niveau normal de cholestérol			Maintien de l'absence de consommation de tabac
Facteurs potentiellement favorisants pour les objectifs individuels	Activité physique Alimentation saine Bon suivi médical Traitement médicamenteux Contrôle du diabète	Activité physique Alimentation saine Bon suivi médical Traitement médicamenteux	Revenu adéquat Disponibilité d'aliments sains Temps pouvant être consacré à la préparation des repas Connaissances Préférences alimentaires	Etat de santé général Temps pouvant être consacré à l'activité physique Connaissances Plaisir lié à la pratique d'une activité physique	Soutien social Souhait d'arrêter effets négatifs pour la santé Activité physique Aversion pour le tabac
Facteurs potentiellement défavorisants pour les objectifs individuels	Diabète Obésité Stress psychosocial Suivi médical insuffisant Ressources financières insuffisantes pour le traitement Manque de soutien social Sédentarité Consommation de tabac	Suivi médical insuffisant Ressources financières insuffisantes pour le traitement Manque de soutien social Coût des aliments sains Taille des portions servies au restaurant Préférences alimentaires Obésité Gènes	Manque de soutien social Prix des aliments sains Taille des portions servies au restaurant Préférences alimentaires	Manque de structures Prix des vêtements, de l'équipement Prix des structures Manque de soutien social Aversion pour l'activité physique Dépression	Manque de soutien social Pas de souhait d'arrêter Méconnaissances des stratégies d'arrêt du tabac Dépression Habitude familiale de fumer Stress psychosocial Pression de la part des pairs

Source : Barnett et al. (2005), traduction réalisée par Aujoulat (2008)

Tableau 2 : Facteurs favorisants et défavorisants pour la santé cardiovasculaire au niveau populationnel

	Tension artérielle	Cholestérol sanguin	Alimentation	Activité physique	Tabac
Objectif populationnel	Personnes présentant un risque élevé \uparrow % de personnes dont la tension artérielle est normalisée <i>Personnes présentant peu de risque</i> \downarrow % de personnes qui développent une tension artérielle élevée	Personnes présentant un risque élevé \uparrow % de personnes dont le niveau de cholestérol est normalisé <i>Personnes présentant peu de risque</i> \downarrow % de personnes qui développent un niveau de cholestérol élevé	\uparrow % de personnes qui adoptent un régime alimentaire favorable à la santé cardiovasculaire	\uparrow % de personnes qui pratiquent régulièrement une activité physique	Personnes présentant un risque élevé \uparrow % de personnes qui cessent de fumer <i>Personnes présentant peu de risque</i> \downarrow % de personnes qui commencent à fumer
Facteurs potentiellement favorisants pour les objectifs populationnels	<i>Bons revenus familiaux</i> <i>Bonnes conditions de travail</i> <i>Bon environnement nutritionnel</i> <i>Bon environnement de loisirs</i> <i>Education pour la santé/promotion de la santé</i> <i>Emplois stables</i> <i>Programmes de promotion du bien-être à l'école/au travail</i>	<i>Bon environnement nutritionnel</i> Bon environnement de loisirs <i>Bons revenus familiaux</i> Bonnes conditions de travail Education nutritionnelle Culture nutritionnelle (« valeurs sociales ») favorable à la santé <i>Programmes de promotion du bien-être à l'école/au travail</i>	<i>Bons revenus familiaux</i> <i>Bonnes conditions de travail</i> <i>Bon environnement nutritionnel</i> Education nutritionnelle Education nutritionnelle Culture nutritionnelle (« valeurs sociales ») favorable à la santé	<i>Bons revenus familiaux</i> <i>Bonnes conditions de travail</i> Bon environnement de loisirs Activités organisées Programmes de loisirs Environnement favorable aux piétons	Politiques anti-tabac Prix du tabac et taxes Prix des assurances Cours et programmes d'aide à l'arrêt Programmes de promotion du bien-être à l'école/au travail Environnement favorable aux piétons
Facteurs potentiellement défavorisants pour les objectifs populationnels	Difficultés d'accès aux soins Difficultés d'accès aux traitements médicamenteux Economies instables Stresseurs sociaux (ex. racisme) Conflit social	Difficultés d'accès aux soins Difficultés d'accès aux traitements médicamenteux Manque de magasins de fruits et légumes Restaurants « fast-food » Taille des magasins de fruits et légumes Conditions économiques défavorables Manque de temps	Manque de magasins de fruits et légumes Restaurants « fast-food » Taille des magasins de fruits et légumes Conditions économiques défavorables Manque de temps	Climat Absence de sécurité/existence de dangers Conflit social Temps pouvant être consacré à l'activité physique Contraintes économiques Contraintes familiales	Situation des vendeurs de tabac Absence de politiques publiques Dépendance économique à l'égard du tabac Publicité/marketing Proportion de fumeurs dans la société Distributeurs de tabac (machines) Consommation de tabac sur les lieux publics

Source : Barnett et al. (2005), traduction réalisée par Aujoulat (2008)

Enfin, les auteurs signalent que selon une idée préconçue, les individus identifiés comme étant à risque pour un facteur particulier (par exemple, hypertension artérielle) ne bénéfieraient que d'actions de prévention secondaire pour ce facteur. Or, selon Barnett et al., ils sont une cible de choix pour les actions de prévention primaire en rapport avec les autres facteurs (ex. régime, exercice physique)

♦ L'étude menée par Wiesemann et al., (2004), avait pour objectif de mieux comprendre les **motivations** et les éventuelles **difficultés** identifiées par des **patients** (diabétiques, hypertendus, fumeurs, etc.) pour adopter un style de vie plus sain avec l'aide du médecin généraliste et d'un programme d'éducation pour la santé spécifique à une petite communauté.

Trois niveaux de stratégies sont organisés :

- Au 1^{er} niveau : les patients bénéficient d'une consultation médicale « classique » au cours de laquelle des objectifs éducatifs sont négociés.
- Au 2^{ème} niveau : si les patients éprouvent des difficultés pour atteindre les objectifs éducatifs fixés de commun accord, ces derniers sont invités à participer au programme éducatif réalisé en groupe. Les méthodes de counseling utilisées sont : la dispense de conseils brefs, l'utilisation des 5 « A » (ask, assess, advice, assist, arrange)
- Le 3^{ème} niveau consiste en un travail éducatif de groupe au niveau communautaire qui a pour but de consolider la motivation des patients à long terme et ainsi de prévenir les rechutes et abandons éventuels.

Bien entendu, il est possible de combiner le programme éducatif prévu pour le 2^{ème} niveau avec celui mis en place pour le 3^{ème} niveau.

Le contenu des programmes⁴ porte par exemple sur :

- l'activité physique d'une durée égale ou supérieure à 1 heure par semaine.
- un conseil « holistique » à propos de l'alimentation.
- la gestion et le contrôle du stress.
- un avis médical tarifié à 30 euros et ce tous les 6 mois.

2.3. Milieu professionnel

♦ Muto et al. (2001) proposent l'évaluation d'un projet/programme mis en place au Japon auprès **d'employés masculins** travaillant dans la maintenance d'immeubles et qui présentent au moins un résultat anormal parmi les critères de risque cardiovasculaire : BMI, pression artérielle, cholestérol total ou HDL, triglycérides, glycémie.

Le programme principal se déroule sur une période de 4 jours et un programme de suivi est instauré pendant une période d'un an.

Le but principal du projet/programme est la **diminution des facteurs de risque cardiovasculaire** et donc la **promotion de la santé cardiovasculaire des ouvriers du bâtiment**

Ce programme se base sur différents modèles théoriques psychosociaux, environnementaux, écologiques et communautaires (non précisés par les auteurs).

⁴ Disponible sur Internet : <http://www.dr-wiesemann.de>

Au démarrage de cette étude randomisée et contrôlée, 326 ouvriers ont été sélectionnés et 24 personnes ont été exclues de l'étude sur base d'un manque de données biomédicales. Au final, 302 ouvriers ont été retenus et répartis en 2 groupes : 1 groupe témoin (n=150) et 1 groupe d'intervention (n=152).

Notons que les ouvriers inclus dans le groupe témoin bénéficient d'un suivi médical complet et qu'en cas de diagnostic d'un/plusieurs facteur(s) de risque cardiovasculaire, ces participants sont prévenus par le médecin du programme qui les invitent à modifier leur mode de vie.

Le programme est constitué de 2 parties : le programme en lui même et un programme de suivi à long terme.

1. Le programme principal d'une durée de 4 jours a pour objectifs d'aider les participants :
 - à perdre du poids,
 - à maintenir/stabiliser une tension artérielle « correcte »,
 - à maintenir le taux de cholestérol, des triglycérides ou de la glycémie dans des normes optimales.

Ce programme principal intervient principalement sur des contenus éducatifs centrés sur la nutrition saine, la pratique d'activité physique, la gestion du stress, la prévention des facteurs de risque cardiovasculaire.

Les méthodes éducatives utilisées sont :

- La lecture de documents concernant l'alimentation saine, la gestion du stress, le diabète, les raisons d'adopter un mode de vie sain, etc.
- Des apprentissages pratiques : comment cuisiner les aliments ?, Comment réaliser des exercices de relaxation ?, Comment mesurer quotidiennement sa tension artérielle et son poids ? Comment réaliser des exercices physiques ?, etc.
- Des conseils individualisés
- Des groupes de discussion
- Et le « self-education » qui permet à chaque participant de présenter et de partager sa propre expérience lors de sessions de discussion de groupes.

En fin du programme, chaque participant définit ses propres objectifs concernant l'alimentation, l'activité physique, la santé mentale, le tabac et l'alcool.

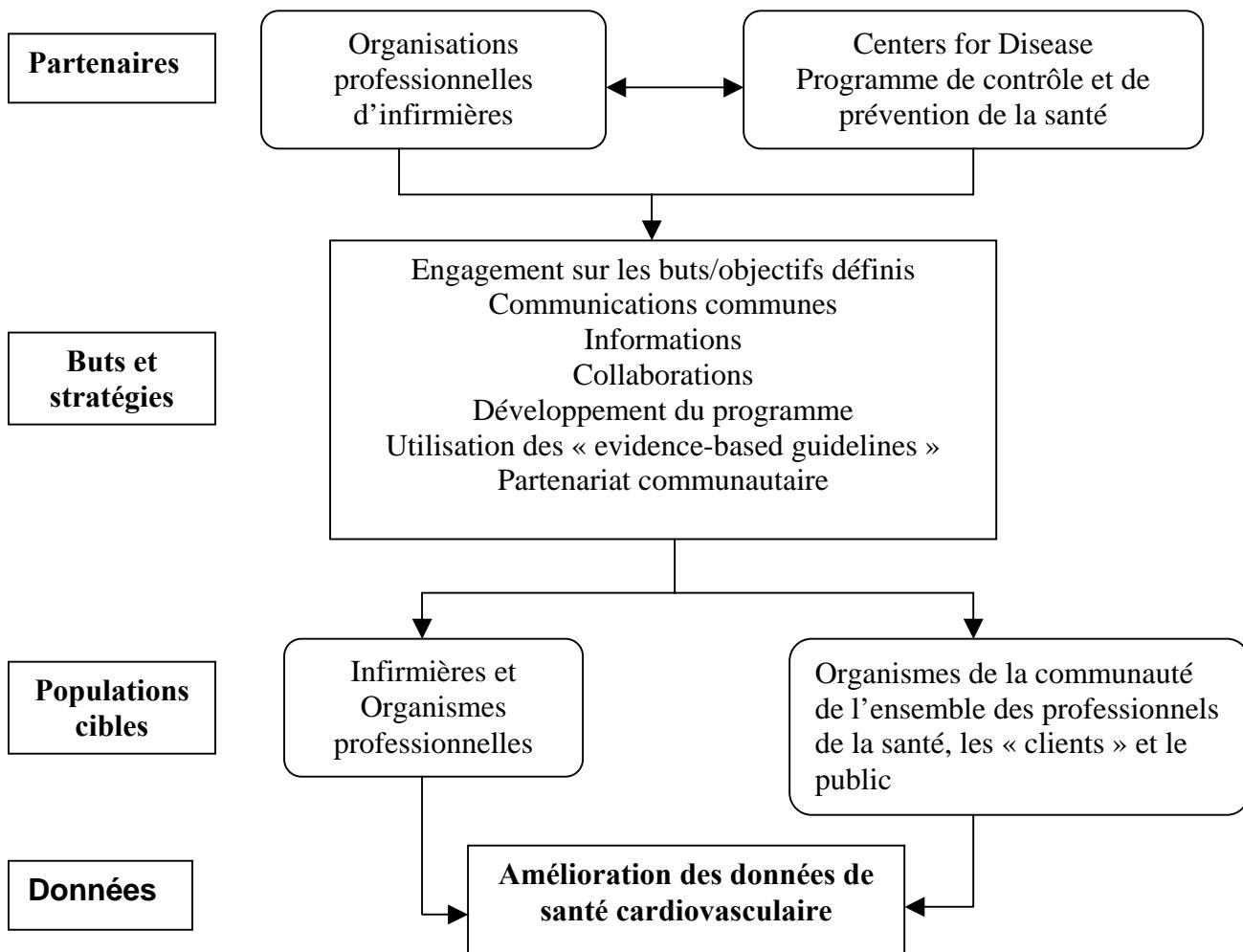
Les intervenants sont : un médecin, un diététicien, un éducateur sportif et un coordinateur du programme.

2. Le programme de suivi d'une durée de 18 mois débute au 3^{ième} mois post programme principal et est réalisé trimestriellement. Il consiste, pour chaque participant, à s'auto-évaluer dans l'atteinte de ses propres objectifs de santé. Des commentaires ou conseils sont donnés par les superviseurs de chaque participant (les professionnels de santé impliqués dans le programme mais aussi l'épouse ou les membres de la famille). Un bilan biologique est également réalisé et les résultats sont expliqués par les infirmières impliquées dans le programme. Notons qu'aucune médication n'est prescrite en lien avec les facteurs de risque cardiovasculaire en cas de « mauvais » résultats. Seuls

sont conseillés **par les praticiens** des changements au niveau du style de vie et ce après chaque consultation.

♦ Selon Dunbar et al. (2005), les **infirmières** forment une «*large nation de professionnels de la santé*» qui constituent des partenaires stratégiques pour les « Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Heart Disease and Stroke Programs». En effet, les infirmières interagissent avec des personnes/malades tant au niveau des soins primaires, secondaires et tertiaires. Elles représentent un important groupe de professionnels de la santé qui ont une potentielle capacité de faire changer/évoluer les mentalités et donc d'intervenir dans la diminution des comportements à risque auprès de la population.

Si l'on se réfère aux constats d'Albert et al. (2003) (cités par Dunbar et al., 2005) stipulant toute l'importance de mieux prendre en compte la santé cardiovasculaire chez les femmes et que l'on n'oublie pas que les infirmières sont majoritairement des femmes (95%), âgées en moyenne de 45 ans (Health Resource Service Administration, 2002), et présentant des facteurs de risque cardiovasculaire comme l'hypertension (11% des cas), l'hypercholestérolémie (16% des cas), le tabagisme (14%) (Barrett et al., 2000, cités par Dunbar et al., 2005) ; dès lors, on comprend toute l'importance de considérer ces professionnels de santé comme des partenaires à privilégier dans la lutte contre les risques et maladies cardiovasculaires auprès de leurs pairs mais aussi auprès de la population en général et plus particulièrement auprès de toutes les femmes.



« Construction de ponts pour la prévention des maladies cardiovasculaires »

Source : Dunbar et al., (2005), traduit par Libion (2008)

La représentation graphique ci-dessus met en évidence une stratégie de développement d'une plate-forme de partenariats tant à un niveau national que régional. Cette stratégie concerne le champ de la promotion de la santé mais également la prévention des risques et la lutte contre les maladies cardiovasculaires.

Pour les auteurs, cette plate-forme permettrait de développer des objectifs et des stratégies telles que :

- Le développement de campagnes d'information pour « éduquer » le public/la population sur les symptômes et signes d'un infarctus, sur l'importance dans une telle situation d'appeler immédiatement les services médicaux via un n° de téléphone unique et connu de tous (référence à notre « 112 »).
- Le développement d'un partenariat avec les centres de santé pour aider/éduquer la population à mieux suivre l'évolution de leur tension artérielle et plus particulièrement auprès des populations défavorisées.
- La promotion des changements dans le système américain de soins pour l'introduction (et l'utilisation) de guidelines préventifs.
- L'aide à la mise en place de nouvelles « lois » (policies) environnementales qui promeuvent la santé cardiovasculaire.
- La collaboration avec les établissements scolaires pour promouvoir la santé en milieu scolaire.

Les organisations professionnelles d'infirmières peuvent jouer un rôle clef dans la mise en place de ces stratégies car elles sont à même de transmettre l'information, d'éduquer le public, de motiver ce dernier à adopter des comportements de santé préventifs (Dunbar et al., 2005).

Pour ces mêmes auteurs, la clef du succès de la mise en route et de la réalisation concrète de ce modèle passe par :

- Le développement de réels partenariats dans le respect des attentes, des demandes, des besoins exprimés par l'ensemble des partenaires.
- Le développement de liens forts et réels entre les organisations professionnelles des infirmières et le programme de santé cardiovasculaire.

Pour cela, les objectifs à poursuivre plus spécifiquement auprès du corps infirmier seraient par exemple :

- Développer des informations répétitives réactualisant les connaissances des infirmières à propos des risques cardiovasculaires (hypertension, cholestérolémie, symptômes et signes d'un infarctus, conduite à tenir face à un tel événement, etc) sous forme de lettre, de courriel, de site web qui seraient envoyées par les organisations professionnelles à l'ensemble de leurs membres.
- Ces organisations professionnelles pourraient développer un programme axé plus spécifiquement sur la prévention et sur le « comment » réduire les risques cardiovasculaires, programme qui serait mis à la disposition des infirmières. Ce même programme pourrait également inclure les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (evidence-based

guidelines) en matière de prise en charge et de soins à prodiguer aux patients atteints de maladies cardiovasculaires.

- Ces mêmes instances pourraient redoubler d'efforts pour encourager l'ensemble des infirmières à réaliser des activités éducatives auprès des patients et des familles (par exemple : apprendre aux familles à identifier et manager les risques cardiovasculaires).
- Incorporer et prendre appui sur les expertises des infirmières spécialisées en maladies cardiovasculaires dans les programmes de santé publique

2.4. Population précarisée

♦ « Cap oxygène : vers le souci de soi » est une action de promotion de la santé menée par le biais de la **promotion de l'activité physique** et qui s'adresse aux **personnes en situation de précarité**. (Laure et al. (2007)).

Si la pratique régulière d'activité physique contribue « à une diminution du taux de mortalité prématuée », et cela toutes causes confondues, et « à une probabilité moindre d'être atteint de certaines pathologies comme par exemple » le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les coronaropathies, l'obésité, etc, elle favorise également l'estime de soi et permet de réduire stress et anxiété.

D'après Laure et al. (2007), peu d'études jusqu'à ce jour portent sur l'amélioration de la santé par l'activité physique. Les études existantes ne concernent pas la France et elles portent sur une pathologie précise. Hannon et al. (2006), cités par Laure et al. (2007) « ont tenté de diminuer l'inégalité d'accès à une activité physique extrascolaire pour les jeunes issus de quartiers défavorisés de Boston », ceci afin de lutter contre l'obésité. Il semblerait que seule la population masculine ait « profité » de cette action. Quant à Jenum et al. (2006), cités par Laure et al. (2007), après avoir augmenté les niveaux d'activités physiques auprès de 1776 adultes ne bénéficiant que d'un revenu faible dans la ville d'Oslo, ils ont pu constaté une réduction de poids, une diminution des facteurs de risque liés au diabète de type 2 ou à certaines maladies coronariennes.

Mais comme le soulignent les auteurs, ces études évaluent avant tout l'efficacité des actions menées alors qu'il serait également pertinent de s'intéresser à l'efficience des actions réalisées et aux méthodes utilisées.

Dans la région de la Meurthe-et-Moselle, neuf structures accueillant ou hébergeant des personnes en situation de précarité ont été identifiées et ont accepté de participer à l'étude.

Au sein de chaque structure, une dizaine de personnes, des deux sexes, âgées de 16 à 59 ans ont été recrutées sur base volontaire. Ces personnes pouvaient à tout moment décliner l'offre proposée.

Chaque structure a alors bénéficié d'une série de huit séances qui comportaient deux séances consacrées à l'alimentation et six séances consacrées à l'activité physique. Ces animations se sont portées sur une période de plus ou moins six semaines.

Les animations consacrées à l'alimentation comprenaient par exemple des compositions de repas, la préparation de cocktails sans alcool et étaient organisées

par des conseillères en économie, des diététiciennes, des aides sociales et familiales, etc.

Les activités physiques étaient menées par des éducateurs sportifs, diplômés et pratiquant dans des clubs locaux (basket, judo, gymnastique, course d'orientation, etc).

Deux structures n'ont finalement pas pu mener les actions jusqu'au bout et ce pour des raisons indépendantes de leur volonté. Elles ont donc été reportées.

Chacune des animations a compté une moyenne de plus ou moins huit personnes avec une fréquentation plus élevée pour les séances consacrées à l'alimentation.

L'évaluation des séances était réalisée sur la base de deux indicateurs : d'une part, la participation aux séances et d'autre part le degré de satisfaction des participants et des animateurs.

Au terme des séances, il s'avère pour les participants qu'ils ont pu « dépasser » leurs peurs, qu'ils ont trouvé intéressant de pouvoir s'investir dans une activité physique et parfois de se lancer un défi, ils ont apprécié le fait d'avoir pu s'exprimer et d'être écouté, d'avoir l'impression d'entretenir physiquement leur corps et ainsi d'être mis en valeur, etc.

Ils ont également apprécié l'originalité du projet, la qualité des activités proposées. La plupart des participants souhaite désormais poursuivre une activité physique. Enfin, ils ont apprécié la compétence et la gentillesse des intervenants. Ils ont également perçu la dynamique existant entre pairs : possibilité de s'aider mutuellement, l'existence d'un plaisir partagé, la découverte du respect de l'autre, le renforcement d'un esprit d'équipe, etc.

Laure et al. (2007) concluent donc à la faisabilité d'une action de promotion de l'activité physique et de l'alimentation auprès d'une population dite en situation de précarité avec des répercussions positive sur l'état de santé.

Ils mettent toutefois en garde : « *la promotion de la santé de PSP par l'activité physique est possible à la condition de former les intervenants à ce public vulnérable, d'adapter les activités à ses attentes et à ses capacités physiques, de tenir compte des difficultés liées à l'image corporelle et au regard d'autrui et de prévoir la pérennité de l'action* ». (PSP – Personnes en situation de précarité).

2.5. Personnes âgées

♦ **L'hypertension artérielle** est l'un des plus importants facteurs de risque des maladies cardiovasculaires qui est le moins détecté et donc sous traité au sein de la population et plus particulièrement auprès des **personnes âgées**. En effet, dans le cadre d'une étude menée auprès de personnes âgées de 65 à 74 ans, Joffres (1997), cité par Kaczorowski et al. (2008), a mis en évidence auprès de ce public cible que :

- 42% sont hypertendus et non détectés,
- 19% sont informés mais non traités et non suivis
- 23% reçoivent un traitement mais ne sont pas correctement contrôlés
- seuls 16% sont correctement traités et suivis

Or, ce risque peut être facilement maîtrisé par la prévention et l'éducation pour la santé.

De nombreuses études ont permis de mettre en place des programmes d'information/promotion/éducation pour la santé concernant plus particulièrement l'auto-surveillance de la tension artérielle par les personnes âgées.

Le programme de santé cardiovasculaire (The Cardiovascular Health Awareness Program) a pour but d'informer et d'éduquer les personnes âgées à surveiller leur tension artérielle. Ce programme fait appel à toutes les personnes ressources (médecins, pharmaciens, bénévoles, familles, etc) disponibles au sein d'une communauté.

La présente étude randomisée et contrôlée (Kaczorowski et al., 2008) a pour but d'évaluer l'impact d'un tel programme au niveau de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies cardiovasculaires auprès d'un public de personnes âgées vivant au sein d'une communauté de l'Ontario (Canada).

Le dispositif d'évaluation mis en place consiste en :

- 1 groupe témoin, dont les participants poursuivent le suivi médical « classique » (n = non communiqué)
- 1 groupe d'intervention dont les participants bénéficient des actions informatives et éducatives prévues dans ce programme (n= non communiqué)

L'intervention éducative comprend des sessions d'évaluation des facteurs de risque et de la tension artérielle. Pour ce faire, les pharmaciens des communautés sélectionnées sont disponibles tous les matins de la semaine pendant 3 heures et ce durant 10 semaines.

Les volontaires, formés par des éducateurs pour la santé, aident les personnes âgées à prendre leur tension artérielle, donnent des informations sur les facteurs de risque, voire identifient le « type » de profil cardiovasculaire pour chacun.

Avec l'accord de chaque participant, le résultat est envoyé au médecin de famille et au pharmacien.

Les infirmières sont disponibles au téléphone pour répondre, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la tension artérielle des participants. Les pharmaciens sont sollicités pour discuter avec les participants de leur traitement (adhésion, interactions médicamenteuses potentielles, effets secondaires, etc)

3. Dispositifs d'évaluation(s) et résultats

♦ La méta-analyse (22 recherches) réalisée par Nicholson (2000) montre que les programmes et les pratiques de **promotion de la santé cardiovasculaire** menés au sein **d'établissements scolaires** (et plus particulièrement au niveau de l'école primaire) ne produisent pas toujours les effets positifs escomptés en matière de choix de comportements de santé chez les enfants et que les concepteurs de tels projets ainsi que les intervenants ne devraient pas attendre de tels effets de la part du public cible.

Les approches les plus efficaces sont celles qui font appel :

- A la multidisciplinarité des intervenants. On constate que l'apprentissage de comportements de santé sains est plus efficace et l'on relève une amélioration de paramètres physiques chez les enfants participants.
- Aux interventions combinant les facteurs personnels, comportementaux et environnementaux parce qu'il y a un renforcement des messages au travers d'

activités réalisées à la maison, à l'école et au sein de la communauté. Selon Nicholson (2000), combiner ces différents facteurs est pertinent au regard des résultats des évaluations.

- Aux interventions qui impliquent les parents car des évaluations de programmes et pratiques de promotion de la santé montrent que les parents peuvent jouer un rôle important.

♦ Dans le cadre du programme d'intervention instauré dans 15 **écoles secondaires** en Flandre Occidentale, et qui visait la **promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique**, l'activité physique était mesurée au sein de toutes les écoles à l'aide d'un questionnaire auto-administré (FPAQ – Flemish Physical Activity Questionnaire), un index « leisure time physical activity - LTPA » (temps de loisir consacré à la pratique d'activité physique) a également été créé afin de cerner le temps passé à faire de l'exercice, que ce soit dans le cadre d'une activité de loisir ou d'un transport (déplacement). Pour une certaine partie de l'échantillonnage, l'activité physique était également mesurée à l'aide d'un « accéléromètre ».

Les consommations de graisses, de fruits, d'eau, et autres « soft drink » étaient, quant à elles, mesurées à l'aide d'un questionnaire auto-administré de fréquence de consommation (food-frequency questionnaire) développé conjointement par l'Université de Gand et le VIG (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie). Le questionnaire comprenait 48 items reprenant toutes les sources importantes de graisses pouvant exister dans l'alimentation belge.

En ce qui concerne la consommation de fruits, d'eau et autres « soft drink », un questionnaire concernant la fréquence de consommation de nourriture développé en milieu scolaire et validé par Verrecken et Maes (2003) a été exploité.

Les résultats obtenus au terme de ces deux années d'intervention ont été jugés plus que satisfaisants. En effet, ils démontrent les effets positifs des interventions sur la pratique de l'activité physique tant chez les filles que chez les garçons et sur la consommation de graisses mais uniquement auprès des filles. L'implication des parents ne semble pas avoir eu d'impact sur les comportements observés. Haerens et al. (2006) concluent dès lors que l'activité physique et les comportements alimentaires des jeunes fréquentant l'école secondaire peuvent être améliorés par l'élaboration de stratégies en milieu scolaire combinant des interventions environnementales et personnelles. L'utilisation de programme d'intervention personnalisé via l'outil informatique s'adressant à un public d'adolescents semble être promis à un bel avenir mais devrait toutefois encore être plus investigué.

♦ Ronda et al. (2004) présentent les résultats d'un programme éducatif de **réduction des risques des maladies cardiovasculaires** via la promotion d'une alimentation moins grasse auprès d'**adultes** et plus particulièrement auprès d'**adultes âgés de plus de 55 ans**.

Comme stipulé plus en avant dans le présent dossier, ce programme prévoit des évaluations à différents niveaux, ceci afin d'améliorer la santé :

- Au niveau des comportements à risque : les indicateurs utilisés sont par exemple : la réduction des apports de graisses, la réduction de la consommation de tabac, l'augmentation des exercices physiques.
- Au niveau des déterminants psychosociaux : via l'utilisation d'indicateurs tels que : les attitudes, les influences sociales, etc.

- Au niveau des activités de prévention appropriées : les indicateurs sont par exemple : le nombre d'activités réalisées, leurs effets auprès du public cible, etc.

Enfin, pour parfaire ces évaluations, une méthode de triangulation est utilisée. Elle consiste en l'usage de plusieurs méthodes permettant la mesure d' indicateurs et/ou de variables identiques.

Voici un aperçu des processus d'évaluations et des outils de collectes de données utilisés.

Processus	Outils d'évaluations	Source
Evaluation au niveau des structures participantes : <ul style="list-style-type: none"> - Communautés - Comités Santé - Contrôle de qualité par des experts formateurs, des membres des comités de santé qui collaborent dans ce projet 	Guide d'entretien semi structuré et réalisé en individuel Guide d'entretien structuré et utilisé lors d'entretiens téléphoniques + entretien en individuel + relecture des PV des réunions	Responsable du projet Tous les membres des comités de santé Organisateurs des activités de prévention
Au niveau des principales communautés en termes de : <ul style="list-style-type: none"> - participation aux collaborations intersectorielles à long terme - approche sociale : utilisation de multi-média, de multiples méthodes de stratégie, de stratégie environnementale, d'activités adaptées en fonction de différents publics cibles 	Entretiens semi structuré en individuel Guide d'entretien structuré et utilisé lors d'entretiens téléphoniques + entretiens en individuel Questionnaire + utilisation de ce questionnaire remanié en post test . Envoi des questionnaires par mail + relecture des PV de réunions	Equipe responsable du projet et membres des comités de santé Organisateurs des activités Les participants aux activités + un échantillon de la population globale

Activités de prévention : <ul style="list-style-type: none"> - caractéristiques pour chaque activité -caractéristiques des participants + satisfaction des participants par rapport aux activités + effets immédiats -connaissance du projet et de ses activités + participation à ces dernières 	Guide d'entretien structuré et utilisé lors d'entretiens téléphoniques + entretiens en individuel Questionnaire auto - administré Questionnaire post test auto - administré pour évaluer les effets du projet. Ce projet est envoyé par mail.	Organisateurs des activités Participants (public cible) Echantillon réalisé sur la population générale.
---	---	---

Source : Ronda et al. (2004), traduit par Libion (2008)

Ces différentes évaluations montrent que ce projet est globalement bien organisé mais certains éléments de programmation peuvent être améliorés (notamment la qualité de la communication entre les partenaires, le manque d'espace, le manque de personnel ou la mise en place post-posée de formation par les experts). Ces manquements ont parfois semé le doute chez les participants quant au bien-fondé de la collaboration avec les experts.

♦ Les résultats de l'étude menée par Frenn et al. (2003) montrent que les élèves ayant bénéficié de l'**intervention éducative** consommeraient significativement ($p<0,05$) moins de graisses et feraient plus d'exercice physique que les élèves qui n'ont bénéficié d'aucune activité éducative. Pour cette évaluation, l'indicateur utilisé était la quantité de lipides consommés quotidiennement. L'objectif visé était une consommation de graisses égale ou inférieure à 30% de la totalité des calories contenues dans les denrées consommées par jour. Enfin, cette évaluation a été réalisée à partir du descriptif des aliments consommés par chaque participant (sur base de déclarations, sans autres « contrôles ni observations »).

♦ Comme le signalent Dunbar et al. (2005) qui se sont intéressés aux **infirmières comme public ressource** dans la **lutte contre les maladies cardiovasculaires**, des évaluations seraient indispensables et elles concerneraient tous les niveaux du modèle « *Construction de ponts pour la prévention des maladies cardiovasculaires* » (cfr schéma page 23) pour in fine, évaluer l'impact réel de ce programme auprès des publics cibles en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies cardiovasculaires, de la diminution de l'obésité au sein de la population, de la diminution du tabagisme, de l'hypercholestérolémie, etc. et ce au travers de la collecte de ces données à long terme.

Par exemple :

- Une évaluation de processus dont les indicateurs seraient :

- Les activités mises en place, avec quels résultats pour implémenter le programme,
- La coordination entre les partenaires, la participation effective des partenaires, l'implication de ceux-ci dans les prises de décisions, le degré de satisfaction, etc.
- Une évaluation des acquis des infirmières et du public en termes de connaissances, attitudes, comportements.

♦ Ce programme de promotion **de l'activité physique auprès des femmes iraniennes** (Pazoki et al., 2007) est évalué à différents niveaux :

- 1) Evaluation de l'état de santé et mise en évidence des éventuels facteurs de risque cardiovasculaire auprès de chaque participante via l'utilisation du questionnaire WHO MONICA (Prineas et al., 1982, cités par Pazoki et al., 2007)
- 2) L'activité physique des participantes est évaluée au travers d'un questionnaire rempli chaque jour par les participantes et ce durant toute la durée de ce programme (8 semaines). Ce questionnaire est basé sur le BRFSS (USA, CDC, 2002) et le questionnaire CINID (Prineas et al., 1982 ; Chaudhury et al., 1996, cités par Pazoki et al., 2007) conçu pour évaluer cette activité physique dans le cadre des maladies cardiovasculaires.
- 3) L'évaluation des connaissances acquises par les participantes a été testée par un questionnaire mis au point par les auteurs de cette étude. Ce questionnaire totalise 49 items :
 - a. 29 items concernent les connaissances par rapport à l'alimentation.
 - b. 10 items sont consacrés à l'activité physique.
 - c. 8 items explorent les connaissances sur le tabagisme.
 - d. 2 items envisagent les connaissances générales sur la santé cardiovasculaire.

Dans le cadre de cette étude randomisée et contrôlée, le dispositif d'évaluation consiste en :

- 1) Un groupe témoin (n=179) qui ne « profite » pas de l'intervention éducative mais bien d'un dépistage santé (dépistage du diabète, de l'hyperlipidémie, examen cardiaque pour détecter d'éventuels troubles cardiaques).
- 2) Un groupe d'intervention (n=179) qui participe durant les 8 semaines au programme éducatif et qui bénéficie également du même dépistage santé.

Les résultats de ces évaluations mettent en évidence, par exemple, qu'en fin de programme dans le groupe d'intervention, on constate :

- 1) Une augmentation significative de l'activité physique (3% en début de programme et 13,4% en fin de programme) ($p<0.0001$) tandis que dans le groupe témoin, aucun changement n'est observé (2,7% en début de programme et 3% en fin de programme)
- 2) Une augmentation significative du nombre de minutes accordées à l'activité physique par semaine (moyenne 139,81, SE=23,35) ($p<0.0001$) tandis que dans le groupe témoin cette moyenne est de 40,14 (SE =12,68)

Ces résultats montrent que :

- 1) Une intervention basée sur les méthodes d'une recherche action sont porteuses de changements dans l'adoption de comportement de santé à court

terme. Les auteurs signalent qu'il serait important de réaliser une autre étude pour vérifier si ces changements se consolident dans le temps.

- 2) Solliciter, encourager la participation active du public-cible est réalisable, efficace même auprès d'un public peu scolarisé.
- 3) La dynamique participative du public-cible favorise et encourage l'entraide entre les participantes et les autres femmes d'une communauté et, in fine, touche un grand nombre de personnes. Donc, cette dynamique participe également à la promotion, voire à l'adoption et/ou au renforcement de comportements de santé cardiovasculaire au sein d'une plus large communauté.
- 4) Qu'il est possible de mener un programme de santé cardiovasculaire au sein d'infrastructures existantes et propres à chaque communauté lorsque, tout au long de l'intervention, on est attentif aux attentes, aux demandes, aux questionnements, etc. du public ultime.

♦ Hannon et al. (2006) ne fournissent aucune information quant aux méthodes utilisées pour l'évaluation de ce **programme de promotion de l'activité physique** destiné aux **jeunes les plus démunis** de la ville de Boston.

Voici quelques résultats qui concernent l'année 2000 :

- Approximativement, 67% des garçons de Boston (n = non précisé par les auteurs) et 33% des filles (n= non précisé) ont participé à des activités sportives extra scolaires.
- Le taux le plus important de fréquentation aux activités sportives concerne les jeunes âgés de 11 à 14 ans.
- L'aménagement des heures d'ouverture des infrastructures sportives a permis également aux parents de disposer de plus de temps pour accompagner leurs enfants.

♦ Les résultats de l'étude réalisée par Wiesemann et al. (2004) et concernant les **facteurs de motivation des patients à l'égard d'un style de vie plus sain** dans une petite communauté, montrent par exemple que :

- L'adhésion des participants/patients au programme d'éducation pour la santé, mis en place par les auteurs, est plus lié au degré de motivation qui fluctue en fonction de l'âge (plus les patients avancent en âge, plus ils s'impliquent dans les activités de prévention) et de leur niveau éducatif et moins au « genre » de ces derniers.
- Pour la majorité des participants, et tout particulièrement en ce qui concerne la pratique d'exercices physiques, retrouver et/ou maintenir sa forme physique, y prendre du plaisir sont leurs principales sources de motivation.
- Les patients actifs et plus âgés impliqués dans ce programme identifient d'autres raisons de motivation telles que : limiter les soucis de santé, accorder plus d'importance à sa santé, donner un « autre » sens à sa vie, diminuer l'anxiété, etc. Ces raisons sont plus spécifiquement invoquées par les femmes (40%).
- Seulement 20% des patients concernés identifient des difficultés de participation liées par exemple au manque de temps (10% d'entre eux), aux changements dans leur vie (pour 13% d'entre eux - changer de travail, obligation de prendre soin des autres, etc.).

- Les facteurs qui favorisent la participation au programme sont par exemple : s'amuser lors des activités de groupes, avoir un sentiment positif de faire quelque chose pour sa propre santé, un faible coût financier pour la participation à des activités ainsi qu'une accessibilité aisée aux infrastructures.

♦ L'étude de Muto et al., (2001) concernant la **prévention des maladies cardiovasculaires chez les ouvriers du bâtiment** montre, par exemple qu'après 6 mois post programme, les participants du groupe d'intervention ont :

- Significativement de meilleures constantes biologiques (glycémie, BMI, taux de cholestérol total, etc.) ($p<0.001$) que les participants du groupe témoin ($p=0.029$). De plus, cette différence entre les 2 groupes se consolide dans le temps (mesures faites 18 mois post programme)
- Qu'en début de programme, les participants étant en surpoids et/ou ayant un taux de cholestérol élevé ont, en fin d'étude, perdu plus de poids ($p<0.001$), que les participants du groupe témoin (0.035).

4. Recommandations des auteurs

♦ A l'issue de l'étude menée au Australie auprès de **seniors à risque** et sur base de leurs déclarations, Sullivan et al. (2008), signalent que le succès d'un programme est renforcé si ce dernier :

1. Est intégré ou soutenu par les services de santé et particulièrement par le(s) médecin(s) généraliste(s).
2. Insère des composantes sociales (particulièrement en ce qui concerne les femmes).
3. Produit des bénéfices à long terme ; les messages visant les effets à long terme et les messages d'appel peuvent se renforcer s'ils sont introduits de manière complémentaire.
4. Insère de l'information pertinente et pratique pour l'individu sur le plan des changements à mettre en œuvre.
5. Tient compte des sources d'information privilégiées par le public cible, à savoir :
 - a. Le médecin généraliste est considéré et reconnu comme LA personne «source» d'informations fiables. Dans certains cas, des seniors interrogés déclarent vérifier les informations reçues par d'autres sources (les amis, les médias, l'Internet, la bibliothèque) auprès de leur médecin généraliste.
 - b. Des demandes d'informations compréhensibles ne concernant pas uniquement des aspects médicaux.

Selon les seniors interrogés, leur participation à un programme de prévention des accidents cardiovasculaires dépend aussi d'éléments tels que :

1. L'intérêt et la perception des bénéfices qu'ils peuvent tirer suite à une éventuelle participation au programme
2. La perspective de pouvoir aider quelqu'un d'autre,
3. L'intérêt que la personne accorde à sa propre santé
4. Le sentiment de menace perçu par le senior d'être un «candidat à risque »

C'est pourquoi, Sullivan et al. (2008) recommandent de prendre en considération ces dimensions dans les programmes de promotion.

Cette étude met également en évidence que les seniors interrogés souhaitent obtenir des informations générales mais aussi, voire surtout, obtenir des informations personnalisées sur les actions à mettre en place, sur le comment les mettre en œuvre. Cela concerne :

- Les facteurs de risque et la prévention.
- L'impact des accidents vasculaires.
- Le style de vie et de nutrition sain à adopter.
- Les signes et symptômes d'un accident vasculaire.

Cependant, il est à noter que certains seniors ne souhaitent pas obtenir d'information car un nombre élevé d'entre elles (nombre non précisé par les auteurs) sont « fatalistes ». Ils pensent qu'un « accident cardiaque » ne peut être prévenu suite à des messages, à des conseils de prévention. C'est pourquoi, Sullivan et al. (2008) insistent sur la nécessité de renforcer les compétences d'auto-efficacité lors des programmes de prévention.

♦ Suite au travail d'analyse regroupant 22 recherches publiées entre 1986 et 1998 concernant des **programmes et pratiques de promotion de la santé cardiovasculaire à l'école primaire**, Nicholson (2000) relève que les facteurs les plus évoqués sont les facteurs de risque comportementaux. Toutefois, sont également cités, comme ayant un rôle significatif sur les comportements de santé de l'enfant : l'engagement de la famille et de la communauté.

Cet auteur recommande qu'il y ait davantage de recherches sur la promotion de la santé incluant la famille, sur l'examen du rôle des infirmières dans la promotion de la santé de l'enfant, sur les obstacles à la mise en œuvre des programmes.

En effet, selon Nicholson (2000), les recherches actuelles ne donnent pas/peu de réponses aux questions/obstacles suivants :

- Concrètement, quel est le rôle clé à jouer pour amorcer, renforcer et ou maintenir des changements de comportements de santé sains tout en y incluant les parents ? Répondre à une telle question implique de sortir des initiatives traditionnelles et de faire preuve de créativité dans la création d'un programme de prévention de santé cardiovasculaire.
- Comment mieux pointer les éventuels écarts et /ou les incohérences existants dans un système de soins ?
- Comment améliorer l'analyse des facteurs de risques de maladies ?
- Comment s'impliquer davantage dans la mise en œuvre et dans l'application à plus long terme des programmes de dépistage ?
- Concrètement, en tant que professionnels de santé, et plus particulièrement en tant qu'infirmières, comment mieux s'impliquer dans le développement des politiques en matière de santé ? Mais également, comment ces professionnels de santé peuvent-ils encourager l'implication de la communauté ainsi que celle des parents dans la mise en œuvre de programmes de dépistage ?
- Comment aider et soutenir ces professionnels de santé pour créer et développer du matériel informatif et didactique qui tienne compte des références, des aspects culturels présents au sein de la population (américaine) ? La même question se pose en ce qui concerne le développement d'interventions holistiques en éducation pour la santé et en prévention primaire.

- Comment aider les infirmières à soutenir, à consolider, à pérenniser les programmes d'éducation pour la santé en milieu scolaire ?
- Concrètement, comment aider les infirmières scolaires à remplir un rôle d'éducatrice pour la santé, de promotrice de programmes éducatifs et préventifs, voire un rôle de chercheur dans ce domaine ?
- Comment aider ces soignants à devenir/être l'avocat des droits de l'enfant en ce qui concerne leur droit d'être en sécurité, d'être informé, d'être en santé au travers des messages de santé positifs et consistants ?

A la lecture de ces questions, on constate, qu'outre les implications pour la recherche, Nicholson (2000) vise surtout à mieux cibler des implications futures pour aider, guider les infirmières, et plus particulièrement les infirmières scolaires, dans l'amélioration de leur travail en tant qu'éducatrices pour la santé.

♦ Dans le cadre du programme régional de **prévention des maladies cardiovasculaires** (région de Maastricht, Pays-Bas, 1998) qui avait pour objectif de réduire les risques de santé liés à ces maladies (diminuer la consommation d'aliments gras, favoriser la pratique d'exercices physiques, arrêter le tabac, etc), Ronda et al. (2004) ont émis certaines recommandations. Elles concernent une meilleure prise en compte des aspects environnementaux qui nécessitent la mise en place de stratégies environnementales pérennes telles que :

- Une accessibilité financière et pratique (heures d'ouverture des infrastructures, large choix d'activités sportives, etc.) des activités physiques et plus particulièrement pour les groupes de populations défavorisées.
- Le développement et l'implantation de très nombreuses activités et informations focalisées sur « le bien manger », sur des exercices physiques et le bien fondé d'un suivi régulier de ceux-ci, etc.
- Des interventions éducatives de qualité et plus précisément lorsque ces dernières sont destinées à des interventions « individuelles », elles doivent être pensées, adaptées concrètement aux attentes, aux demandes et aux besoins de la personne cible. C'est pourquoi, selon les auteurs, la prise en compte des déterminants psychosociaux propres à chaque participant est importante car elle permet de « tailler » les actions éducatives pertinentes.

♦ L'étude réalisée par Wiesemann et al. (2003) a pour but d'explorer les **motivations/difficultés des patients**, issus d'une petite communauté allemande, à adopter des **comportements cardiovasculaires sains**.

Pour cela, les participants ont été invités à adhérer à un programme de prévention des risques de maladies cardiovasculaires réalisé par leur médecin généraliste.

Ce programme a été créé sur base d'un modèle de compréhension des comportements de santé (Health Belief Model - HBM)

Ces auteurs recommandent de :

- Tenir compte des facteurs psychosociaux pour développer des programmes éducatifs.
- Tirer parti de l'expertise du médecin traitant qui est familier avec les problèmes individuels et les ressources de santé de chaque patient. Il est capable d'évaluer les ressources du patient afin de promouvoir l'empowerment mais aussi de limiter certains freins de ce dernier.

♦ A l'issue de l'étude concernant les personnes âgées à risque de maladies cardiovasculaires, Kaczorowski et al. (2008), constatent que bien souvent on oublie d'impliquer les ressources locales comme par exemple les organisations, les associations, les professionnels de santé, etc, bref, de concevoir la participation communautaire en terme de ressource(s) disponible(s) et de «l'exploiter» dans les programmes de promotion de la santé.

♦ Suite au programme de prévention des maladies cardiovasculaires destiné aux travailleurs oeuvrant dans la maintenance des bâtiments/immeubles (Japon), Muto et al. (2001) recommandent que les conseils de prévention soient en lien avec les stratégies des programmes de promotion de la santé cardiovasculaire.

C'est pourquoi :

- Une approche globale des différents facteurs de risque est à mener dans un même temps. En effet, un employé qui s'engage dans un comportement lié à un risque peut s'engager dans des comportements de santé à risque pour d'autres facteurs de risque.
- Une telle approche globale des différents facteurs de risque offre une plus grande opportunité d'attirer les personnes à haut risque au travers de la diversité de l'offre des activités et in fine, d'augmenter la participation voire l'adhésion du public-cible à un programme de prévention.
- De plus, cette approche permet à chaque participant d'une part, de choisir le facteur de risque sur lequel il veut intervenir/agir et d'autre part, de définir ses objectifs personnels en vue d'améliorer ses comportements de santé.

Pour obtenir l'efficacité à long terme d'un tel programme de prévention, il est indispensable de concevoir/percevoir/utiliser les lieux de travail en tant qu'unités sociales et environnementales, tout en étant extrêmement attentif à l'environnement psychosocial de travail et notamment d'un point de vue socio-écologique. L'opportunité de capitaliser les ressources de soutien social des lieux de travail en communauté est une des finalités attractives des programmes de santé au travail.

Il est également important que de tel programme soit financé par l'entreprise, que chaque participant reçoive une attention particulière de son superviseur qui doit encourager le sentiment d'être « un employé de grande valeur » et donc important pour et au yeux de l'entreprise.

Le succès du programme dépend également de l'utilisation de plusieurs méthodes éducatives telles que :

- La dynamique de groupe afin de motiver les participants dans l'atteinte de leurs propres objectifs d'amélioration de leurs comportements de santé et, in fine, d'une qualité de vie.
- Prévoir des moments de « self-education », c'est-à-dire des temps de réflexion individuelle pour permettre à chacun d'analyser, de comprendre son propre mode de vie en lien avec les facteurs de risques cardiovasculaires.

Enfin, Muto et al. (2001) signalent qu'un suivi individuel et par famille réalisé par les infirmières et un superviseur de l'employé est d'un grand soutien pour le public cible dans le consentement et le renforcement des changements de mode de vie.

♦ Frenn et al.(2003) citent l'étude de Contento et al. (1995) afin de souligner l'efficacité reconnue des **actions menées à l'école** permettant de **réduire la consommation de graisses**. Alors que ces interventions sont généralement considérées comme requérant beaucoup de temps et de moyens, les auteurs constatent que leur action a été efficace au terme de 4 sessions seulement, parce que le contenu des sessions était adapté au stade de changement des élèves. La conclusion montre qu'il est possible de réduire le nombre d'interventions si leur contenu est adapté au stade de changement des élèves et si les élèves aux stades plus avancés sont impliqués pour l'éducation de leurs pairs aux stades moins avancés.

♦ Pour Thomas (2006), il est difficile d'établir un lien direct entre **obésité** ou surpoids chez **l'enfant** et obésité/surpoids à **l'âge adulte**. En effet, sa **méta-analyse** réalisée à partir de **57 études randomisées** et contrôlées montre que :

- 15 études/57 établissent un lien direct entre obésité chez l'enfant et obésité à l'âge adulte et le risque pour un enfant obèse de devenir/rester obèse à l'âge adulte est de 2-6,5 fois plus important que pour un enfant ayant un poids normal. Cependant, un important nombre d'adultes obèses (> 50%) ne l'était pas durant l'enfance (Serdula et al., 1993).
- L'étude de Wright et al., (2001), montre que les enfants obèses seront des adultes qui risquent de souffrir de symptômes à haut risque de maladies chroniques (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète)

Thomas (2006) propose une série de recommandations en terme de stratégie préventive :

Mettre en place des stratégies de prévention de ces risques pour **TOUS** les enfants et adultes en surpoids et/ou obèses comme par exemple :

- la promotion de l'exercice physique combiné avec la promotion d'une alimentation saine (DiPietro et al., 1998 ; Sletz et al., 2004 ; Jakicic et al., 2005, cités par Thomas, 2006)
- en terme de stratégie, l'activité physique doit permettre de créer un réel mode de vie où l'exercice physique est perçu comme un « partenaire de santé » à part entière et où sa pratique est toujours accessible quel que soit l'âge et le lieu. (Gordon-Larsen et al., 2004 cités par Thomas, 2006). Pour ces auteurs, la meilleure stratégie préventive consiste à « éduquer » les enfants dès le plus jeune âge et l'école semble être le lieu à privilégier.

Thomas propose également un modèle théorique explicitant le contexte du surpoids et de l'obésité

- Il s'agit d'un modèle d'approche de la population par maladie chronique (« a population-based approach to chronic illness ») adapté à l'obésité et suggéré par Egger et Swinburn, (1997) (cités par Thomas, 2006). De son côté, le « National Health and Medical Research Council » australien (1997) et le « Community Framework for the Prevention of Obesity » canadien (2001) suggèrent l'utilisation d'un modèle similaire qui tienne compte de modèles écologiques de prévention de l'obésité.

Ces modèles suggèrent qu'il existe 3 types de facteurs qui influencent le poids/obésité, à savoir :

- les aspects biologiques et génétiques qui sont importants mais qui ne sont pas les seuls éléments explicatifs des prises de poids constatées au niveau international. De plus, ces aspects sont peu modifiables.
- Par contre, les facteurs comportementaux et les influences environnementales sont des aspects sur lesquels des activités de promotion/prévention peuvent influencer la perte de poids et/ou le maintien de ce dernier. Les facteurs comportementaux concernent par exemple : les habitudes, les émotions, les connaissances, les attitudes et les croyances.

Les facteurs environnementaux concernent 3 domaines : physique, économique et socio-culturel. Ces 3 domaines sont eux-mêmes sous l'influence d'une part, de macro facteurs qui affectent toute la population, à savoir : les lois/règlements régissant l'alimentation au sein d'une nation, les subsides et/ou taxes sur l'alimentation, les traditions culinaires et d'autre part, sous l'influence de micro facteurs qui touchent l'individu comme le coût d'un équipement sportif et le coût financier pour la pratique d'activités physiques, les activités sportives familiales et/ou celles pratiquées par ses pairs.

C'est pourquoi, Thomas, (2006) suggère d'utiliser un tel modèle qui prenne en compte ces 3 types de facteurs pour la conception et la mise en place de programmes de promotion/prévention de l'obésité. De plus, pour cet auteur, afin d'obtenir des résultats positifs en termes de prévention, il est important que l'implémentation de tels programmes de prévention se fasse dans de multiples lieux variés. Thomas (2006) insiste sur la nécessité de prévoir (et de créer) des interventions de prévention primaire de l'obésité destinées aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes. Pour cela, le lieu à privilégier est le monde scolaire et ce pour 2 raisons principales : (I) tous les enfants de pays industrialisés fréquentent un établissement scolaire pendant de longues années ; (II) les enfants issus de groupes à risque de maladies et/ou à facteurs de risque de maladies cardiovasculaires seront « touchés » par ces interventions de prévention sans pour autant être stigmatisés aux yeux de leurs camarades. Cependant, Thomas (2006) insiste également pour que ces activités de prévention se poursuivent également en dehors du monde scolaire. Il pointe ainsi le rôle primordial de la communauté pour la promotion de l'activité physique au sein de toute la population

En ce qui concerne les évaluations des programmes consacrés à la prévention de l'obésité, la méta-analyse de 57 études réalisée par Thomas (2006) met en lumière que les résultats des évaluations de ces 57 programmes de prévention sont peu porteurs de changements statistiquement significatifs. En effet, sur 25 programmes (parmi les 57) promouvant plus spécifiquement l'activité physique et l'adoption d'une alimentation équilibrée, une seule étude a démontré des différences significatives des données cliniques ! (diminution du BMI par exemple).

L'auteur constate également que même en cas de résultats statistiquement différents en post intervention immédiat, peu d'études prévoient un suivi post intervention à plus long terme et donc, qu'il est impossible d'évaluer s'il y a consolidation de changements positifs observés en post test immédiat à plus long terme

Il est donc urgent de prévoir des évaluations à plus long terme afin de mesurer l'efficacité des interventions préventives

Enfin, si les 57 programmes concernés par cette analyse impliquent des enseignants formés à mener des activités prévues dans les programmes de prévention de l'obésité auprès d'enfants/jeunes, il semble peu courant de voir l'implication des directions de ces établissements dans la mise en place d'éléments facilitateurs d'adoption de comportements de santé par les enfants.

Par exemple, en ce qui concerne :

- L'implication du personnel des cantines scolaires dans des propositions et choix de menus/d'aliments plus sains.
- L'implication des professeurs de gymnastique en tant que personne ressource pour les autres enseignants et/ou élèves ou encore en tant que superviseur d'activités éducatives.
- Mettre à disposition des enseignants plus de périodes consacrées à la réalisation d'activités éducatives/préventives. Par exemple, parmi ces 57 études, certains programmes prévoient 5 interventions tandis que d'autres en prévoient 39 !. Les mêmes écarts se constatent à propos de la durée dans le temps de ces actions, de 5 interventions par année à 20 interventions en 7 semaines !

Thomas fait toutefois mention d'un certain nombre de biais dans le cadre de son étude. Il note l'existence de biais au niveau :

- de la présentation des échantillons : nombre total de personnes contactées, nombre de personnes ayant refusé de participer, nombre de personnes ayant abandonné le programme, etc.
- Rares sont les études qui stipulent et prennent en compte le niveau d'activité physique des participants ainsi que leurs habitudes alimentaires lors des analyses comparatives entre groupe témoin et groupe d'intervention.
- Les aspects culturels, les statuts socio-économiques des participants sont rarement pris en considération dans l'analyse et l'interprétation finales des résultats. Par exemple, l'une des conclusions des travaux de Drewnowski et Specter, (2004) (cités par Thomas, 2006) met en évidence que l'obésité et le statut socio-économique sont inversement proportionnels

Il s'agira donc de mener des études qualitatives auprès d'enfants/adolescents et leur famille afin de mieux déterminer les facteurs qui influencent réellement les comportements de santé vis – à – vis de la lutte contre l'obésité. Les résultats de ces études permettraient de mieux cibler des contenus de programmes préventifs/éducatifs porteurs de changements aux sein des populations cibles.

Enfin, dernier constat, les plus fréquentes théories utilisées pour construire des programmes préventifs/éducatifs sont d'une part, la théorie de l'apprentissage socio-cognitif et d'autre part, la théorie écologique. Selon Thomas (2006), il est possible que la combinaison de plusieurs théories soit nécessaire pour développer des interventions préventives/éducatives plus efficaces et plus pertinentes en termes d'évaluations.

L'auteur recommande dès lors :

- De créer et mettre en place des programmes de prévention de l'obésité qui testent effectivement l'impact des actions mises en place au niveau des aspects économiques, socioculturels et environnementaux en y intégrant l'influence des facteurs de niveau macro et micro, c'est-à-dire des études qui tiennent compte également des avis/décisions des politiciens, des professionnels de santé, des enseignants et des représentants de groupes de population concernés par les programmes. Dans la dynamique de création et de mise en place de programmes, toutes ces personnes citées sont à considérer comme de « potentiels chercheurs ».
- D'homogénéiser la durée des interventions dans le temps, le nombre de sessions éducatives, etc. afin de pouvoir comparer l'efficacité des programmes.
- De mieux cerner le nombre et l'implication des parents dans et autour d'activités éducatives prévues dans les programmes.
- De comparer les résultats d'interventions réalisées par des enseignants formés versus enseignants non formés à l'animation de sessions éducatives. Ces comparaisons permettraient de mettre en évidence l'éventuel besoin de formation des enseignants. Les résultats issus de ces comparaisons pourraient également être à l'origine de décisions politiques en termes de qualification requise pour les enseignants/professionnels de santé impliqués dans des programmes de promotion/prévention de l'obésité auprès d'enfants/adolescents/jeunes adultes.

5. Conclusions

Au terme de cette revue de littérature, plusieurs constats s'imposent.

L'amélioration et la promotion de la santé cardiovasculaire, enjeu majeur de santé publique s'il en est, passent par une responsabilisation citoyenne, communautaire et politico-sociale. En effet, il ne suffit pas/plus de faire porter la seule responsabilité aux individus. Le seul exemple de la lutte contre le tabagisme permet d'étayer ces propos. L'augmentation du prix du tabac, les interdictions de fumer dans la plupart des lieux publics, la législation en matière de publicité contribuent progressivement à une modification des habitudes tabagiques. Les autorités et les pouvoirs publics et politiques doivent donc poursuivre les efforts déjà entrepris dans ces nombreux domaines.

Il est important de favoriser la multidisciplinarité des intervenants mais également de privilégier les collaborations et les synergies entre les différents secteurs en lien avec la santé cardiovasculaire (secteurs associatifs, politiques, socio-économiques, médicaux et paramédicaux, etc). Apprenons également à tirer meilleur parti de tous les acteurs et ressources disponibles au sein des communautés.

Une meilleure coordination de tous les partenaires avec leur pleine participation et l'implication des bénéficiaires est indispensable et ce dès le démarrage du projet/processus. Enfin, il faut favoriser la multiplicité des lieux d'action et ce pour tous et tout mettre en oeuvre pour permettre de faciliter des choix favorables à la santé (garantir l'accessibilité à une alimentation saine, initier des parcours de santé,

proposer des infrastructures abordables pour les activités de loisirs et d'exercice, etc).

Envisager la promotion de la santé cardiovasculaire ne peut se faire que dans une approche holistique de promotion de la santé incluant à la fois les facteurs personnels, comportementaux et environnementaux.

De nombreuses activités n'ont jusqu'à présent bénéficié que de peu d'évaluations, celles-ci étant d'ailleurs souvent envisagées à très court terme. De plus, il s'agit surtout d'évaluation portant sur l'efficacité des actions entreprises alors qu'évaluer l'efficience des actions et des méthodes utilisées ainsi que leur pérennisation serait tout aussi pertinent.

Il reste important d'aborder la prévention et la promotion de la santé cardiovasculaire dans une approche globale de promotion de la santé et de développement durable.

6. Bibliographie

Barnett E., Anderson T., Blosnich J., Halverson J., Novak J., (2005), Promoting cardiovascular health: from individual goals to social environmental change, American Journal of Preventive Medicine, 29 5S1, pp. 107-112.

Charte européenne pour la santé du cœur, (2007), 8 pages, in <http://www.heartcharter.eu/dowload/French.pdf>

C.E.E., (2007), Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité, 13 pages, in <http://www.senat.fr/uc/pac/E3556.html>

De Bock C., Berghmans L., (2007), Plan communautaire opérationnel – Le volet santé du cœur, Education Santé, 228, novembre 2007, pp. 10-17.

Dunbar S.B., Mensah G.A., Labarthe D.R., (2005), Building Bridges : A partnership between professional nursing and the Centers for Disease Control and Prevention to reduce the burden of heart disease and stroke., American Journal Preventive Medicine, Volume 29, n° 5S1, pp 122-127.

Frenn M., Malin S., Bansal N., (2003), Stage-based interventions for low-fat diet with middle school students, Journal of Pediatric Nursing, Vol. 18, n° 1, pp. 36-45.

Haerens L., Deforche B., Maes L., Cardon G., Stevens V., De Bourdeaudhuij I., (2006), Evaluation of a 2-year physical activity and healthy eating intervention in middle school children., Health Education Research, Vol. 21, n° 2, pp. 911-921.

Hannon C., Cradock A., Gortmaker S.L., Wiecha J., El Ayadi A., Keefe L., Harris A., (2006), Play across Boston : A community initiative to reduce disparities in acces to after-school physical activity programs for Inner-city youths, Prevention Chronic disease, Public Health Research, Practice, and Policy, Vol. 3, n° 3, July, 8 p., in http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/jul/05_0125.htm

Hanselmann H., Somaini B., Wüst R., Baumer F., (2006), „Poids corporel sain“, Bases pour un programme d'action cantonal, Promotion Santé Suisse, Département de la santé du canton de St-Gall, in <http://www.promotionsante.ch>

Jabbour S., Nishtar S., Prabhakaran D., Chockalingam A., Achutti A., Agrawal A., Luna M., Garofalo F., Wielgosz A., (2003), Information and communication technology in cardiovascular disease prevention in developing countries: hype and hope. Report of the International Collaboration on Information Use in Cardiovascular Health Promotion in Developing Countries, International Journal of Cardiology, 92, pp. 105-111.

Kaczorowski J., Chambers LW., Karwalajtys T., Dolovich L., Farrell B., McDonough B., Sebaldt R., Levitt C., Hogg W., Thabane L., Tu K., Goeree R., Paterson JM., Shubair M., Gierman T., Sullivan S., Carter M., (2008), Cardiovascular health awareness program (CHAP) : a community cluster-randomised trial among ederly Canadians, Preventive Medicine, article in Press.

Laperche J., (2007), La « promotion » de la santé cardiovasculaire, mais encore ?, Education Santé, n° 225, août 2007, pp. 163-165.

Laure P., Bordas S., Decrion J., (2007), « Cap oxygène : vers le souci de soi ». Une action de promotion de la santé par l'activité physique auprès des personnes en situation de précarité. Santé publique, Vol. 19, n° 6, pp. 525-533.

Muto T., Yamauchi K., (2001), Evaluation of a multicomponent workplace health promotion program conducted in Japan for improving employees'cardiovascular disease risk factors., Preventive Medicine, 33, pp. 571-577.

Nicholson, S.O (2000), the effect of cardiovascular health promotion on health behaviors in elementary school children : An integrative review, Journal of Pediatric nursing, vol.15, n° 6, pp. 333-355.

Office Fédéral Suisse, (2008), Communiqué de presse, in <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/medienmitteilungen.Document.110657.pdf>

Pazoki R., Nabipour I., Seyednezami N., Imani S.R., (2007), Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women's physical activity : a randomized controlled trial guided by Community-based Participatory Research (CBPR)., Public Health, 7:216, in <http://www.biomedcentral.com/1471-2458-7-216>

Rapport d'évaluation du PRS Santé Cardiovasculaire, Novembre 2002, 32 pages, In http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sant-publique/prs/guide_porteur/pdf

Ronda, G., Van Asseman P., Ruland E., Steenbakkeres, M. & Brug J. (2004), The Dutch Heart Health Community Intervention 'Hartslag Limburg' : design and results of a process study., Health Education Research, vol. 19, n°5, pp.596-607.

Schuit A., Wendel-Vos G., Verschuren W., Ronckers E., Ament A., Van Assema P., Van Ree J., Ruland E., (2006), Effect of a 5-Year Intervention Hartslag Limburg on Cardiovascular Risk Factors., American Journal of Preventive Medicine, 30 (3), pp. 237-242

Sullivan K.A, White K.M, Young R.M., Scott C. & Mulgrew K. (2008), Developing a stroke intervention program : what do people at risk of stroke want ?, Patient Education and Counseling, 70, pp.126-134.

Thomas H., (2006), Obesity prevention programs for children and youth : why are their results so modest ?, Health Education Research, Vol. 21, n° 6, pp. 783-795.

Vacheron A., (2007), La prevention des maladies cardiovasculaires : un enjeu majeur de santé publique, 12 pages, in <http://www.asmp.fr/travayx/communications/2007/vacheron.htm>

Wiesemann A., Ludt S., Szecsenyi J., Scheuermann W., Scheidt R., (2004),

Cardiovascular risk factors and motivation for a healthy life-style in a german community-results of the GP-based Oestringen study., Patient Education and Counseling, 55, pp. 40-47.

www.santecardiovasculaire.be/28mai/diaporama

www.promosante-mg.be/fileadmin/user_upload/cardio_POC_definitif.pdf

www.promosante/ch

.