

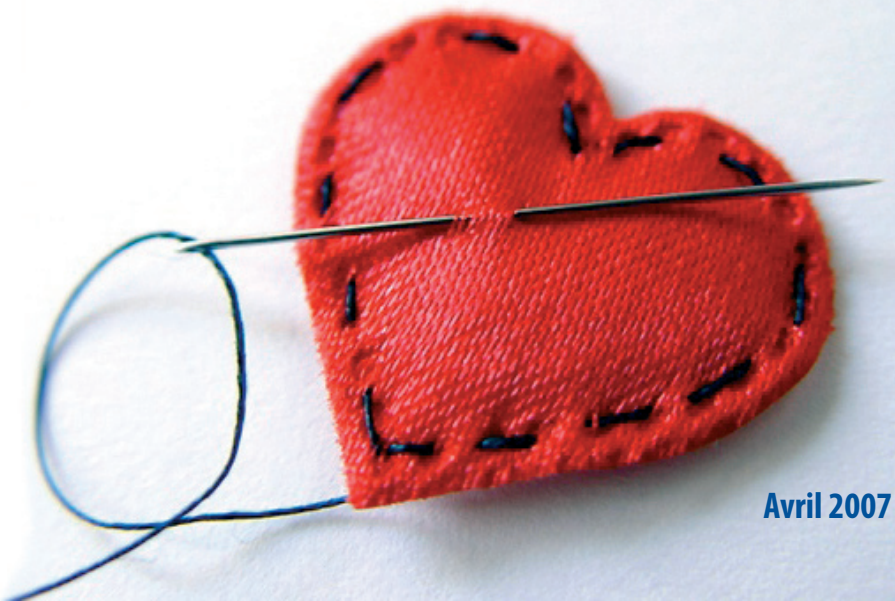
ULB



UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES
ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE
**Département d'Epidémiologie
et de Promotion de la Santé**

**Centre d'Education
du Patient asbl**

Elaboration d'un cadastre des actions et projets de prévention et de promotion en santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique



Elaboration d'un cadastre des actions et projets de prévention et de promotion en santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique

Réalisé à la demande du groupe technique du
Cabinet de la Ministre Catherine Fonck

**Nathalie Moreau
Yves Coppieters 't Wallant
Alain Levêque**

**Marie-Madeleine Leurquin
Jean-Luc Collignon**

ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE - ULB
**Département d'Epidémiologie
et de Promotion de la Santé**
Route de Lennik 808, CP 596
1070 Bruxelles

**Centre d'Education
du Patient asbl**
Rue Fond de la Biche 4
5530 Godinne

Avril 2007

Ce rapport est disponible sur www.santecardiovasculaire.be et www.ulb.ac.be/esp/epitraumac

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

N. Moreau, MM. Leurquin, J.L. Collignon, Y. Coppieters, A. Levêque. *Elaboration d'un cadastre des actions et projets de prévention et de promotion en santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique.* Université Libre de Bruxelles et Centre d'Education du Patient, avril 2007, 64 pp.



TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	5	4.4.2 Analyses des projets en fonction des domaines abordés et des activités réalisées par public bénéficiaire de type groupes à risque et professionnels de santé	42
2. Objectif de la recherche	5	4.4.3 Analyses des projets en fonction de leur durée, des publics bénéficiaires et des types d'activités réalisées	44
3. Méthodologie	6	4.4.4 Analyses des projets en fonction des types d'outils proposés, des publics bénéficiaires et des domaines couverts	45
3.1 Identification du public cible	6	4.5 Succès et difficultés rencontrés au cours des projets	47
3.1.1 Identification des acteurs de première ligne	6	4.5.1 Succès rencontrés au cours des projets	47
3.1.2 Identification des acteurs de seconde ligne	7	4.5.2 Difficultés rencontrées au cours des projets	48
3.1.3 Critères de sélection des projets	8	4.6 Les projets depuis les 5 dernières années, les besoins identifiés, les projets d'avenir	49
3.2 Récolte des données	8	4.6.1 Les projets au cours des 5 dernières années	49
3.2.1 Elaboration du questionnaire	8	4.6.2 Les besoins identifiés	50
3.2.2 Elaboration du guide d'instructions	9	4.6.3 Les projets d'avenir	50
3.2.3 Guide d'entretien pour les interviews des acteurs de 1 ^{ère} ligne	10	5. Limites de l'étude	51
3.2.4 Accès au questionnaire	10	6. Discussion	52
3.2.5 Procédures de récolte des données	10	6.1 Pertinence d'un cadastre cardiovasculaire en Communauté française	52
3.2.6 Procédures de rappel	10	6.2 Discussion sur les résultats	52
3.2.7 Validation de la récolte des données	11	6.2.1 Par rapport au taux de participation	52
3.3 Analyse des données	11	6.2.2 Par rapport aux types d'intervenants	52
4. Résultats	14	6.2.3 Par rapport aux projets	54
4.1 La population de l'étude	14	6.2.4 Liens opérationnels avec le PCO	57
4.2 Analyse descriptive	14	6.2.5 Mise à jour du cadastre et perspectives futures	57
4.2.1 Présentation des acteurs	14	7. Conclusion	58
4.2.2 Présentation des projets	25	8. Références	59
4.3 Analyse comparative avec le document du PCO	31	Index des tableaux	60
4.3.1 Les publics bénéficiaires et/ou cibles	31	Index des figures	61
4.3.2 Types d'interventions réalisées	35	Annexes	62
4.3.3 Domaines couverts par les projets	36		
4.3.4 Activités proposées au travers des projets	37		
4.3.5 Stratégies poursuivies au travers des projets	38		
4.3.6 Niveaux d'intervention des projets et objectifs santé définis dans le PCO cardiovasculaire	38		
4.4 Analyses croisées	39		
4.4.1 Analyses des projets en fonction des domaines abordés et des activités réalisées par milieu de vie	40		

1. INTRODUCTION

Les Décrets du 14 juillet 1997 et du 17 juillet 2003 organisent la promotion de la santé en Communauté française de Belgique. Ils offrent un cadre qui définit les concepts et organise les modalités de programmation. Un premier «programme quinquennal de promotion de la santé» portant sur la période 1998-2003 a été conduit durant cinq ans et un nouveau «programme quinquennal» qui porte sur la période 2004-2008 est maintenant d'application. Sur base de ce programme, un «Plan Communautaire Opérationnel de promotion de la santé» (PCO) a été élaboré^[1] ; il fixe les objectifs opérationnels prioritaires retenus pour la durée du plan, les stratégies et méthodes à développer pour assurer sa mise en œuvre et les publics cibles à intégrer dans les programmes et actions. La thématique de la santé cardiovasculaire a été retenue comme une priorité dans le cadre du PCO^[2]. Pour opérationnaliser le «PCO cardiovasculaire», un groupe technique pluridisciplinaire (GTP) a été mis en place au sein du Cabinet de Madame la Ministre Fonck. Ce GTP cardiovasculaire s'est vu confier la tâche de réfléchir à la possibilité de faire un état des lieux quantitatif et qualitatif des acteurs, structures, associations et dispositifs intervenants en Communauté française dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire.

L'établissement de cet état des lieux doit permettre une meilleure vision des différents programmes, acteurs et actions existants en Communauté française mais doit aussi permettre de disposer d'un cadre de concertation communautaire sur les stratégies de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire^[3-7].

2. OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif de cette recherche vise à dresser un état des lieux des actions et des acteurs qui interviennent dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française.

Plus précisément, ce recensement doit permettre de mieux identifier entre autres :

- le nombre et la nature des acteurs qui interviennent dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française
- les domaines couverts par les interventions menées par ces acteurs
- le type d'action et les stratégies qu'ils développent
- les groupes cibles qui sont visés par ces actions
- les réseaux développés par ces acteurs
- la répartition géographique de ces actions sur le territoire de la Communauté française
- la répartition de ces interventions selon le degré de prévention visé (primordiale, primaire, secondaire et/ou tertiaire).

La mise à disposition d'un cadastre des acteurs et projets en prévention et promotion de la santé cardiovasculaire doit permettre l'élaboration d'une vision plus globale des interventions existantes en Communauté française de Belgique par tous les acteurs et encourager plus de synergies et complémentarités entre tous.

3. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie proposée dans le cadre de cette recherche combine des approches quantitative et qualitative. Elle s'est construite autour de trois étapes clés :

1. L'identification du public cible et plus spécifiquement les acteurs de première et seconde lignes¹ ;
2. La récolte de données tant qualitatives que quantitatives ;
3. L'analyse des données et la manière de les synthétiser pour qu'elles soient une aide opérationnelle et donnent une vision globale des interventions.

3.1. Identification du public cible

Lors des discussions au sein du groupe technique du Cabinet, il est apparu indispensable d'organiser des rencontres avec des acteurs oeuvrant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire. Dans la mesure où il était impossible de rencontrer tous les acteurs, le groupe technique a opéré une distinction entre les acteurs de 1^{ère} ligne et les acteurs de 2^{ème} ligne.

Les acteurs de 1^{ère} ligne représentent les acteurs dont le caractère institutionnel, la visibilité, l'étendue géographique des actions... les placent, a priori, au premier plan dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française.

Les acteurs qui ne répondent pas à un de ces critères constituent donc les acteurs de 2^{ème} ligne.

S'il n'a pas toujours été facile d'opérer cette distinction, il paraît néanmoins important de souligner qu'elle ne vise en aucun cas à porter un jugement dévalorisant sur la qualité et l'utilité des actions réalisées par les acteurs de 2^{ème} ligne mais qu'elle répond avant tout à un souci purement opérationnel, à partir de critères subjectifs fixés par le groupe technique du Cabinet et l'équipe de recherche.

3.1.1 Identification des acteurs de première ligne¹

En regard des critères susmentionnés, la liste des acteurs de première ligne a été constituée principalement au sein du groupe technique du Cabinet.

Il s'agit principalement de :

- 9 Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS)
- 4 services communautaires : ULB-PROMES, APES-ULg, RESO-UCL, Question Santé
- la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)
- la Fédération des Maisons Médicales (FMM)
- le Centre de Référence Promotion Santé Cardiovasculaire et Médecine Générale
- la Fédération des Institutions Médico-Sociales (FIMS)
- les Observatoires provinciaux de la santé
- la Ligue Cardiologique Belge
- Belgian Working Group for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention
- les mutuelles : UNMS, UNMN, UN Mutualités Libérales, Mutualités Libres, ANMC
- la médecine scolaire (via l'APES)
- l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)
- la médecine du travail
- le FARES
- l'ADEPS.

1. Les appellations «acteurs de première ligne» et «acteurs de seconde ligne» ont été choisies dans un souci strictement opérationnel. Le sens qui leur est attribué dans le cadre de cette recherche peut être différent du sens qu'on leur attribue dans d'autres circonstances.

Au total, 35 acteurs/institutions de 1^{ère} ligne ont été contactés. Un courrier a été adressé par la poste à ces différents acteurs. Ce courrier les invitait, au travers d'une lettre de la Ministre, Madame Fonck (Annexe 1), à participer à notre recherche. Un résumé du document rédigé par le groupe technique du Cabinet était également joint afin de présenter le contexte de l'étude (Annexe 2).

3.1.2 Identification des acteurs de seconde ligne¹

L'identification des acteurs de seconde ligne s'est opérée à plusieurs niveaux. Certains acteurs ont été identifiés sur base des connaissances du groupe technique du Cabinet et des membres de l'équipe de recherche. Il s'agit entre autres :

- des Ecoles de Santé Publique
- des institutions de soins
- de l'Aide à la Jeunesse
- des communes
- des Mouvements d'Education Permanente
- des associations de patients (Groupe d'entraide des personnes hémiplegiques, Association Belge du Diabète, Maison des Diabétiques, l'Association Belge des Malades Cardiaques)
- des associations sportives
- de la Fondation pour la Chirurgie Cardiaque

D'autres acteurs ont été identifiés par l'intermédiaire des acteurs de première ligne lors des différentes interviews. Enfin, d'autres stratégies de recherche ont été utilisées pour compléter la liste des acteurs de 2^{ème} ligne (recherche sur Internet, consultation de bases de données, contacts avec les communes, ...).

Nous avons procédé à une recherche approfondie sur Internet autour des thèmes suivants : maladies cardiovasculaires, diabète, hypertension, nutrition, alimentation, diététique, tabagisme, activités sportives, associations de patients, éducation permanente, promotion de la santé, ... Les références reprises sur le site de Quisanté² et dans le Guide social³ ont également été explorées.

Au niveau des communes, nous avons choisi de contacter d'emblée toutes celles dont le projet avait été sélectionné en 2004 dans le cadre du programme «communes en santé» subventionné par la Communauté française (n=14). Les «Villes Santé» de l'O.M.S. ont également été contactées (n=4).

Les acteurs de seconde ligne identifiés ont été contactés par téléphone ou par courrier électronique pour s'assurer de la validité des coordonnées dont nous disposions et pour identifier la personne en charge de la composante «santé cardiovasculaire». Cette démarche a représenté une charge de travail importante mais elle a permis de limiter le nombre de retour de courriers pour adresse incorrecte ou inexistante (n=5).

Au total, 347 acteurs de 2^{ème} ligne ont été contactés. Ceux-ci ont également été invités à participer à notre recherche au travers d'une lettre de la Ministre, Madame Fonck, présentant notre recherche. Un résumé du document rédigé par le groupe technique du Cabinet afin de présenter le contexte de l'étude ainsi que le guide d'instruction pour compléter le questionnaire en ligne étaient également joints. Si les acteurs le souhaitaient, le questionnaire pouvait également être envoyé sous format papier.

Pour les centres PSE, l'APES a communiqué le listing des coordonnées postales (uniquement) des PSE (antennes et entités centrales), soit 104⁴.

Un courrier postal est parti le 6 décembre 2006 vers les PSE comprenant un courrier personnalisé du Centre d'Education du Patient (CEP), la lettre de la Ministre, Madame Fonck, un guide présentant un aperçu global du questionnaire et les instructions à suivre (avec le numéro d'identifiant) ainsi qu'un questionnaire.

Un courrier de rappel a été envoyé le 19 décembre avec une invitation à nous contacter pour une aide éventuelle à remplir le questionnaire (simplification).

2. Quisanté est une base de données gérée par l'Unité d'Education pour la Santé de l'U.C.L. (RESO-UCL) qui regroupe +/- 1100 références d'organismes, professionnels et équipes travaillant dans le domaine de la promotion de la santé en Belgique francophone. www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso

3. 17^{ème} éd 2006, www.guidesocial.be

4. Cette liste n'inclut pas les CPMS de la Communauté française qui assurent des missions de promotion santé à l'école.

3.1.3 Critères de sélection des projets

La partie 2 du questionnaire vise à identifier les interventions qui sont en cours de réalisation ou qui ont été réalisées au cours des 2 dernières années et qui ont ou avaient une durée minimale de 3 mois.

Les parties 2 qui portent sur des actions réalisées et terminées avant le 01/01/2004 ont été traitées dans l'analyse de la partie 3 du questionnaire qui portait sur les interventions réalisées dans un délai de plus de 2 ans et moins de 6 ans (n = 2 projets).

Les parties 2 qui portent sur des interventions d'une durée inférieure à 3 mois et pour lesquelles il n'était pas possible d'établir qu'il s'agissait d'actions récurrentes ont été exclues de la base de données (n = 5 projets).

3.2 Récolte des données

3.2.1 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en collaboration avec le groupe technique du Cabinet et comporte 4 parties :

1. La première partie est destinée à recueillir toutes les informations générales concernant l'institution et ses activités.

Les principales variables qui s'y retrouvent concernent :

- l'identification de l'institution,
- les éventuels réseaux dans lesquels elle serait impliquée,
- le type d'activités qu'elle propose,
- les domaines couverts par ses activités.

2. La seconde partie équivaut à une «fiche-projet» qui doit être complétée par l'acteur pour chaque projet mené par son institution. Cette partie permet de collecter toutes les informations concernant les activités spécifiques de chaque projet.

Les variables reprises dans cette partie portent sur :

- l'identification du projet,
- les publics cibles et bénéficiaires spécifiques à celui-ci,
- les domaines couverts et les types d'activités menées dans le cadre de ce projet,
- les stratégies de promotion de la santé utilisées,
- les partenaires associés au projet,
- la couverture géographique de celui-ci,
- les outils mis en œuvre,
- les succès et difficultés rencontrés dans sa réalisation,
- la nature du financement alloué et l'identification du commanditaire.

3. La troisième partie vise à laisser aux acteurs la possibilité de nous communiquer toute information pertinente qui n'aurait pu être exprimée au travers des 2 premières parties, notamment en ce qui concerne des activités menées et terminées depuis plus de 2 ans.

Les variables reprises dans cette partie portent sur :

- toute information concernant des projets réalisés depuis plus de 2 ans (qui n'apparaîtront donc pas dans la partie 2) et moins de 6 ans
- les initiatives qui n'auraient pu être réalisées
- les projets prévus pour les 2 prochaines années
- leurs suggestions concernant les futures campagnes de promotion cardiovasculaire
- leurs commentaires sur l'enquête.

4. La quatrième partie est destinée à recueillir les coordonnées des acteurs de seconde ligne identifiés par les acteurs de première ligne. Cette partie n'était donc destinée qu'à ces derniers et ne comportait qu'une seule variable.

Le questionnaire est composé de questions fermées, en général à choix multiples et de questions ouvertes. Les questions portent sur des données de nature qualitative et quantitative (Annexe 3).

Exemple de question en catégories :

– *Dans le cadre de la prévention / éducation / promotion de la santé cardiovasculaire, quelles activités proposez-vous ?*

- Actions éducatives de proximité
- Formation de relais
- Animation de réseau
- Information
- Documentation
- Accompagnement de projet – conseil en méthodologie
- Communication – actions médiatiques
- Coordination (mandaté ou non)
- Formation par les pairs
- Evaluation
- Création d'événements en Communauté française
- Collecte de données : quantitatives
 qualitatives

(Précisez le type de données) :

Autres, précisez :

Exemple de question ouverte :

– *Quelles sont les difficultés rencontrées (financement, partenariat, ...) dans le cadre de ce projet ?*

.....
.....
.....
.....
.....

Ce questionnaire était accessible sur le site www.santecardiovasculaire.be.

3.2.2 Elaboration du guide d'instructions

Un guide d'instructions a également été élaboré afin d'aider les participants de cette recherche à compléter le questionnaire en ligne (Annexe 4).

Ce guide reprenait le n° d'identifiant attribué à l'institution, les adresses Web sur lesquelles les participants pouvaient compléter chaque partie du questionnaire.

Les questions abordées dans l'enquête étaient également présentées afin de permettre aux participants d'en prendre connaissance avant de se rendre sur le site Internet.

Ce guide a été remis aux acteurs de 1^{ère} ligne lors des entretiens. Il a été joint au courrier postal pour les acteurs de 2^{ème} ligne.

3.2.3 Guide d'entretien pour les entretiens des acteurs de 1^{ère} ligne

Au cours des entretiens réalisés avec les acteurs de première ligne, les parties 1 et 4 du questionnaire servaient de guide d'entretien. Les thèmes explorés correspondent aux variables présentées au point 3.2.1.

3.2.4 Accès au questionnaire

Nous avons fait appel à une société spécialisée Formassembly.com⁵, créée en 2005 aux Etats-Unis. Cette société propose un appui dans l'élaboration et la mise en ligne de questionnaires interactifs sur Internet et dans la constitution d'une base de données directement alimentée par les questionnaires complétés.

Lorsque le groupe technique du Cabinet a approuvé le questionnaire, les parties 1, 2 et 3 ont été mises en ligne afin de permettre aux différents acteurs de le compléter sur le Web.

Si les acteurs le souhaitaient, le questionnaire pouvait néanmoins être envoyé sous format papier.

3.2.5 Procédures de récolte des données

Chaque acteur, qu'il soit de première ou de seconde ligne, s'est vu attribué, dans le courrier qui lui était adressé, un numéro d'identifiant qui accompagnerait toutes les données collectées se rapportant à son institution dans la base de données.

Pour les acteurs de première ligne, des entretiens ont été réalisés et se sont tous déroulés sur leurs lieux professionnels. Lors de ces entretiens, une ou deux personnes de l'équipe de recherche étaient présentes et assuraient la récolte des données. La prise de notes et/ou l'enregistrement des entretiens sont les deux supports utilisés pour collecter les données fournies lors des entretiens pour les parties 1 et 4. Ces données étaient par la suite encodées par l'équipe de recherche dans la base de données en y attachant le numéro d'identifiant de l'acteur.

Les acteurs de première ligne complétaient les parties 2 et 3 du questionnaire en ligne en entrant leur numéro d'identifiant.

Les acteurs de seconde ligne disposaient également d'un numéro d'identifiant qu'ils devaient encoder lorsqu'ils complétaient le questionnaire en ligne.

Certains de ces acteurs ont renvoyé les questionnaires complétés aux équipes de recherche qui les ont encodés.

La base de données s'est donc constituée au fur et à mesure que les acteurs et/ou les équipes de recherche complétaient les différentes parties du questionnaire en ligne. La récolte des données a été clôturée le 24 janvier 2007. Le site reste néanmoins opérationnel afin de laisser l'opportunité aux derniers acteurs, notamment les centres PSE, de rentrer leurs questionnaires complétés.

3.2.6 Procédures de rappel

Un rappel systématique des acteurs qui n'avaient complété aucune partie du questionnaire ou qui n'avait pas complété toutes les parties attendues a été réalisé au fur et à mesure de la recherche. Ce rappel s'effectuait par téléphone et/ou par courriers postaux ou électroniques.

Une centaine d'acteurs ont été contactés par téléphone. Environ 300 courriers de rappel ont été envoyés. Enfin, environ 70 acteurs ont demandé qu'on leur renvoie tous les documents.

5. www.formassembly.com

3.2.7 Validation de la récolte des données

Un échange avec 1 acteur nous a interpellé sur la correspondance entre le nombre de parties 2 (fiches projets) incluses dans la base de données et le nombre de parties 2 complétées par les acteurs.

Nous avons décidé de tirer de façon aléatoire un échantillon de 20 acteurs et de les contacter afin de vérifier que les informations présentes dans la base de données correspondaient aux informations qu'ils nous avaient transmises.

Une différence s'est présentée pour 1 de ces 20 acteurs.

Nous avons alors contacté la société qui gérait la base de données et demandé qu'elle effectue une recherche dans toute la base sur la présence de fiches dont nous n'avions pas connaissance.

Il s'est avéré que 60 fiches avaient un statut «non finalisé» et n'apparaissaient donc pas dans notre base de données. Ces fiches ont été récupérées. Pour 44 d'entre elles, il s'agissait de «doublons» à des stades différents de remplissage. 16 fiches absentes de notre base ont donc été réintégrées.

3.3 Analyse des données

L'analyse des données s'articule autour de quatre axes :

1. Une analyse descriptive de la situation sur base des informations récoltées concernant les différentes institutions impliquées dans la prévention et la promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française (partie 1) ainsi que les projets développés depuis 2 ans (partie 2).
2. Une mise en parallèle du document rédigé par le groupe technique du Cabinet avec les informations récoltées sur les projets réalisés depuis 2 ans par les différents acteurs (partie 2)
3. Une analyse bivariée mettant en relation différentes variables telles que les milieux de vie et les domaines couverts, les milieux de vie et les activités menées, la durée des projets et les domaines couverts, ...
4. Une analyse qualitative des informations récoltées se rapportant aux projets réalisés et non reconduits depuis 5 ans, se rapportant aux projets en devenir et aux difficultés rencontrées par les acteurs.

Pour l'analyse comparative des fiches «projets» et du document rédigé par le groupe technique du Cabinet, nous avons procédé comme suit :

Les fiches projets reçues par les différents intervenants ont été réparties en respect de la catégorisation des niveaux d'intervention et des objectifs santé définis dans le PCO Promotion de la santé cardiovasculaire. Pour rappel, 4 niveaux d'intervention sont définis :

- prévention primordiale
- prévention primaire
- prévention secondaire
- prévention tertiaire

Pour chaque catégorie, des objectifs santé précisent les thématiques et l'approche préconisés. Le tableau ci-dessous reprend ces objectifs⁶ :

Tableau 1 : Catégorisation des niveaux d'intervention et des objectifs santé définis dans le PCO Promotion de la santé cardiovasculaire.				
Niveau d'intervention	PRÉVENTION PRIMORDIALE	PRÉVENTION PRIMAIRE	PRÉVENTION SECONDAIRE	PRÉVENTION TERTIAIRE
Objectifs santé	1.1. Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique	1.1. Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique	1.1. Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique	1.1. Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique
	1.2. Promouvoir une alimentation équilibrée	1.2. Promouvoir une alimentation équilibrée	1.2. Promouvoir une alimentation équilibrée	1.2. Promouvoir une alimentation équilibrée
	1.3. Promouvoir une vie et un environnement sans tabac	1.3. Promouvoir une vie et un environnement sans tabac	1.3. Promouvoir une vie et un environnement sans tabac	1.3. Promouvoir une vie et un environnement sans tabac
			2.1. Evaluer le risque vasculaire individuel	2.1. Evaluer de manière régulière le risque vasculaire individuel
			2.2. Améliorer l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire : – sur la base des recommandations de bonne pratique – en développant l'éducation du patient	2.2. Améliorer l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire : – sur la base des recommandations de bonne pratique – en développant l'éducation du patient
				Dans ses aspects informatifs ...
				3.1. Favoriser les comportements adéquats en cas de crise et d'urgence
				3.2. Promouvoir les pratiques : – d'éducation du patient – de rééducation – de remises en activité des patients

Les différentes fiches projets ont été intégrées dans cette matrice afin de pouvoir évaluer l'importance des interventions menées à chaque niveau d'intervention. Pour permettre cette classification, nous avons utilisé un algorithme de critères aidant à cette catégorisation :

1^{er} critère : Y a-t-il présence de facteurs de risque pris en compte dans le projet (ou le projet se situe-t-il à un niveau très général de la promotion de la santé globale) ?

- Si oui : prévention primaire, secondaire ou tertiaire
- Si non : prévention primordiale

2^{ème} critère : Le projet vise-t-il des facteurs de risque (directement ou indirectement) ?

- Si oui : prévention primaire

6. Extraits du document rédigé par le Groupe Technique «Promotion de la santé cardiovasculaire», 26/06/2006

3^{ème} critère : La maladie est-elle déclarée ?

- Si oui : prévention secondaire ou tertiaire
- Si non : prévention primordiale ou primaire

4^{ème} critère : Quel est le public bénéficiaire ?

- Si les publics bénéficiaires ultimes sont des personnes à risque (même inconnus) : prévention primaire
- Si le projet touche des personnes ayant une pathologie : prévention secondaire ou tertiaire.

L'algorithme a comme objectif de catégoriser le mieux possible les projets dans une des catégories de base (primordiale, primaire, secondaire et tertiaire) au risque d'être parfois «réducteur» dans la vision de certaines actions. Seuls les projets qui ne peuvent se résumer à un seul type d'intervention entrent dans des catégories d'interventions combinées. Cette classification n'est donc ni exhaustive ni exclusive. En effet, certains projets n'entrent dans aucune des catégories d'intervention. Un grand nombre d'autres par contre ne se limitent pas à une catégorie. C'est ainsi que nous avons défini les niveaux d'intervention des projets en 10 catégories :

1. prévention primordiale
2. prévention primaire
3. prévention secondaire
4. prévention tertiaire
5. Prévention primordiale et primaire
6. Prévention primaire et secondaire
7. Prévention secondaire et tertiaire
8. Prévention primordiale, primaire et secondaire
9. Prévention primaire, secondaire et tertiaire
10. Prévention primordiale, primaire, secondaire et tertiaire

Les projets sont de plus classés par thématiques en respect des objectifs santé définis par le PCO (activité physique, alimentation équilibrée, environnement sans tabac, évaluation des risques individuels, ...).

4. RÉSULTATS

4.1 La population de l'étude

Au total, 118 institutions/acteurs ont complété au moins une partie du questionnaire. Le taux de réponse global est donc de 31 %.

De façon plus spécifique, 30 acteurs de 1^{ère} ligne sur les 34 contactés ont répondu à au moins une partie du questionnaire (taux de réponse de 88,2 %). Les 4 acteurs qui n'ont pas participé représentent des acteurs dont les activités ne rentraient pas dans le cadre de la recherche, des acteurs qu'il n'a pas été possible de rencontrer et qui n'ont pas complété le questionnaire en ligne. Certains acteurs identifiés comme acteurs de 1^{ère} ligne n'ont pu être rencontrés mais ils ont cependant complété le questionnaire comme les acteurs de 2^{ème} ligne⁷.

En ce qui concerne les acteurs de 2^{ème} ligne, 88 acteurs sur les 347 contactés ont répondu à au moins une partie du questionnaire (taux de réponse = 25,3 %).

Ce taux de réponse est vraisemblablement «sous-estimé» en raison de plusieurs facteurs :

- la sélection des acteurs de 2^{ème} ligne a été très large. Il n'est pas possible de faire la distinction entre les acteurs qui n'ont pas répondu estimant que leurs activités ne rentraient pas dans le cadre de cette recherche et les acteurs qui n'ont pas répondu même si leurs activités rentraient dans le cadre de cette recherche.
- Les délais de réponses étaient très courts, notamment pour les derniers acteurs contactés (pour rappel, les centres PSE ont reçu le courrier début décembre) et des réponses continuent de rentrer sur le site ou par la poste.

Globalement, les taux de réponse obtenus sont très satisfaisants.

4.2 Analyse descriptive

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats portant sur les institutions impliquées dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire (types d'institution, statuts, localisation, activités menées, domaines couverts) ainsi que sur les projets qu'elles développent ou ont développé endéans les 2 dernières années.

4.2.1 Présentation des acteurs

Nous allons présenter dans ce chapitre les résultats permettant de décrire les acteurs impliqués dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire.

Parmi les 118 institutions ayant participé à cette étude, 3 n'ont pas rempli la partie 1 du questionnaire dont nous présentons les résultats ci-après (n=115).

7. Les appellations «acteurs de première ligne» et «acteurs de seconde ligne» ont été choisies dans un souci strictement opérationnel. Le sens qui leur est attribué dans le cadre de cette recherche peut être différent du sens qu'on leur attribue dans d'autres circonstances.

A TYPES D'INSTITUTIONS

Le nom des institutions ayant participé à cette étude illustre la diversité des acteurs intervenant dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire. Cette diversité représente une richesse mais aussi une difficulté pour effectuer des regroupements. Seuls les 22 PSE échappent à ce constat. Nous avons donc regroupé les 115 organismes répondant en 15 «catégories».

Catégories	Dénomination	% de répondants
MEDS	Médecine scolaire (PSE ...)	19
ENTR	Groupe de soutien, groupe entraide, groupes de patients ...	13
HOPI	Institutions de soins, centres de santé, hôpitaux, centres de réhabilitation ...	9
CLPS	Centres locaux de promotion de la santé	6
PHYS	Association sportive, groupe visant l'activité physique (sauf les groupes d'entraide développant des activités physiques pour certains patients)	5
SOCE	Société experte, société spécialisée, société savante ...	4
COMM	Services communautaires	3
MEDG	Organismes en lien avec la médecine générale (SSMG, Fédération des maisons médicales ...)	3
MUTU	Mutuelles	3
EDUP	Mouvements d'éducation permanente	3
OBSP	Observatoires provinciaux*	3
ECOL	Ecoles de santé publique, Universités, Hautes écoles ...	3
EOA	Autres formes d'enseignements (par exemple secondaire)	3
MEDT	Médecine du travail	1
AUTR	Autres	22

** La classification reprise dans ce tableau a été opérée dans une optique strictement opérationnelle. Le terme «Observatoires provinciaux» recouvre des réalités très différentes en termes de mandat, d'organisation, de pratiques et de financement. En effet, les dispositions de la Constitution laissent aux Provinces le champ libre pour l'organisation des services en fonction des priorités locales.*

Nous avons une catégorie «Autres» qui est fort importante : 25 répondants.

Dans cette catégorie sont repris :

- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Bruxelles
- Centre ALFA, Liège
- Association Francophone Internationale des Directeurs d'Établissements Scolaires (AFIDES), Templeuve
- Fonds des Affections Respiratoires asbl, Bruxelles
- Centre d'Éducation du Patient asbl (Cep), Godinne
- Soins Chez Soi, Uccle
- Service Éducation pour la Santé, Huy
- Restos du cœur asbl, Liège
- Santé et entreprise, Bruxelles
- Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile, Bruxelles
- Manage Objectif Santé, Manage
- Bruxelles, ville-région en santé, Bruxelles
- Coordination Éducation et Santé, Cordes asbl, Bruxelles
- Association des diététiciens indépendants de Charleroi, Charleroi
- Ligue belge des Sophro-Conseillers, Châtelineau
- Univers Santé, Louvain-la-Neuve
- Carolo Prévention Santé, Charleroi
- Département Formation, Seraing
- Promotion Santé et Développement Durable, Namur
- Fondation contre le Cancer, Service Ligne Tabac Stop/ Tabak Stop Lijn, Bruxelles
- Assu-Études Préventions, Thuin

- Direction Générale de la Santé de la Province de Liège, Liège
- Commune de Villers-le-Bouillet
- Institut Provincial d'Hygiène Sociale de Namur, Namur
- Administration Communale Aiseau-presles

A.1 STATUT DE L'INSTITUTION

Lorsqu'on s'intéresse aux statuts des institutions, on constate qu'une majorité des organismes répondant sont des ASBL (67/115). Nous avons aussi un nombre important d'institutions provinciales (14/115).

Comme on le constate dans le tableau ci-dessous, les autres statuts sont représentés de façon moins importante :

- 3 institutions en lien avec les mutualités (2 mutualités et 1 association de fait «mutuelle»)
- 3 administrations communales et intercommunales ...

On relèvera également que 11 acteurs n'ont pas répondu à cette question.

Statuts des institutions	n	%
ASBL	66	56,4
Institution provinciale	12	10,3
Institution de l'administration publique	3	2,6
Association de fait	2	1,7
ESP	2	1,7
Mutualité	2	1,7
Administration communale	2	1,7
Association de fait «mutuelle»	1	0,9
Association de pouvoir public créée par décret sui generis	1	0,9
Centre sportif ADEPS	1	0,9
Fondation d'utilité publique	1	0,9
Institution assimilée au public	1	0,9
Institution publique	1	0,9
Intercommunal	1	0,9
Service d'études de la Cocom sans gestion séparée (à partir du 01/01/2007)	1	0,9
Parastatal	1	0,9
Privé	1	0,9
Province de Liège	1	0,9
PSE	1	0,9
Unité du service «Santé du travail et éducation pour la santé», ESP ULg	1	0,9
Université	1	0,9
Non répondant	12	10,3
Total	115	100,0

A.2 SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Au niveau de la localisation géographique des acteurs sur le territoire de la Communauté française, on constate que plus d'un tiers des institutions ont leur adresse ou leur siège central à Bruxelles (41/115). Un nombre important provient aussi de la Province de Liège (30/115).

Remarquons que si une majorité des institutions ont leur siège à Bruxelles et à Liège, les activités de celles-ci portent sur un territoire plus vaste que la région ou la province dans laquelle elles sont implantées. C'est le cas par exemple pour les services communautaires, l'ADEPS, l'ONE, les Mutuelles, les sociétés expertes, certains groupes d'entraide ...

Le tableau ci-dessous présente les résultats de façon détaillée.

TYPES D'INSTITUTIONS	BW	BXL	HA	LI	NA	LU	Total	TOTAL (%)
Médecine scolaire	1	2	7	8	4		22	19
Groupe de soutien, entraide, groupe de patients	2	6	1	4	2		15	13
Institution de soins, hôpital, centre de révalidation	2	1	2	4	1		10	9
CLPS	1	1	2	3			7	6
Association sportive		4	2				6	5
Société d'experts		3	1		1		5	4
Service communautaire		3		1			4	3
Médecine générale		3		1			4	3
Mutuelle		4					4	3
Mouvement d'éducation permanente		1		1	1		3	3
Observatoire provincial		1	1			1	3	3
Ecole de Santé Publique, Université, Haute école		3					3	3
Autre école (secondaire)		1	1	1			3	3
Médecine du travail				1			1	1
Autres	1	8	7	6	3		25	22
Total	7	41	24	30	12	1	115	100
TOTAL (%)	6	36	21	26	10	1	100	

A.3 ANNÉE DE CRÉATION DE L'INSTITUTION

Le tableau ci-dessous présente les résultats qui ont été catégorisés.

Année de création	n	%
≤ 1979	37	31,6
1980 - ≤1989	22	18,8
1990 - ≤1999	22	18,8
≥ 2000	13	11,1
Non répondant	21	18,3
Total	115	100,0

A.4 PLACE DES ACTIVITÉS CARDIOVASCULAIRES AU SEIN DES INSTITUTIONS

Les institutions ont été invitées à s'exprimer sur la place qu'occupaient les activités cardiovasculaires au sein de leur institution.

Pour 49/115 institutions, il s'agit d'une de leurs activités principales.

C'est une des activités principales des 5 institutions reprises sous «sociétés expertes» ; de la grande majorité des groupes d'entraide (13/15) ; de 2 des services communautaires (2/4) ; de 3 CLPS (3/7).

Cela n'est pas une des activités principales des PSE (1/22).

Le détail des résultats est présenté dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Les projets/actions cardiovasculaires constituent une de vos activités principales.		
Institutions	n	% oui
Société d'experts	5	100,0
Groupe de soutien, d'entraide, de patients	15	86,7
Médecine générale	4	75,0
Observatoire provincial	3	66,7
Institution de soins, hôpital, centre de réhabilitation	10	50,0
Service communautaire	4	50,0
Mutuelle	4	50,0
CLPS	7	42,9
Ecole de Santé Publique, Université, Haute Ecole	3	33,3
Mouvement d'éducation permanente	3	33,3
Association sportive	6	16,7
Autre école (secondaire)	3	0,0
Médecine scolaire	22	0,0
Médecine du travail	1	0,0
Autres	25	44,0
Total	115	42,6

B ACTIVITÉS PROPOSÉES DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION/ PROMOTION DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

Lorsqu'on analyse les activités proposées par les différents acteurs dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire, on observe la présence de pôles : d'une part, des activités poursuivies par de très nombreuses institutions ou organismes et à l'inverse des activités menées par un nombre restreint d'acteurs.

Parmi les activités poursuivies, 70 % des institutions répondant diffusent de «l'information». C'est l'activité la plus souvent citée.

57 % des répondants mettent à disposition de la «documentation» et 55 % mènent des «actions éducatives de proximité».

A l'inverse, «La formation par les pairs» citée par 11 % est l'activité la moins poursuivie par les répondants.

Tableau 7 : Les activités proposées par les institutions dans le cadre de la prévention/promotion de la santé cardiovasculaire.

		Information	Documentation	Actions éducatives de proximité	Accompagnement de projet – conseil en méthodologie	Communication – actions médiatiques	Formation de relais	Collecte de données qualitatives	Collecte de données quantitatives	Evaluation	Animation de réseau	Coordination (mandaté ou non)	Création d'événements en Communauté française	Formation par les pairs	Autres
Types d'institutions/activités	n														
Association sportive, groupe visant l'activité physique	6	3	2	3	0	4	0	1	1	0	0	0	2	0	2
Autres formes d'enseignement	3	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Centre local de promotion de la santé	7	7	7	3	7	4	7	4	3	3	6	3	3	2	4
Groupe de soutien, d'entraide, ...	15	11	7	5	0	4	1	0	0	0	1	1	3	1	8
H.Ecole/Univ	3	1	1	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	1
Institution de soins, centre de santé, hôpital, ...	10	8	6	10	2	5	1	6	5	3	2	2	0	0	2
Médecine du travail	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Médecine générale	4	2	3	2	4	1	3	4	3	2	2	3	1	3	1
Médecine scolaire	22	10	11	7	10	1	0	1	2	5	1	4	1	1	3
Mouvement d'éducation permanente	3	3	2	2	0	1	1	0	0	0	1	0	2	0	1
Mutuelle	4	4	2	3	2	4	0	0	1	2	1	0	1	0	2
Observatoires provinciaux	3	2	3	2	1	3	1	3	3	3	1	1	1	1	3
Services communautaires	4	1	2	0	4	1	2	1	1	3	1	2	0	0	3
Société experte, spécialisée, ...	5	5	4	3	1	2	2	2	3	2	1	2	4	0	1
Autres	25	22	15	21	9	12	15	8	6	6	7	7	6	5	5
TOTAL	115	81	66	63	42	43	35	32	31	29	24	25	25	13	36
TOTAL (%)		70	57	55	37	37	30	28	27	25	21	22	22	11	31

C TYPES D'ACTIVITÉS ET TYPES D'INSTITUTIONS

«**L'information**» est reprise par tous les CLPS (7/7), toutes les mutuelles ou organismes en lien avec une mutuelle (4/4), toutes les sociétés expertes (5/5), tous les mouvements d'éducation permanente (3/3). Viennent ensuite les groupes d'entraide (11/15), les institutions de soins (8/10), les mouvements d'éducation permanente (2/3), la médecine scolaire (9/22), les autres (22/25)... En conclusion, «L'information» ne semble pas être liée à un type d'organisme en particulier.

«**La documentation**» est reprise par tous les CLPS (7/7), les Observatoires provinciaux (3/3), la médecine du travail (1/1), la Haute Ecole (1/1). Viennent ensuite les institutions de soins (6/10), les institutions en lien avec la médecine générale (3/4), les mouvements d'éducation permanente (2/3), les groupes d'entraide (7/15), la médecine scolaire (11/22), les autres (15/25) ... La «documentation» ne semble pas non plus être liée à un type d'organisme en particulier.

«**Les actions éducatives de proximité**» sont reprises par toutes les institutions de soins (10/10), la médecine du travail (1/1). Viennent ensuite, les Observatoires provinciaux (2/3), les mutuelles (3/4), les mouvements d'éducation permanente (2/3), les sociétés expertes (3/5), les associations sportives (3/6), les institutions en lien avec la médecine générale (2/4), les autres (21/25). Cette activité n'est ni du ressort de la Haute Ecole, ni de celui des services communautaires (0/3) et des Ecoles de santé publique (0/2).

«**Accompagnement de projet – Conseil en méthodologie**» sont repris les services communautaires (4/4), les CLPS (7/7), les institutions en lien avec la médecine générale (4/4), les autres (9/25). Cette activité n'est pas du ressort des associations sportives (0/6), des mouvements d'éducation permanente (0/3), des groupes d'entraide (0/16) ... Cet item a été coché par deux institutions de soins. Notons aussi que cette activité a été citée par 1 des Observatoires provinciaux (1/3)⁸. En conclusion, l'accompagnement de projet semble, par contre, clairement dévolu à certains organismes.

«**Communication – actions médiatiques**» Ces activités sont reprises par tous les Observatoires provinciaux (3/3), par toutes les mutuelles (4/4). Viennent ensuite les associations sportives (4/6), les CLPS (4/7), les institutions de soins (5/10). Ce n'est clairement pas du ressort de la médecine scolaire (1/22), ni de la Haute Ecole. Un seul service communautaire cite cette activité (1/4). La catégorie «Autres» est toujours fort présente (12/25).

«**La formation de relais**» est reprise par tous les CLPS (7/7), la médecine du travail (1/1) et les organismes liés à la médecine générale (3/4). Viennent ensuite les 2 services communautaires (2/4), les sociétés expertes (2/5). Cette activité n'est pas ou peu du ressort des groupes d'entraide (1/15) et des institutions de soins (1/10), pas du ressort des associations sportives (0/6), des PSE (0/22), des mutuelles (0/4). Un groupe «Autres» important (15/25). En conclusion, la «formation de relais» n'est manifestement pas l'objectif poursuivi par certains organismes.

«**La collecte de données qualitatives**» est reprise par l'ensemble des organismes liés à la médecine générale (4/4), par l'ensemble des observatoires (3/3). Cette activité est citée par les hautes écoles et universités (2/3), par 4 CLPS (4/7), les institutions de soins (6/10). Elle est peu du ressort des associations sportives (1/6) et des sociétés expertes (2/5) ; pas du ressort des groupes d'entraide (0/15), des PSE (1/22), des mouvements d'éducation permanente (0/3), des mutuelles.

«**La collecte de données quantitatives**» est reprise par les organismes liés à la médecine générale (3/4) ; par la médecine du travail (1/1) ; par l'ensemble des observatoires (3/3). Citée par les hautes écoles et universités (2/3), par 3 CLPS (3/7), les institutions de soins (5/10), des sociétés expertes (3/5). Peu du ressort des associations sportives (1/6) ; des mutuelles (1/4) ; des PSE (2/22) ; pas du ressort des groupes d'entraide (0/15) et des mouvements d'éducation permanente (0/3).

«**L'évaluation**» est reprise par l'ensemble des observatoires (3/3). Citée par les services communautaires (3/4), par les mutuelles (2/4), par les organismes liés à la médecine générale (2/4) , 3 CLPS (3/7), les PSE (5/22), des sociétés expertes (2/5), les institutions de soins (3/10). Pas du ressort des associations sportives (0/6), des hautes écoles et universités (0/3), des groupes d'entraide (0/15) et des mouvements d'éducation permanente (0/3).

«**L'animation de réseau**» semble être le fait des CLPS (6/7). Certains chiffres qui suivent ne sont cités qu'à titre indicatif au vu du faible nombre de répondants menant ce type d'activité. Elle est reprise par les mouvements d'éducation permanente (1/3), les institutions de soins (2/10), par les organismes liés à la médecine générale (2/4), une mutuelle (1/4), un observatoire (1/3), un service communautaire (1/4), une société experte (1/5) Peu ou pas du ressort des associations sportives (0/6), des Hautes écoles et Universités (0/3), des groupes d'entraide (1/15), des PSE (1/22).

«**La coordination**» est citée par les organismes liés à la médecine générale (3/4). Viennent ensuite les services communautaires (2/4), les sociétés expertes (2/5), les CLPS (3/7), des institutions de soins (2/10), la médecine scolaire (4/22), un observatoire provincial (1/3). Peu ou pas du ressort des groupes d'entraide (1/15), des Hautes écoles et Universités (0/3), de la médecine du travail (0/1), des mouvements d'éducation permanente (0/3), des mutuelles (0/4), des associations sportives (0/5).

«**La création d'événements en communauté française**» est citée par les sociétés expertes (4/5), les associations sportives (2/5), des CLPS (3/7), des groupes d'entraide (3/15), un organisme lié à la médecine générale (1/4), des mouvements d'éducation permanente (2/3), une mutuelle (1/4), un observatoire (1/3). Peu ou pas du ressort des Hautes écoles et Universités (0/3), des institutions de soins (0/10), de la médecine du travail (0/1), de la médecine scolaire (1/22), des mutuelles (0/4), des services communautaires (0/4).

«**Formation par les pairs**» Cette activité est poursuivie essentiellement par les institutions en lien avec la médecine générale (3/4). Elle est citée par des CLPS (2/7), un groupe d'entraide (1/16), 1 institution relevant de la médecine scolaire (1/22), un service communautaire (1/5) et 5 institutions relevant de la catégorie «Autres» (5/25).

«**Autres**» 36 répondants disent poursuivre d'autres activités.

Il s'agit par exemple d'actions favorisant l'activité physique pour le tout public ou pour des publics plus spécifiques comme les personnes cardiaques ou opérées du cœur ; d'un encadrement psychopédagogique et social d'enfants

8. Comme nous l'avons souligné dans le Tableau 2 (p.13), la catégorie «Observatoires provinciaux» recouvre des réalités très différentes.

opérés du cœur ; d'activités de recherche, enquêtes, publication de données épidémiologiques ou mise à disposition de résultats d'analyses; de dépistages ; de bilan de santé et de prises en charge individuelle en prévention secondaire ou des hypercholestérolémies chez l'enfant ...

Sont aussi citées l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques ; la formation continue ; divers remboursements spécifiques par exemple dans le cadre des assurances complémentaires (remboursement des frais de diététiciens pour enfants en surpoids ...) , des affiliations à un club sportifs...

Sont aussi repris la mise en place d'activités visant à «Encourager le développement de partenariats, l'intersectorialité et le développement communautaire» et la diffusion des politiques de promotion de la santé de la Communauté française auprès des acteurs.

CONCLUSIONS

Hormis les activités telles que «l'information», «la documentation» et «les actions éducatives de proximité» qui ne semblent pas être liées à un organisme particulier, la plupart des activités semblent être le fait d'institutions précises.

D DOMAINES COUVERTS PAR LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

Il est également intéressant de découvrir les domaines couverts par les différentes institutions oeuvrant dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire.

Lorsqu'on analyse les réponses reçues, le domaine «**promotion à la santé cardiovasculaire**» est le plus largement couvert : 70 % des répondants promeuvent la pratique régulière d'une activité physique ; 67 % une alimentation équilibrée ; 62 % une vie et un environnement sans tabac.

Ce domaine est donc pris en charge, au minimum, par 60 % des institutions.

La promotion à la santé ne semble pas être le fait d'un type d'institution précis.

Ainsi, **la promotion de la pratique régulière d'une activité physique** est prise en charge par l'ensemble des associations sportives (6/6), des institutions de soins (10/10), des mutuelles (4/4), des sociétés expertes (5/5), des formes d'enseignement autres que les Hautes écoles et les universités (3/3) et par la médecine du travail (1/1) ; elle est citée par une large majorité de CLPS (6/7), des Observatoires provinciaux (2/3), des groupes d'entraide (12/15) et enfin par la moitié des PSE.

Rappelons que certains groupes d'entraide ont créé des structures pour permettre aux patients à risques ou ayant développé une pathologie cardiaque de pratiquer des activités sportives encadrées et adaptées.

Promouvoir une alimentation équilibrée est repris par l'ensemble des mutuelles (4/4), des sociétés d'experts (5/5), des mouvements d'éducation permanente (3/3) et de la médecine du travail (1/1) ; par une grande majorité des institutions de soins (9/10), des Observatoires provinciaux (2/3) et des CLPS (6/7) et enfin par plus de la moitié des PSE (13/22). Ce domaine est aussi cité par près de la moitié des groupes d'entraide et de soutien, et par seulement deux associations sportives (2/6).

Promouvoir une vie et un environnement sans tabac est repris par l'ensemble des mutuelles (4/4), des sociétés d'experts (5/5) et par la médecine du travail (1/1) ; par une grande majorité des institutions de soins (8/10), des Observatoires provinciaux (2/3), des CLPS (6/7), des mouvements d'éducation permanente (2/3) et enfin par près de la moitié des PSE (10/22).

Les actions sur des publics spécifiques sont poursuivies par 42 % des institutions.

Le domaine «**prévention des facteurs de risque et amélioration de leur prise en charge**» est moins largement pris en charge : 29 % des organismes répondant visent à évaluer le risque cardiovasculaire individuel ; 28 % à améliorer l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire ; 27 % à favoriser la prise en charge d'une surcharge pondérale ; 18 % à améliorer la prise en charge d'un excès de stress et 16 % à favoriser la prise en charge d'une perturbation du cholestérol.

Les domaines «**prévention des récidives**» et «**promotion de la santé du patient cardiaque**» sont peu représentés : 13 % des organismes répondant visent à favoriser les comportements adaptés en cas de crise et d'urgence (AVC, infarctus) et 12 % promeuvent des pratiques de rééducation et de remise en activité des patients ayant eu un problème cardiovasculaire.

La recherche est prise en charge par 5 % des institutions répondant.

Tableau 8 : Domaines couverts par les institutions dans le cadre de la prévention/promotion de la santé cardiovasculaire.

		Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique	Promouvoir une alimentation équilibrée	Promouvoir une vie et un environnement sans tabac	Actions sur des publics spécifiques	Evaluer le risque cardiovasculaire individuel	Améliorer l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire	Prise en charge d'une surcharge pondérale	Prise en charge d'un excès de stress	Prise en charge d'une perturbation du cholestérol	Favoriser les comportements adaptés en cas de crise d'urgence (AVC, infarctus)	Promouvoir les pratiques de rééducation et de remise en activité des patients ayant eu un problème cardiovasculaire	Recherche	Autres
Types d'institutions/ domaines	n													
Association sportive, groupe visant l'activité physique	6	6	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres formes d'enseignement (niveau secondaire)	3	3	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Centre local de promotion de la santé	7	6	6	6	3	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Groupe de soutien, d'entraide, ...	15	12	7	6	4	6	6	5	4	4	5	5	0	4
H. Ecole / Univ	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1
Institution de soins, centre de santé, hôpital, ...	10	10	9	8	4	9	7	6	5	7	3	4	0	1
Médecine du travail	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1
Médecine générale	4	1	1	2	3	4	4	2	1	2	1	0	1	1
Médecine scolaire	22	11	13	10	5	2	1	3	1	0	0	0	0	2
Mouvement d'éducation permanente	3	2	3	2	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Mutuelle	4	4	4	4	3	0	2	3	2	0	0	0	0	1
Observatoires provinciaux	3	2	2	2	2	2	1	0	1	0	0	0	1	3
Services communautaires	4	2	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
Société experte, spécialisée, ...	5	5	5	5	4	4	3	2	2	3	3	3	1	3
Autres	25	15	19	19	15	3	8	6	2	2	3	2	0	5
TOTAL	115	80	77	70	48	33	32	31	21	18	15	14	6	28
TOTAL (%)		70	67	61	42	29	28	27	18	16	13	12	5	24

Un certain nombre d'institutions signalent couvrir d'autres domaines. Ces domaines sont repris par type d'institution en annexe 5 et présentés avec les termes utilisés par les répondants. Ce sont probablement les groupes de soutien qui investissent un maximum de domaines différents.

E DOMAINES, ACTIVITÉS ET TYPES D'INSTITUTIONS

La relation éventuelle entre «type d'institution», «domaines privilégiés», les «activités» mises en place a été recherchée. Seules les catégories «types d'institutions» où nous avons au minimum 4 répondants ont été prises en compte.

Les «domaines» et les «activités» sont pris en compte quand au moins la moitié des institutions répondant déclarent les poursuivre ou les mettre en place.

Toutes les associations sportives promeuvent la pratique régulière d'une activité physique (6/6). On aurait pu émettre l'hypothèse qu'elles promeuvent «dans la foulée», une alimentation équilibrée ainsi qu'une vie et un environnement sans tabac. Cela n'est pas le cas : peu d'associations sportives promeuvent une alimentation équilibrée (2/6) ou une vie et un environnement sans tabac (1/6).

Les associations sportives se positionnent donc exclusivement dans le domaine de la promotion à la santé et s'intéressent particulièrement à la promotion de la pratique sportive. Elles vont «promouvoir la pratique régulière d'une activité physique» essentiellement par le biais de «communication-actions médiatiques».

Les associations sportives n'accompagnent pas de projets, n'assurent pas la formation de relais, l'évaluation, l'animation de réseau, la coordination et la formation par les pairs (0/6).

Les Centre Locaux de Promotion de la Santé s'inscrivent dans de domaine de la promotion à la santé : promotion d'une pratique régulière d'une activité physique (6/7), d'une alimentation équilibrée (6/7), d'une vie et d'un environnement sans tabac. Trois CLPS mènent des actions sur des publics spécifiques (3/7).

Les CLPS pris dans leur ensemble poursuivent l'ensemble des activités. Néanmoins, certaines activités sont menées par une majorité d'entre eux. Ainsi, tous les CLPS diffusent de l'information, de la documentation, accompagnent des projets et forment des relais (7/7). Quatre CLPS mènent des actions médiatiques et collectent des données qualitatives (4/7).

Les groupes de soutien ou d'entraide couvrent l'ensemble des domaines proposés. Néanmoins, ils sont présents massivement dans certains secteurs. Ainsi, ils promeuvent majoritairement la pratique régulière d'une activité physique (11/15). Leurs publics cibles sont des personnes présentant des facteurs de risque ou ayant développé une pathologie cardiaque. Près de la moitié promeuvent une alimentation équilibrée (7/15). Il serait néanmoins hâtif de tirer comme conclusion que les groupes d'entraide s'inscrivent résolument et uniquement du côté de la promotion à la santé.

Un certain nombre de groupes d'entraide ou de soutien ont mis en place des groupes sportifs où les personnes à risque ou ayant développé une pathologie peuvent s'adonner à une pratique sportive régulière.

Ils utilisent l'information (11/15) et la documentation (7/15).

Les groupes de soutien ou d'entraide n'accompagnent pas les projets (0/15) ; ils ne collectent pas les données (0/15) ; ils ne mènent pas d'évaluation (0/15).

Les institutions de soins, les centres de santé, de revalidation ... couvrent l'ensemble des domaines proposés, excepté la recherche.

Tous promeuvent la pratique régulière d'une activité physique (10/10). Une grande majorité promeut une alimentation équilibrée (9/10) ainsi qu'une vie et un environnement sans tabac (8/10). Considérant la prise en compte des facteurs de risque, ils évaluent le risque cardiovasculaire individuel (9/10) ; ils améliorent l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaires (7/10) ; ils prennent en charge les personnes présentant une surcharge pondérale (6/10), une perturbation du cholestérol (7/10) ou un excès de stress (5/10) ; ils promeuvent les pratiques de rééducation et de remise en activité des patients ayant eu des problèmes cardiovasculaires (4/10).

Les institutions de soins, les centres de santé, de revalidation... mènent une majorité des activités proposées à l'exception de la formation par les pairs et de la création d'événements en Communauté française.

Toutes mènent des actions éducatives de proximité (10/10). Une majorité diffuse de l'information (8/10), de la documentation (6/10) et collecte des données qualitatives (6/10). La moitié mène des actions médiatiques et collecte des données quantitatives.

Les associations en lien avec la médecine générale évaluent le risque cardiovasculaire individuel et améliorent l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaires (4/4).

Trois institutions ont des actions sur des publics spécifiques (3/4) et assurent la formation par les pairs (3/4) ; la moitié promeut une vie et un environnement sans tabac (2/4), prend en charge les personnes présentant une surcharge pondérale (2/4) ou une perturbation du cholestérol (2/4).

Tous les répondants accompagnent des projets (4/4) et collectent des données qualitatives (4/4) ; ils diffusent de la documentation (3/4) ; assurent la formation de relais (3/4), la collecte de données quantitatives (3/4) et la coordination (3/4). Ils mènent des actions éducatives de proximité (2/4), des évaluations (2/4) et l'animation de réseau (2/4).

Les centres PSE présentent une certaine hétérogénéité dans les réponses. La moitié des répondants promeut une alimentation équilibrée (13/22) et la pratique régulière d'une activité physique (11/22). Les réponses suivantes ne sont plus le fait d'au moins la moitié des répondants : une vie et un environnement sans tabac (10/22)...

En ce qui concerne les activités menées, 11 répondants diffusent de la documentation (11/22), 10 de l'information (10/22) et 9 accompagnent des projets (10/22).

Les PSE n'assurent pas ou très peu la formation de relais, la collecte de données qualitatives, l'animation de réseau, la création d'événements, des actions médiatiques.

Les mutuelles s'inscrivent dans la promotion à la santé. Toutes promeuvent la pratique régulière d'une activité physique, une alimentation équilibrée, ainsi qu'une vie et un environnement sans tabac (4/4). Elles ont des actions sur des publics spécifiques (3/4). Elles veulent améliorer l'accompagnement des personnes présentant une surcharge pondérale (3/4).

Les mutuelles ne mènent pas d'actions spécifiques pour évaluer le risque cardiovasculaire individuel (0/4) ; pour améliorer la prise en charge des personnes présentant une perturbation du cholestérol (0/4) ; pour promouvoir les pratiques de rééducation et de remise en activité des patients ayant eu des problèmes cardiovasculaires (0/4) ou encore favoriser les comportements adaptés en cas de crise et d'urgence (0/4).

Elles recourent à la diffusion d'information (4/4), des actions médiatiques (4/4) ; elles mènent des actions éducatives de proximité (3/4). La moitié diffuse de la documentation, accompagne des projets et mène des évaluations (2/4).

Les services communautaires couvrent principalement le secteur de la promotion à la santé. La moitié d'entre eux promeut la pratique régulière d'une activité physique, une alimentation équilibrée, ainsi qu'une vie et un environnement sans tabac (2/4).

Ils ne couvrent pas les domaines liés à la prise en charge de facteurs de risque ou de promotion à la santé d'une personne ayant développé une pathologie.

Tous les services communautaires accompagnent des projets et assurent le soutien méthodologique (4/4). Ils assurent des évaluations (3/4), la diffusion de documentation (2/4), la formation de relais (2/4) et la coordination (2/4).

Les sociétés expertes couvrent tous les domaines. Toutes promeuvent la pratique régulière d'une activité physique, une alimentation équilibrée, ainsi qu'une vie et un environnement sans tabac (5/5).

Elles ont des actions sur des publics spécifiques (4/5) ; elles favorisent l'évaluation du risque cardiovasculaire individuel (4/5) ; elles améliorent l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque (3/5), une perturbation du cholestérol (3/5) ; elles favorisent les comportements adaptés en cas de crise (3/5) et promeuvent les pratiques de rééducation et de remise en activité des patients ayant eu un problème cardiovasculaire.

Les sociétés expertes ont des activités fort diversifiées. Si on les considère dans leur ensemble, elles s'adonnent à l'ensemble des activités sauf la formation par les pairs. Toutes recourent à la diffusion d'information (5/5). Quatre diffusent de la documentation et créent des événements en Communauté française (4/5). Trois mènent des actions éducatives de proximité (3/5) et collectent des données qualitatives.

On trouvera en annexe 5 la réponse à la question «**Quels sont les autres domaines couverts par les institutions ?**»

En effet, comme nous l'avons vu un certain nombre d'institutions signalent couvrir d'autres domaines que ceux préalablement cités. Ces domaines sont repris par type d'institution et présentés avec les termes utilisés par les répondants. Ce sont probablement les groupes de soutien qui investissent un maximum de domaines différents.

F RÉSEAUX

L'annexe 6 est consacrée aux réseaux cités. Les institutions sont regroupées par «type».

Pour chaque institution, les informations reprises dans cette annexe sont le n° d'identifiant, le nom de l'institution, la ville, les réseaux cités, la province, le type d'institution.

G LES OUTILS RÉALISÉS

L'annexe 7 présente le détail des outils réalisés par les différentes institutions.

Pour chaque institution, les informations reprises dans cette annexe sont le n° d'identifiant, le nom de l'institution, la ville, le type de supports créés, le titre de l'outil et le type d'institution.

4.2.2 Présentation des projets

Dans ce chapitre, nous vous présentons les résultats de notre recherche en termes de «projets ou interventions».

Nous disposons au 24/01/2007 de 205 fiches projets répondant aux critères établis en termes de période (2 dernières années) et de durée (3 mois au minimum).

A DURÉE DES PROJETS

Le Tableau 9 présente les projets répartis en fonction de leur durée au 31/01/2007.

31 % des projets durent au minimum 4 ans ; 3 projets sur 4 (76 %) ont une durée minimale d'un an.

Les projets de moins de 3 mois (5,4 %) représentent les interventions relativement courtes mais récurrentes.

Durée des projets au 31/01/2007 (n=204)	Nbre de projets	%
< 3 mois	11	5,4
3 - < 6 mois	19	9,3
6 - <12 mois	19	9,3
12 mois - < 24 mois	48	23,5
24 mois - < 36 mois	19	9,3
36 mois - < 48 mois	24	11,8
48 mois et +	64	31,4
Total	204	100,0

B INITIATIVE DES PROJETS ET IDENTIFICATION DES COMMANDITAIRES

Le Tableau 10 permet de distinguer les projets dont l'initiative émane de l'institution «répondante» des initiatives émanant d'une commande extérieure à l'institution et de celles qui émanent d'un partenariat négocié.

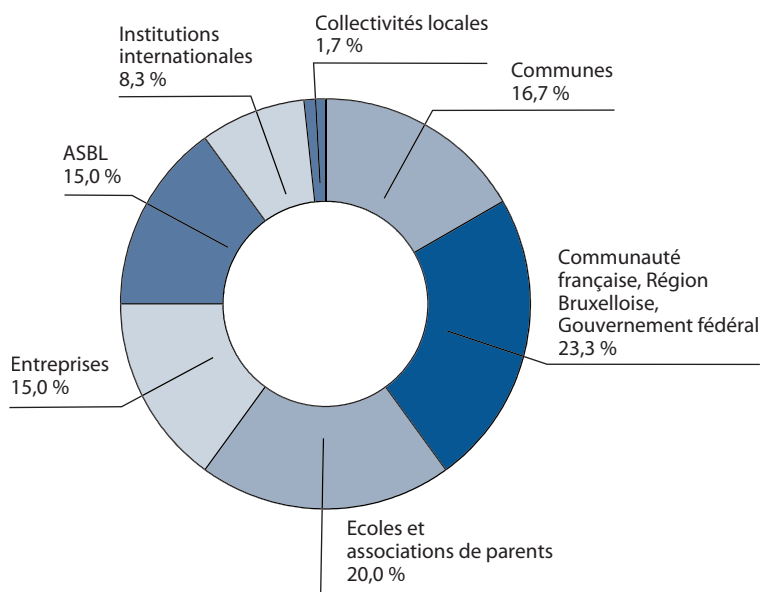
Un tiers des projets relève d'une initiative de l'institution et plus de la moitié des projets relèvent d'un partenariat négocié. Seuls 8 % des projets répondent à une commande extérieure.

Initiative du projet	% projets
De votre institution	35,6
Une commande extérieure	8,4
Un partenariat négocié	56,0
Total	100,0

Sur les 130 projets qui relèvent d'une commande extérieure ou d'un partenariat négocié, seulement 46 % (n=60) ont répondu à la question permettant d'identifier le commanditaire extérieur. La figure 1 montre la variété des commanditaires externes à l'institution.

Parmi ces 60 projets, 23 % sont commandés par la Communauté française. Les communes, les écoles, les entreprises et les asbl occupent une place non négligeable parmi les différents commanditaires.

Figure 1 : Distribution des projets en fonction des commanditaires pour les projets émanant d'une commande extérieure ou d'un partenariat négocié (n=60).



C COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DES PROJETS

Au niveau de la couverture géographique des projets, les projets locaux sont les plus représentés.

Le nombre de projets qui couvrent une province et ceux qui couvrent la Communauté française sont également importants.

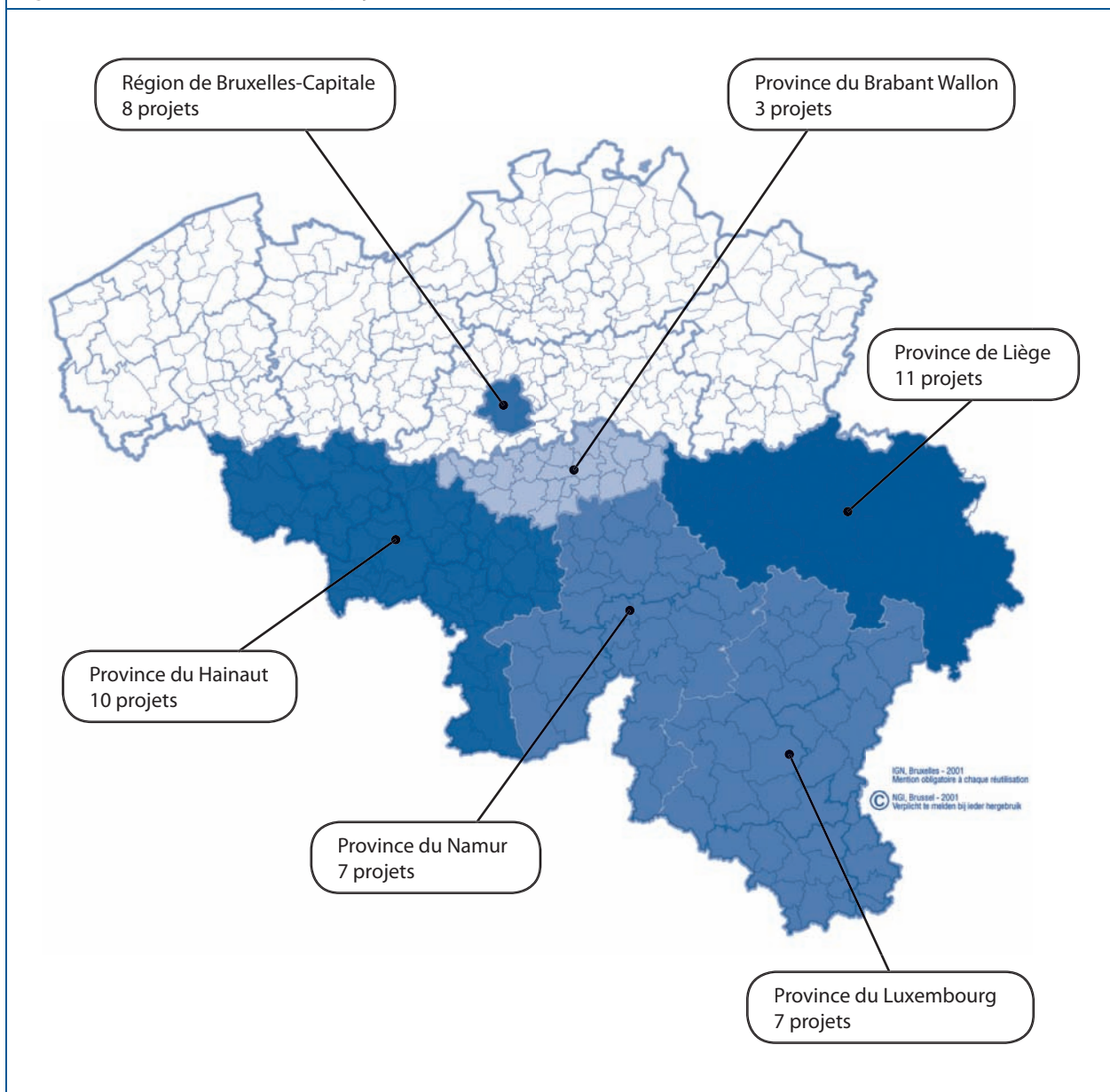
Tableau 11 : Distribution des projets en fonction de leur couverture géographique (n=205) (plusieurs choix possibles).

Couverture géographique du projet	% projets
Locale	28,8
Communale	17,1
Provinciale	25,4
Régionale	15,6
Communauté française	22,9
Nationale	9,8
Européenne	3,9
Internationale	2,9

La figure 2 présente la distribution des projets à l'échelle provinciale. Par projet «à l'échelle provinciale», on entend des projets qui couvrent l'ensemble de la province. Nous avons intégré dans cette figure la Région de Bruxelles-Capitale.

Les provinces de Liège (n=11) et du Hainaut (n=10) recensent un nombre plus élevé de projets à l'échelle provinciale. Si toutes les provinces sont concernées par des projets, on observe une disparité dans la distribution entre provinces avec nettement moins d'interventions de ce type dans le Brabant wallon (n=3).

Figure 2 : Distribution des projets à l'échelle provinciale (n=46).



À la question portant sur l'identification précise de la zone géographique couverte par leur(s) projet(s), certains intervenants ont cité une ou plusieurs communes. C'est un complément d'informations par rapport à la figure précédente. Toutefois, le faible taux de réponse à cette question ne permet pas de dresser une cartographie comparative. À titre indicatif, la liste des communes est reprise en annexe 8.

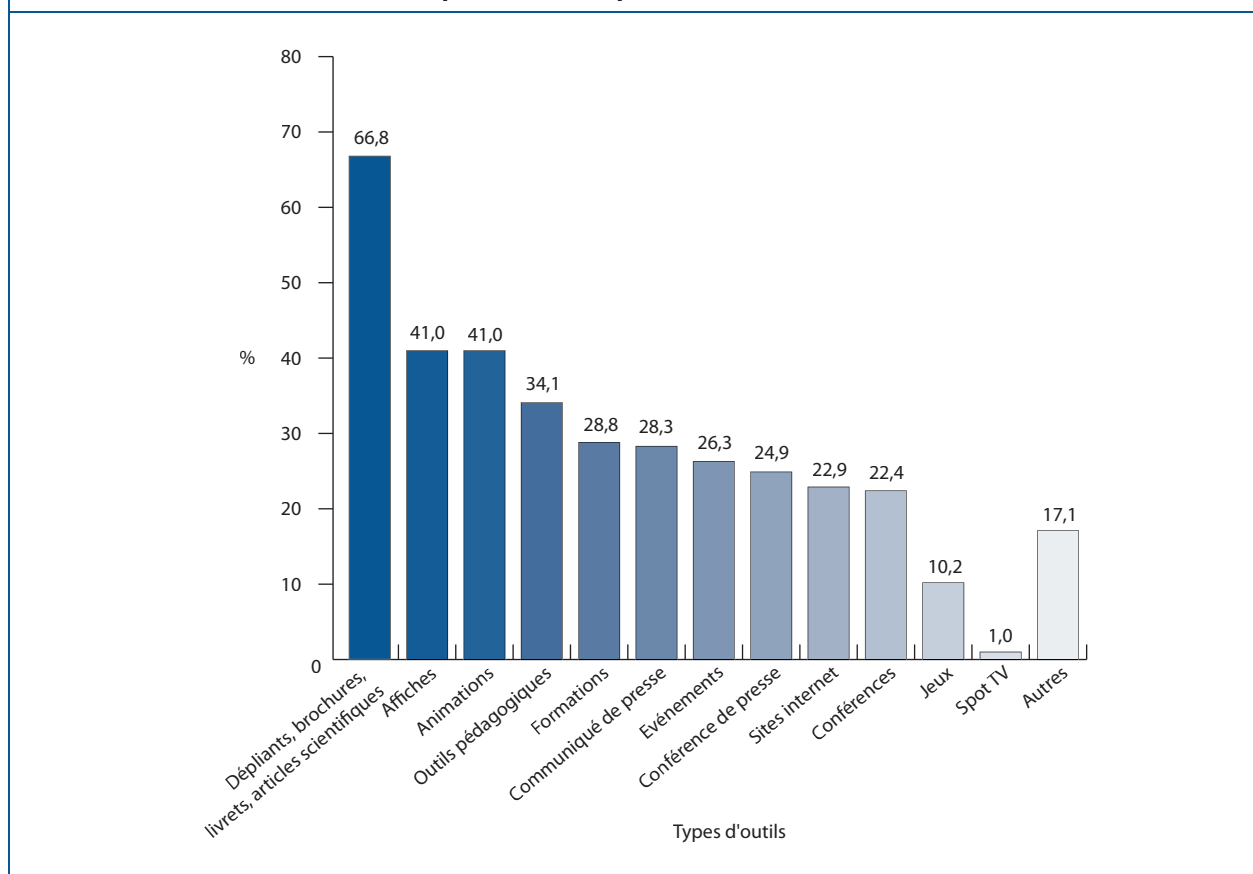
D OUTILS MIS EN OEUVRE

Parmi les outils mis en œuvre au cours de la réalisation des projets, les supports écrits semblent les plus largement utilisés.

Les animations semblent également constituer un outil largement utilisé dans les projets.

Au niveau des médias, c'est également la presse écrite qui occupe la première place. L'utilisation de sites Internet est mentionnée dans 23 % des projets. Seul 1 % des projets ont recours aux spots télévisés.

Figure 3 : Distribution des projets en fonction des outils mis en œuvre pour sa réalisation (n=205) (plusieurs choix possibles).



E PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

Il ressort du Tableau 12 que 27 % des projets réalisés ou en cours de réalisation sont intégrés dans un programme à l'échelle de la Communauté française.

Tableau 12 : Distribution des projets en fonction de leur intégration à un programme à l'échelle de la Communauté française (n=196).

Projet intégré à un programme à l'échelle de la Communauté française	% projets
Oui	27,0
Non	63,8
Ne sais pas	9,2
Total	100,0

F EVALUATION DES PROJETS

La Communauté française, dans ses procédures de sélection et de financement des projets, promeut la «culture de l'évaluation des interventions». Parmi les projets recensés, 55 % des acteurs indiquent que leur projet a été évalué. Dans 74 % des cas, un rapport a été rédigé, principalement par l'équipe du projet.

On constate également que seuls 17 % des projets semblent avoir été évalués par un évaluateur externe.

Tableau 13 : Distribution des projets en fonction de la réalisation d'une évaluation et de la rédaction d'un rapport d'évaluation.

Evaluation des projets	n «oui»	% «oui»
Projet évalué (n=190)	105	55,3
Rédaction d'un rapport d'évaluation (n=105)	78	74,3
Rapport rédigé par (n=78) (plusieurs choix possibles)		
l'équipe du projet	61	78,2
l'institution	32	41,0
un évaluateur externe	13	16,7

Parallèlement à cela, on constate dans le Tableau 14 que seuls 26 % des projets disposent d'un budget alloué pour la réalisation de l'évaluation.

Tableau 14 : Distribution des projets en fonction de la disponibilité d'un budget pour réaliser l'évaluation (n=183).

Budget disponible pour l'évaluation	% projets
Oui	25,7
Non	68,9
Ne sait pas	5,5

G BUDGET ET SOURCES DE FINANCEMENT

Au niveau des budgets alloués aux projets, le Tableau 15 montre que près de 3 projets sur 4 bénéficient d'un apport en ressources humaines. Un peu plus de 2 projets sur 4 disposent d'apports en termes financiers et matériels.

Tableau 15 : Distribution des projets en fonction de la nature des financements obtenus (n=205) (plusieurs choix possibles).

Nature des apports	% des projets
Apports ressources humaines	72,7
Apports financiers	57,6
Apports matériels, mise à disposition de locaux	55,1
Autres	4,4

Au niveau des apports financiers, près de 60 % des projets bénéficient d'un apport de fonds publics.

55 % des projets bénéficient de fonds propres à l'institution.

On peut toutefois s'interroger sur l'éventuelle confusion qui a pu s'opérer entre les notions de «publics» et «de votre institution (fonds propres)», notamment pour les institutions dont le fonctionnement est financé par des fonds publics.

Tableau 16 : Distribution des projets en fonction de la source des apports financiers (n=118) (plusieurs choix possibles).	
Apports financiers	% projets
Publics	56,8
De votre institution (fonds propres)	55,1
Des sponsorings, mécénats	20,3
Du commanditaire du projet	14,4
Des autres partenaires du projet	10,2

Quant aux apports financiers publics, le Tableau 17 montre que près de 60 % des projets déclarent que ces apports proviennent de la Communauté française.

Les projets bénéficiant d'apports financiers des pouvoirs régionaux wallon et bruxellois sont nettement moins nombreux.

Tableau 17 : Distribution des projets en fonction de la source des apports financiers publics (n=67) (plusieurs choix possibles).	
Apports financiers publics (n=67)	% projets
Communauté française	58,2
Province	17,9
Fédéral	14,9
Commune	11,9
Région Wallonne	10,4
Européen	7,5
Région bruxelloise	4,5
Communauté germanophone	0,0
Autres (Commission Communautaire Commune et des autres partenaires du projet)	3,0

En ce qui concerne les apports en termes de ressources humaines, le Tableau 18 montre que ceux-ci proviennent essentiellement de l'institution.

Tableau 18 : Distribution des projets en fonction de la source des apports en ressources humaines (n=149) (plusieurs choix possibles).	
Apports ressources humaines	% projets
De votre institution	85,2
Des autres partenaires du projet	38,3
Du commanditaire du projet	22,8
Autres	8,7

H EXISTENCE D'UN SITE INTERNET

Enfin, les institutions étaient invitées à renseigner l'existence ou non d'un site Internet où des informations complémentaires concernant leur(s) projet(s) étaient disponibles. Les résultats montrent qu'un peu plus d'un projet sur deux dispose d'un site Internet ou de documents de référence qui peuvent être consultés. Les adresses des sites sont reprises en annexe 10.

Existence d'un site Internet ou documents de référence	% projets
Oui	55,1
Non	39,8
Ne sais pas	5,1
Total	100

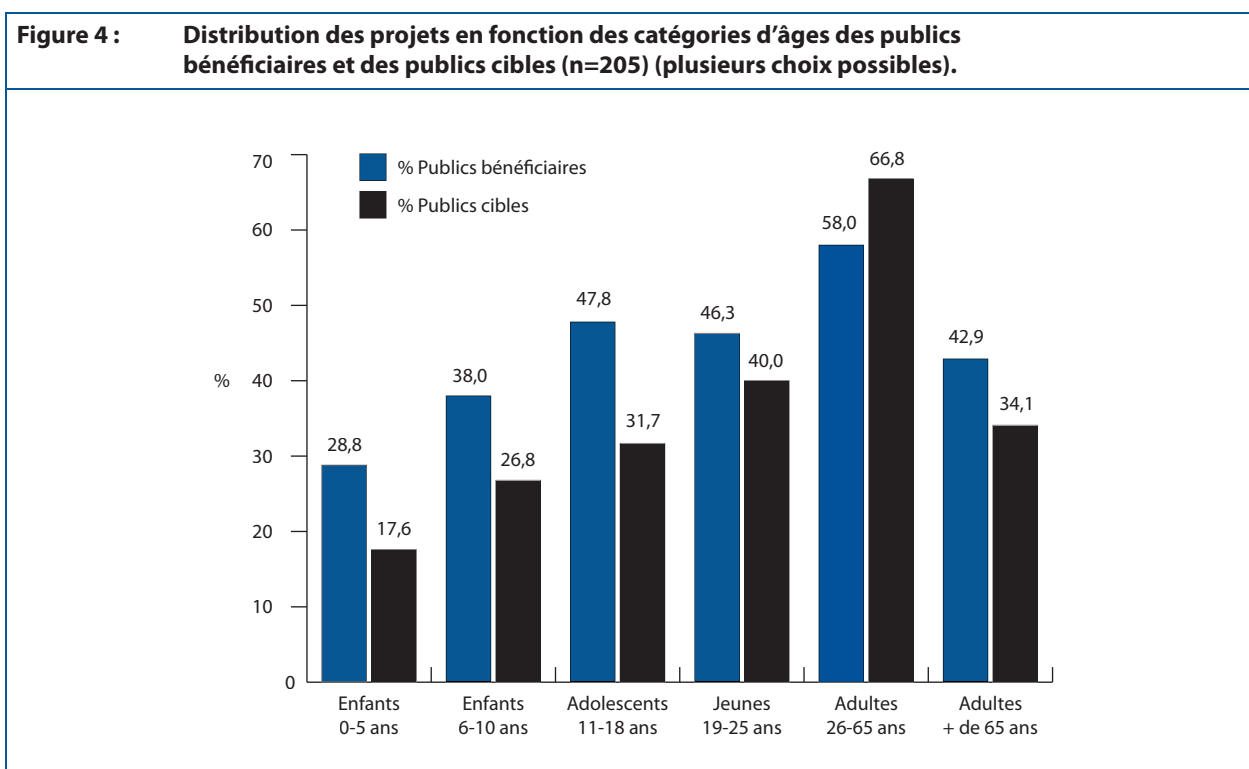
4.3 Analyse comparative avec le document du PCO

Les résultats suivants ont été mis en parallèle avec le document PCO cardiovasculaire rédigé par le groupe technique du Cabinet.

Ces résultats portent sur les publics cibles et bénéficiaires des interventions, les domaines couverts, le type d'activités menées, les stratégies de promotion de la santé poursuivie.

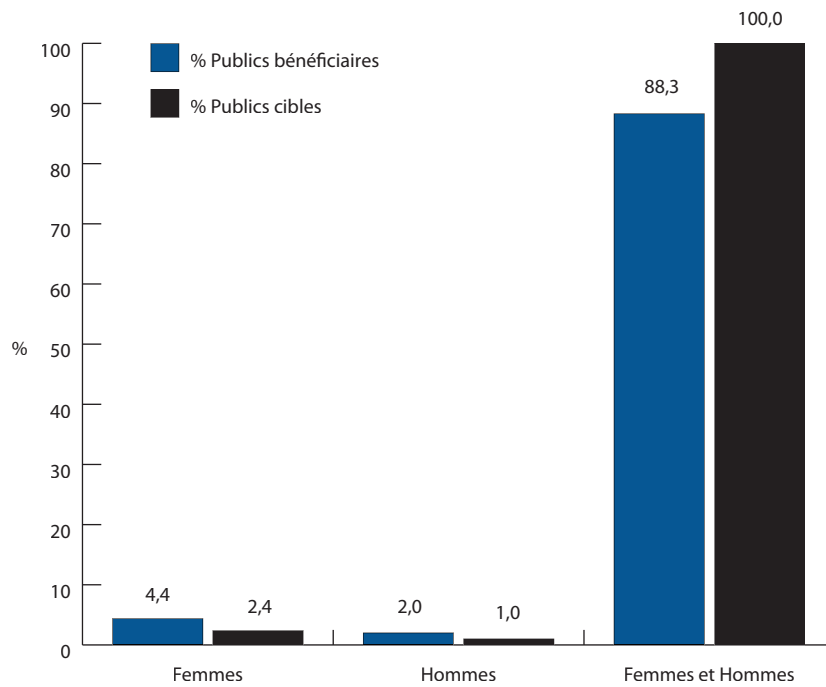
4.3.1 Les publics bénéficiaires et/ou cibles

La Figure 4 présente les projets en fonction des catégories d'âges qu'ils visent en termes de publics cibles et de publics bénéficiaires. Plus d'un projet sur 2 visent, tant au niveau des publics bénéficiaires que des publics cibles, les personnes de 26 à 65 ans. Une part intéressante des projets (entre 20 et 48 %) s'intéressent également aux publics plus jeunes.



En ce qui concerne le genre, très peu de projets visent uniquement les femmes (4 %) ou uniquement les hommes (2 %) que ce soit en termes de publics cibles ou bénéficiaires.

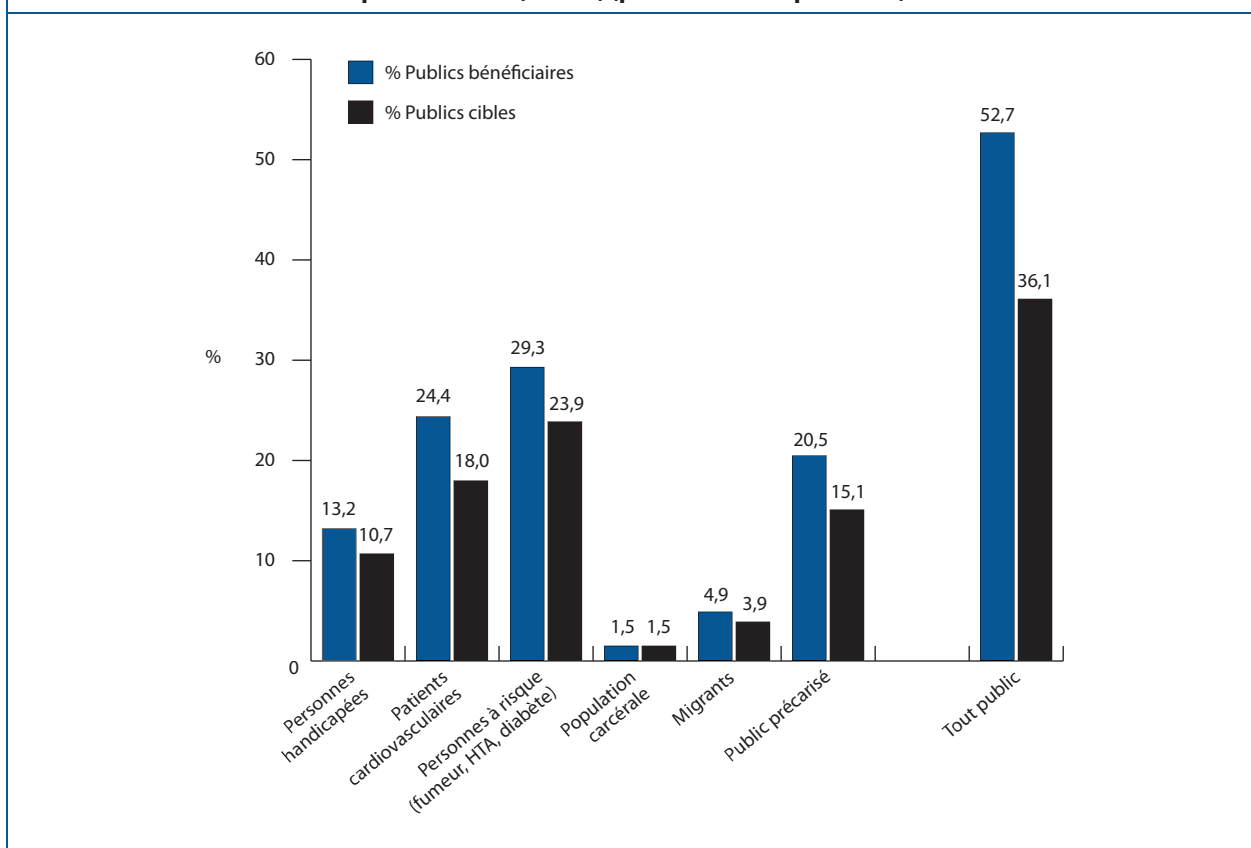
Figure 5 : Distribution des projets en fonction du «genre» des publics bénéficiaires et des publics cibles (n=205).



La majorité des projets vise le «tout public». On enregistre cependant un certain nombre de projets ciblant plus spécifiquement certains «groupes à risque». Parmi ceux-ci, les personnes présentant un facteur de risque et les patients cardiovasculaires sont les publics les plus visés. Les personnes en situation de précarité sont également largement visées par les projets réalisés ou en cours de réalisation.

Peu de projets visent spécifiquement les migrants et les populations carcérales.

Figure 6 : Distribution des projets en fonction des «groupes à risque» parmi les publics bénéficiaires et publics cibles (n=205) (plusieurs choix possibles).



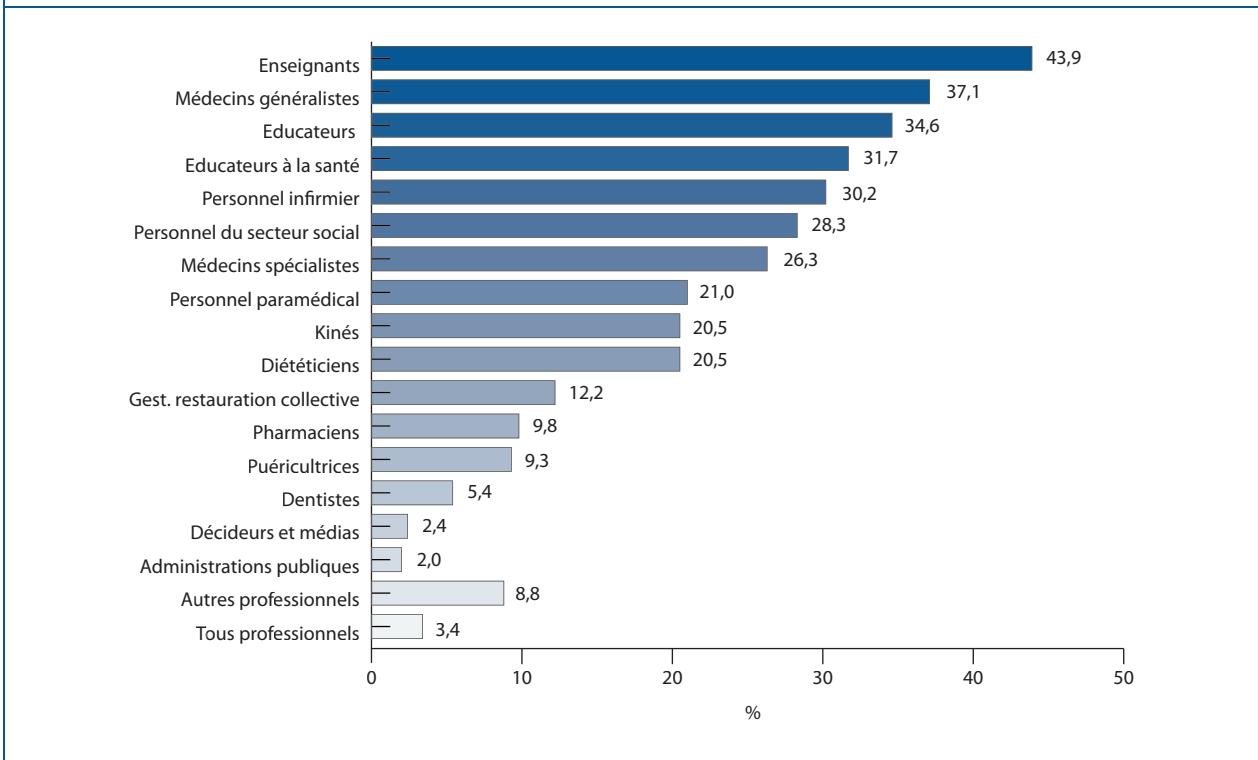
En ce qui concerne les groupes sociaux et milieux de vie, les milieux scolaires et les familles constituent les publics les plus visés par les interventions. En effet, près d'1 intervention sur 2 cible le milieu scolaire ; plus d'1 projet sur 3 la famille, les parents.

Tableau 20 : Distribution des projets en fonction des groupes sociaux et milieux de vie des publics bénéficiaires et des publics cibles (n=205) (plusieurs choix possibles).

Groupes sociaux et milieux de vie	% Publics bénéficiaires	% Publics cibles
Milieux scolaires	46,3	43,4
Familles, parents	42,9	35,6
Adultes en milieu de travail	24,9	26,3
Habitants de quartier	16,6	12,2
Milieux sportifs	10,2	13,2

Les «catégories» professionnelles ciblées (publics cibles) dans le cadre des interventions sont décrites dans la figure suivante. On constate que près de 1 projet sur 2 (44 %) cible les enseignants. Plus d'1/3 des projets ciblent les médecins généralistes, les éducateurs, les éducateurs à la santé.

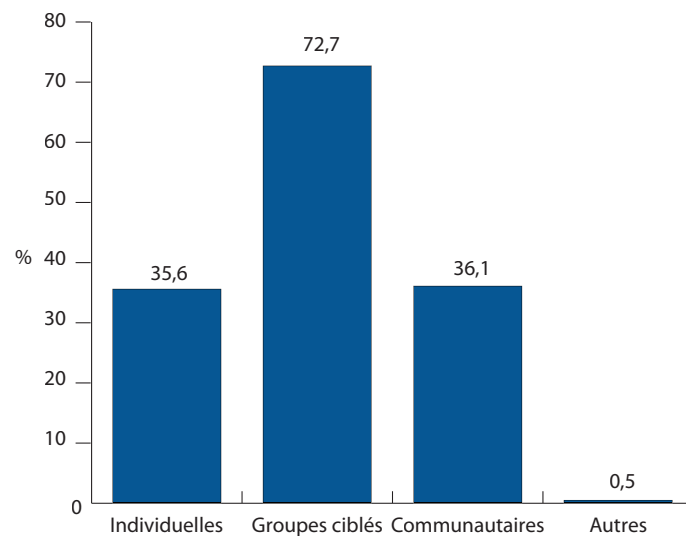
Figure 7 : Distribution des projets en fonction des catégories professionnelles parmi les publics cibles des projets (n=205) (plusieurs choix possibles).



4.3.2 Types d'interventions réalisées

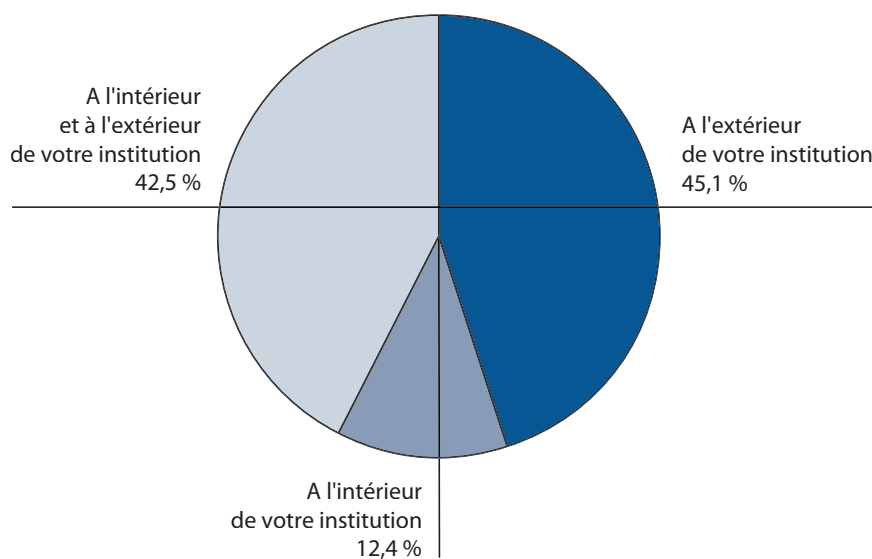
Lorsqu'on s'intéresse à la question de savoir si les interventions réalisées s'adressent à des individus (par exemple, un examen médical, un entretien), à des groupes ciblés (école, entreprises,...) ou à toute la communauté, les résultats montrent que ce sont les interventions visant des groupes ciblés (école, entreprise,...) qui sont les plus représentées, près de 3 projets sur 4.

Figure 8 : Distribution des projets en fonction des différents types d'interventions réalisées (n=205) (plusieurs choix possibles).



Lorsqu'on interroge les acteurs sur le lieu où ils réalisent leurs interventions, on constate que la grande majorité de celles-ci (87 %) se déroule au moins en partie à l'extérieur des institutions qui les réalisent.

Figure 9 : Distribution des projets en fonction du lieu de réalisation des interventions (n=193).



4.3.3 Domaines couverts par les projets

Le tableau ci-dessous illustre, par ordre d'importance décroissante, les domaines couverts par les projets.

Parmi ces domaines, plus d'1 projet sur 2 visent la promotion d'une alimentation équilibrée et 1 projet sur 2 la promotion de la pratique régulière d'un sport. Plus d'1 projet sur 3 portent sur la promotion d'une vie sans tabac. On notera également que de nouvelles catégories ont été créées pour affiner les projets repris sous la catégorie «autres».

Certaines réponses nous amènent également à nous interroger sur la confusion possible entre «domaine couvert» et «activités proposées».

Domaines couverts		% projets
Promouvoir une alimentation équilibrée		61,0
Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique		51,7
Promouvoir une vie et un environnement sans tabac		44,9
Améliorer l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque		22,4
Evaluer le risque cardiovasculaire individuel		21,5
Actions sur des publics spécifiques		18,0
Prise en charge d'une surcharge pondérale		13,7
Prise en charge d'un excès de stress		13,2
Promouvoir les pratiques de rééducation et de remise en activité		5,9
Recherche		5,4
Favoriser les comportements adaptés en cas de crise et d'urgence		3,9
Autres	Promouvoir des comportements de santé sains	4,9
	Appui méthodologique	2,4
	Actions sur les déterminants sociaux	1,5
	Formation, Améliorer les compétences des professionnels	1,5
	Autres	2,4

4.3.4 Activités proposées au travers des projets

A propos des activités proposées, les résultats montrent que les activités d'information et de documentation sont les plus développées au sein des projets.

On constate également que dans 46 % des projets, des collectes de données, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives, sont réalisées.

Les projets proposant des activités d'évaluation et de formation par les pairs sont les moins nombreux.

Tableau 22 : Distribution des projets en fonction des activités proposées (n=205) (plusieurs choix possibles).

Activités proposées	% projets
Information	72,7
Documentation	61,0
Collecte de données (quantitatives et qualitatives)	46,3
Accompagnement de projet - conseil en méthodologie	38,5
Actions éducatives de proximité	38,0
Communication - actions médiatiques	30,7
Formation de relais	27,8
Evaluation	26,8
Animation de réseau	22,9
Création d'événements en Communauté française	13,2
Coordination (mandaté ou non)	13,2
Formation par les pairs	12,2
Autres	9,4

Parmi les projets qui prévoient la réalisation d'une collecte de données, les informations récoltées portent essentiellement sur les facteurs de risque (diabète, hypertension, ...) et les analyses de situation.

Tableau 23 : Distribution de l'activité de collecte de données en fonction des informations récoltées (n=50) (plusieurs choix possibles).

Collectes de données	Nbre de projets	%
Facteurs de risque (surcharge pondérale, glycémie, diabète, ...)	15	30,0
Analyse de situation	10	20,0
Environnement nutritionnel	4	8,0
Pratiques des professionnels	4	8,0
Comportements et déterminants	3	6,0
Habitudes alimentaires	3	6,0
Besoins des jeunes	2	4,0
Evaluation	1	2,0
Hygiène	1	2,0
Autres	9	18,0

4.3.5 Stratégies poursuivies au travers des projets

Enfin, en ce qui concerne les stratégies de promotion de santé poursuivies au travers des projets, la participation communautaire et l'acquisition d'aptitudes individuelles sont les stratégies les plus visées par les projets.

Seuls 4 % des projets visent la stratégie de réorientation des services.

Dans la catégorie «Autres», 1 sous-catégorie importante se dégage : 9 % des projets visent en effet à augmenter les compétences des professionnels.

Tableau 24 : Distribution des projets en fonction de la stratégie de promotion de la santé utilisée (n=205) (plusieurs choix possibles).

Stratégies de promotion de la santé utilisées (n=205)		% projets
Encourager la participation des différents acteurs, y compris le public bénéficiaire		78,0
Augmenter les compétences et favoriser les choix de santé individuels		75,1
Rendre les milieux de vie plus favorables (école, lieux de travail...)		49,3
Mobiliser les acteurs politiques en vue d'une politique publique saine		25,4
Réorienter les services		3,9
Autres	Augmenter les compétences des professionnels	8,8
	Mise à disposition d'outils et de documentation	1,5
	Autres	2,4

4.3.6 Niveaux d'intervention des projets et objectifs santé définis dans le PCO cardiovasculaire

Comme présenté dans la méthodologie, nous avons essayé de classer les projets en fonction de leur spécificité en termes de prévention et promotion de la santé.

Si 52 % des projets sont des interventions essentiellement dans le champ de la prévention primordiale, 22 % abordent aussi ce type de prévention en proposant des activités qui combinent différentes approches préventives.

13 % des projets se centrent essentiellement sur de la prévention primaire.

Pour l'ensemble des projets, 78 % développent des actions de promotion de la santé, de prévention primaire ou les deux combinés.

Les préventions secondaires et tertiaires ne concernent que 9 % des projets. 6 % des projets abordent tous les types de prévention (de la primordiale à la tertiaire).

Tableau 25 : Distribution des projets en fonction du niveau de prévention (n=205).

Degré de prévention	Nbre de projets	% des projets
Primordiale	107	52,2
Primaire	25	12,2
Secondaire	4	2,0
Tertiaire	9	4,4
Primordiale et primaire	27	13,2
Primaire et secondaire	2	1,0
Secondaire et tertiaire	6	2,9
Primordiale, primaire et secondaire	6	2,9
Primaire, secondaire et tertiaire	7	3,4
Primordiale, primaire, secondaire et tertiaire	12	5,9
Total	205	100,0

Le tableau suivant fait le rapprochement entre, d'une part, les objectifs santé déclarés et, d'autre part, les niveaux de prévention des projets. On observe de façon générale que les projets recensés couvrent l'ensemble des thématiques et les abordent par les 4 niveaux de prévention (spécifiquement ou de façon plus intégrée).

Les projets travaillant sur l'alimentation équilibrée sont les plus importants en prévention primordiale exclusivement. Les projets de promotion de l'environnement sans tabac sont répartis entre préventions primordiale et primaire ou combinés à différentes approches conjointes dans un même projet. Certains domaines sont uniquement de l'ordre de la prévention tertiaire ou combinent différents niveaux d'intervention. Il s'agit de projets sur les comportements d'urgence adéquats ou des projets d'éducation des patients. Ils constituent cependant une minorité des projets.

Tableau 26 : Distribution des projets en fonction du niveau d'intervention et des objectifs santé définis dans le PCO cardiovasculaire (n=205).

Objectifs santé	Prévention primordiale		Prévention primaire		Prévention secondaire		Prévention tertiaire		Différents niveaux d'intervention		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Promouvoir activité physique	59	29 %	4	2 %	2	1,0 %	8	4 %	32	16 %	105	51 %
Promouvoir une alimentation équilibrée	76	37 %	6	3 %	2	1,0 %	7	3,5 %	32	16 %	123	60 %
Promouvoir environnement sans tabac	33	16 %	18	9 %	1	0,5 %	6	3 %	33	16 %	91	44 %
Evaluer risque vasculaire individuel	-	-	-	-	3	1,5 %	5	2,5 %	22	11 %	30	15 %
Améliorer accompagnement personne risque	-	-	-	-	2	1,0 %	5	2,5 %	23	11 %	30	15 %
Comportement adéquat urgence	-	-	-	-	-	-	3	1,5 %	5	2,5 %	8	4 %
Promouvoir pratique éducation patient	-	-	-	-	-	-	5	2,5 %	7	3,5 %	12	6 %

4.4 Analyses croisées

Nous présentons dans cette partie différentes analyses croisées afin de rechercher de plus grandes spécificités aux projets. Pour rappel, chaque «unité» correspond à un projet. Notre démarche d'analyse va aborder successivement les projets en fonction :

- des domaines abordés par public bénéficiaire de type «milieux de vie» ;
- des activités réalisées par public bénéficiaire de type «milieux de vie» ;
- des domaines abordés par public bénéficiaire de type «groupes à risque» et «professionnels de santé» ;
- des activités réalisées par public bénéficiaire de type «groupes à risque» et «professionnels de santé» ;
- la durée des projets en fonction des publics bénéficiaires et des types d'activités réalisées ;
- les types d'outils proposés en fonction des publics bénéficiaires et des types de domaines couverts.

Dans toutes les analyses reprises ci-dessous, nous avons choisi de présenter telle quelle la manière dont les acteurs ont classé leurs différentes interventions. Ainsi, dans toutes les questions analysées, les répondants avaient systématiquement l'occasion de donner plusieurs réponses par item.

4.4.1 Analyses des projets en fonction des domaines abordés et des activités réalisées par milieu de vie

L'ensemble des principaux domaines de promotion et prévention cardiovasculaire est abordé essentiellement par des projets en milieu scolaire et auprès des familles, du grand public, excepté pour les projets d'évaluation des risques cardiovasculaires qui touchent principalement les adultes «tout public». Tous les domaines sont abordés dans tous les milieux de vie ciblés et il est intéressant de constater que la distribution des différents domaines abordés est assez homogène d'un milieu/public à l'autre.

Tableau 27 : Distribution des projets par domaines couverts en fonction des milieux de vie (plusieurs choix possibles).								
	Promotion pratique d'activité physique		Promotion alimentation équilibrée		Promotion environnement sans tabac		Evaluation risque cardiovasculaire individuel	
	n=105		n=123		n=91		n=38	
Milieux de vie	n	%	n	%	n	%	n	%
Famille, parents	54	51,4	65	52,8	45	49,5	25	65,8
Adulte en milieu du travail	33	31,4	34	27,6	29	31,9	12	31,6
Habitants d'un quartier	20	19,0	24	19,5	16	17,6	6	15,8
Milieux sportifs	17	16,2	16	13,0	10	11,0	5	13,2
Milieux scolaires	52	49,5	62	50,4	41	45,1	11	28,9
Personnes handicapées	19	18,1	20	16,3	12	13,2	6	15,8
	Amélioration accompagnement personnes à risque CV		Prise en charge de la surcharge pondérale		Prise en charge excès de stress			
	n=39		n=28		n=27			
Milieux de vie	n	%	n	%	n	%		
Famille, parents	22	56,4	19	67,9	14	51,9		
Adulte en milieu du travail	14	35,9	12	42,9	12	44,4		
Habitants d'un quartier	7	17,9	4	14,3	4	14,8		
Milieux sportifs	4	10,3	4	14,3	2	7,4		
Milieux scolaires	10	25,6	9	32,1	8	29,6		
Personnes handicapées	6	15,4	5	17,9	3	11,1		

De façon plus spécifique, on observe de nombreux projets abordant la prise en charge de la surcharge pondérale auprès des familles par rapport aux autres milieux de vie. En milieu scolaire, les projets s'axent principalement sur la promotion du sport et l'alimentation équilibrée. Dans le monde du travail, ce sont proportionnellement les projets contre le stress et la surcharge pondérale qui sont les plus nombreux.

Les 3 tableaux ci-dessous présentent les différentes catégories d'activités réalisées dans les projets en fonction des milieux de vie. De façon générale, toutes les activités sont réalisées dans les différents milieux de vie.

Tableau 28 : Distribution des projets par types d'activités réalisées en fonction des milieux de vie (plusieurs choix possibles).								
	Actions éducatives de proximité		Formation de relais		Animation de réseau		Information	
	n=77		n=57		n=47		n=149	
Milieux de vie	n	%	n	%	n	%	n	%
Famille, parents	35	45,5	28	49,1	22	46,8	75	50,3
Adulte en milieu du travail	21	27,3	17	29,8	12	25,5	44	29,5
Habitants d'un quartier	20	26,0	17	29,8	14	29,8	27	18,1
Milieu sportifs	8	10,4	9	15,8	6	12,8	18	12,1
Milieu scolaires	41	53,3	29	50,9	28	59,6	77	51,7
Personnes handicapées	11	14,3	13	22,8	11	23,4	23	15,4
	Documentation		Accompagnement projet – conseil méthodologique		Communication – Action médiatique		Coordination	
	n=124		n=77		n=62		n=27	
Milieux de vie	n	%	n	%	n	%	n	%
Famille, parents	61	49,2	28	36,4	42	67,8	14	51,9
Adulte en milieu du travail	32	25,8	19	24,7	20	32,3	8	29,6
Habitants d'un quartier	23	18,5	15	19,5	16	25,8	7	25,9
Milieu sportifs	15	12,1	9	11,7	14	22,6	5	18,5
Milieu scolaires	73	58,9	55	71,4	33	53,2	18	66,7
Personnes handicapées	20	16,1	14	18,2	16	25,8	7	25,9
	Formation par les pairs		Evaluation		Création d'événements en CF		Collecte de données Quantitative	
	n=23		n=54		n=21		n=41	
Milieux de vie	n	%	n	%	n	%	n	%
Famille, parents	11	47,8	28	51,9	17	81,0	22	53,7
Adulte en milieu du travail	6	26,1	16	29,6	5	23,8	12	29,3
Habitants d'un quartier	7	30,4	10	18,5	8	38,1	11	26,8
Milieu sportifs	2	8,7	11	20,4	5	23,8	8	19,5
Milieu scolaires	9	39,1	34	63,0	13	61,9	22	53,7
Personnes handicapées	5	21,7	10	18,5	9	42,9	7	17,1

De façon plus spécifique, les activités de coordination, d'accompagnement méthodologique et d'évaluation sont proportionnellement les plus importantes en milieu scolaire. La création d'événements et la formation par les pairs touchent plus les «habitants d'un quartier» par rapport aux autres activités abordées.

4.4.2 Analyses des projets en fonction des domaines abordés et des activités réalisées par public bénéficiaire de type groupes à risque et professionnels de santé

Il est intéressant de connaître la distribution des projets par rapport à des groupes à risque de maladies cardiovasculaires. Ceux qui travaillent spécifiquement sur un facteur de risque (tabac et sédentarité par exemple) sont plus nombreux chez les personnes présentant un risque CV identifié. Au niveau du grand public, ce sont principalement des projets abordant l'alimentation équilibrée et la promotion de l'activité physique. Cependant, un peu moins de la moitié des projets travaille la problématique du tabac.

La lecture de ces tableaux montre clairement qu'un projet peut aborder plusieurs domaines et il serait restrictif de vouloir chercher à tout prix leur spécificité dans un domaine particulier.

Tableau 29 : Distribution des projets par domaines couverts en fonction des publics bénéficiaires de type «groupes à risque» (plusieurs choix possibles).

	Patients cardiovasculaires		Personnes à risque (fumeur, HTA, diabète, ...)		Tout public	
	n=48		n=60		n=108	
Domaines	n	%	n	%	n	%
Promotion pratique d'activité physique	30	62.5	35	58.3	63	58.3
Promotion alimentation équilibrée	33	68.8	41	68.3	67	62.3
Promotion environnement sans tabac	26	54.2	41	68.3	44	40.7
Evaluation risque cardiovasculaire individuel	22	45.8	24	40.0	26	24.1
Amélioration accompagnement personnes à risque CV	21	43.8	28	46.7	22	20.4
Prise en charge de la surcharge pondérale	17	35.4	18	30.0	14	13.0
Prise en charge excès de stress	14	29.2	15	25	14	13.0

L'analyse des activités pour ces groupes à risque montre une prédominance des actions de type information et documentation. Viennent ensuite les activités éducatives de proximité et les actions médiatiques / de communication.

Tableau 30 : Distribution des projets par types d'activités et en fonction des publics bénéficiaires de type «groupes à risque» (plusieurs choix possibles).

	Patients cardiovasculaires		Personnes à risque (fumeur, HTA, diabète, ...)		Tout public	
	n=48		n=60		n=108	
Activités	n	%	n	%	n	%
Actions éducatives de proximité	16	33,3	25	41,7	38	35,2
Formation de relais	14	29,2	25	41,7	32	29,6
Animation de réseau	11	22,9	15	25,0	29	26,9
Information	37	77,1	49	81,7	82	75,9
Documentation	33	68,8	43	71,7	63	58,3
Accompagnement projet – conseil méthodologique	12	25,0	19	31,7	33	30,6
Communication – Action médiatique	19	39,6	27	45,0	46	42,6
Coordination	6	12,5	7	11,7	9	8,3
Formation par les pairs	6	12,5	11	18,3	11	10,2
Evaluation	14	29,2	17	28,3	25	23,1
Création d'événements en CF	8	16,7	7	11,7	15	13,9
Collecte de données quantitatives	11	22,9	13	21,7	23	21,3
Collecte de données qualitatives	12	25,0	14	23,3	24	22,2

L'analyse des domaines couverts par publics bénéficiaires «professionnels de santé» indique une couverture de tous ces publics par les projets. Certains domaines touchent plus précisément les médecins (généralistes et/ou spécialistes) : promotion d'un environnement sans tabac, évaluation des risques cardiovasculaires individuels, accompagnement de personnes à risque et prise en charge de la surcharge pondérale.

La promotion de l'alimentation équilibrée touche principalement les responsables des cantines collectives.

Tableau 31 : Distribution des projets par domaines couverts en fonction des publics cibles de type «professionnels de la santé» (plusieurs choix possibles).

	Médecins généralistes		Médecins spécialistes		Gestionnaire restauration collective, cantines		Personnel du secteur social		Enseignants		Educateurs	
	n=75		n=52		n=25		n=54		n=89		n=70	
Domaines	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Promotion pratique d'activité physique	45	60,0	35	67,3	16	64,0	30	55,6	49	55,1	39	55,7
Promotion alimentation équilibrée	45	60,0	30	57,7	24	96,0	37	68,5	60	67,4	45	64,3
Promotion environnement sans tabac	42	56,0	32	61,5	9	36,0	26	48,1	36	40,4	31	44,3
Evaluation risque cardiovasculaire individuel	26	34,7	19	36,5	3	12,0	10	18,5	9	10,1	8	11,4
Amélioration accompagnement personnes à risque CV	27	36,0	17	32,7	3	12,0	14	25,9	10	11,2	8	11,4
Prise en charge de la surcharge pondérale	16	21,3	13	25,0	4	16,0	8	14,8	9	10,1	9	12,9
Prise en charge excès de stress	13	17,3	9	17,3	1	4,0	8	14,8	7	7,9	6	8,6

La même analyse, cette fois-ci en fonction des activités, permet d'isoler :

- que la formation des relais cible principalement le personnel du secteur social ;
- que l'accompagnement et la coordination sont plus développés parmi les gestionnaires de cantines collectives ;
- que la formation par les pairs vise plus les médecins généralistes et le personnel social ;
- que la collecte de données tant quantitatives que qualitatives est plus représentée au niveau des cantines scolaires.

Tableau 32 : Distribution des projets par types d'activités en fonction des publics cibles de type «professionnels de la santé» (plusieurs choix possibles).

	Médecins généralistes		Médecins spécialistes		Gestionnaire restauration collective, cantines		Personnel du secteur social		Enseignants		Educateurs		
	n=75		n=52		n=25		n=54		n=89		n=70		
Activités	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Actions éducatives de proximité	30	40,0	17	32,7	11	44,0	27	50,0	40	44,9	35	50,0	
Formation de relais	31	41,3	14	26,9	8	32,0	32	59,3	27	30,3	28	40,0	
Animation de réseau	26	34,7	14	26,9	24	100	10	18,5	31	34,8	27	38,6	
Information	64	85,3	46	88,5	20	80,0	44	81,5	72	80,9	55	78,6	
Documentation	52	69,3	37	71,2	21	84,0	40	74,1	71	79,8	54	77,1	
Accompagnement projet – conseil méthodologique	23	30,7	15	28,8	15	60,0	25	46,3	49	55,1	37	52,9	
Communication – Action médiatique	43	57,3	32	61,5	9	36,0	29	53,7	36	40,4	34	48,6	
Coordination	13	17,3	8	15,4	9	36,0	12	22,2	17	19,1	13	18,6	
Formation par les pairs	17	22,7	7	13,5	2	8,0	11	20,4	7	7,9	8	11,4	
Evaluation	26	34,7	15	28,8	10	40,0	20	37,0	30	33,7	21	30,0	
Création d'événements en CF	11	14,7	11	21,2	3	12,0	9	16,7	12	13,5	11	15,7	
Collecte de données	quantitatives	26	34,7	17	32,7	11	44,0	16	29,6	20	22,5	16	22,9
	qualitatives	26	34,7	16	30,8	17	68,0	19	35,2	31	34,8	22	31,4

4.4.3 Analyses des projets en fonction de leur durée, des publics bénéficiaires et des types d'activités réalisées

L'analyse de la durée des projets confirme qu'une majorité des interventions s'étale dans le temps et vise la durabilité. L'analyse par public bénéficiaire indique :

- une distribution homogène pour les différentes catégories d'âge de la population : 2/3 des projets durent plus de deux ans.
- que l'analyse par sexe n'apporte pas d'information spécifique ;
- qu'il y a moins de «projets à long terme» dans les milieux du travail par comparaison aux autres et à l'inverse, peu d'actions ponctuelles pour des milieux comme les habitants de quartier.

Tableau 33 : Durée des projets en fonction des publics bénéficiaires.

Catégories		< 6 mois	6 à <12 mois	12 à <24 mois	2 à <48 mois	>48 mois	Total
Âges	n	%	%	%	%	%	%
Enfants 0-5 ans	59	13,6	6,8	16,9	22,0	40,7	100
Enfants 6-10 ans	78	12,8	9,0	19,7	20,5	38,5	100
Adolescents 11-18 ans	96	10,3	10,1	19,6	22,7	37,1	100
Jeunes 19-25 ans	88	12,9	9,7	23,7	20,4	33,3	100
Adultes 26-65 ans	110	13,8	8,6	25,0	18,1	34,5	100
Adultes + de 65 ans	80	10,6	9,4	20,0	17,6	42,4	100
Genres	n	%	%	%	%	%	%
Femmes	7	0	0	71,4	0	28,6	100
Hommes	4	25,0	0	25,0	0	50,0	100
Femmes et Hommes	172	14,6	9,0	22,5	19,7	34,3	100
Groupes sociaux et milieux de vie	n	%	%	%	%	%	%
Familles, parents	83	15,1	10,5	16,3	19,8	38,4	100
Adultes en milieu de travail	48	20,0	4,0	26,0	24,0	26,0	100
Habitants de quartier	34	3,0	6,1	15,2	30,3	45,5	100
Milieux sportifs	20	14,3	4,8	19,0	19,0	42,9	100
Milieux scolaires	92	16,0	10,6	20,3	23,4	29,8	100
Groupes à risque	n	%	%	%	%	%	%
Personnes handicapées	26	3,8	7,7	23,1	26,9	38,5	100
Patients cardiovasculaires	44	12,8	12,8	19,1	12,8	42,6	100
Personnes à risque (fumeur, HTA, diabète)	55	13,6	8,5	22,0	15,3	40,3	100
Migrants	10	10,0	10,0	10,0	40,0	30,0	100
Public précarisé	42	4,8	4,8	16,7	31,0	42,9	100
Tout public	102	15,0	12,1	15,9	23,4	33,6	100

Au niveau des activités, on peut remarquer que :

- les formations de relais sont plutôt des activités qui s'étalent dans le temps au même titre que la formation par les pairs et les collectes de données qualitatives et quantitatives ;
- l'évaluation peut être ponctuelle mais aussi s'inscrire dans la durée ;
- les actions d'information et de documentation sont des projets de durées différentes.

Tableau 34 : Durée des projets en fonction des types d'activités développées.

Activités proposées	n	< 6 mois	6 à <12 mois	12 à <24 mois	2 à <48 mois	>48 mois	Total
		%	%	%	%	%	%
Information	141	15,6	10,2	23,8	21,2	29,7	100
Documentation	118	14,6	8,9	22,8	19,5	34,1	100
Collecte de données quantitatives	38	7,3	7,3	22,0	29,3	34,1	100
Collecte de données qualitatives	51	11,1	5,6	22,2	33,3	27,8	100
Accompagnement de projet - conseil en méthodologie	77	14,3	10,4	18,2	28,6	28,6	100
Communication - actions médiatiques	58	11,3	11,3	12,9	24,2	40,3	100
Formation de relais	55	10,7	5,4	14,3	30,4	39,3	100
Evaluation	52	24,5	7,5	26,4	18,9	22,6	100
Animation de réseau	46	17,0	2,1	21,3	34,0	25,5	100
Création d'événements en Communauté française	19	14,3	14,3	23,8	19,0	28,6	100
Coordination (mandaté ou non)	27	14,8	0	22,2	33,3	29,6	100
Formation par les pairs	22	8,7	8,7	34,8	30,4	17,4	100

4.4.4 Analyses des projets en fonction des types d'outils proposés, des publics bénéficiaires et des domaines couverts

S'il a été déjà souligné que les dépliants, brochures, etc. sont les outils les plus produits et diffusés au sein des projets, il est intéressant de voir qu'ils abordent de la même importance tous les domaines de la prévention et promotion de la santé cardiovasculaire.

Et cette observation est la même pour tous les outils avec quelques spécificités comme :

- les formations plus nombreuses pour le travail de lutte contre le tabac ;
- les communiqués de presse sont plus souvent utilisés pour la promotion de l'activité physique et les risques cardiovasculaires individuels ;
- etc.

Tableau 35 : Types d'outils développés en fonction des domaines couverts par les projets (plusieurs choix possibles).

	Promotion pratique d'activité physique		Promotion alimentation équilibrée		Promotion environnement sans tabac		Evaluation risque cardiovasculaire individuel	
	n=105		n=123		n=91		n=38	
Types d'outils	n	%	n	%	n	%	n	%
Dépliants, brochures, livrets, articles scientifiques	74	70,5	81	65,9	65	71,4	28	73,7
Affiches	50	47,6	56	45,5	44	48,4	13	34,2
Animations	44	41,9	58	47,2	43	47,3	9	23,7
Outils pédagogiques	40	38,1	49	39,8	40	44,0	10	26,3
Formations	28	26,7	35	28,5	34	37,4	7	18,4
Communiqué de presse	40	38,1	35	28,4	29	31,9	15	39,5
Événements	38	36,2	38	30,9	27	29,7	17	44,7
Conférence de presse	33	31,4	28	22,8	27	29,7	17	44,7
Sites Internet	27	25,7	31	25,2	23	25,3	9	23,7
Conférences	30	28,6	30	24,4	32	35,2	16	42,1
Jeux	14	13,3	19	15,4	10	11,0	2	5,3
Autres	26	24,7	30	24,4	28	30,8	12	31,6

Par rapport aux publics bénéficiaires, on observe une distribution un peu plus importante d'outils destinés aux personnes à risque, comparativement aux patients cardiovasculaires et au grand public. Les affiches, les animations, les outils pédagogiques et les jeux sont utilisés principalement pour le public enseignant. Par contre, les conférences, sites Internet et autres canaux de communication sont principalement utilisés vers les publics médecins.

Tableau 36 : Types d'outils développés en fonction des publics bénéficiaires (plusieurs choix possibles).

	Patients cardiovasculaires		Personnes à risque (fumeur, HTA, diabète,...)		Tout public		Médecins généralistes		Médecins spécialistes		Enseignants	
	n=37		n=49		n=108		n=75		n=52		n=89	
Types d'outils	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dépliants, brochures, livrets, articles scientifiques	27	73,0	37	75,5	76	70,4	50	66,7	35	67,3	58	65,2
Affiches	13	35,1	25	51,0	47	43,5	27	36,0	17	32,7	43	48,3
Animations	11	29,7	21	42,9	42	38,9	26	34,7	16	30,8	42	47,2
Outils pédagogiques	10	27,0	20	40,8	38	35,2	25	33,3	17	32,7	37	41,6
Formations	7	18,9	14	28,6	26	24,1	30	40,0	16	30,8	23	25,8
Communiqué de presse	14	37,8	21	42,9	43	39,8	32	42,7	23	44,2	27	30,3
Événements	14	37,8	20	40,8	33	30,6	26	34,7	19	36,5	27	30,3
Conférence de presse	14	37,8	21	42,9	40	37,0	29	38,7	22	42,3	27	30,3
Sites Internet	8	21,6	13	26,5	31	28,7	31	41,3	20	38,5	26	29,2
Conférences	11	29,7	18	36,7	27	25,0	30	40,0	23	44,2	25	28,1
Jeux	2	5,4	3	6,1	10	9,3	5	6,7	3	5,8	12	13,5
Autres	15	40,5	16	32,7	24	22,2	24	32,0	18	34,6	24	27,0

De nombreuses autres analyses croisées peuvent être réalisées en fonction de demandes plus spécifiques, par exemple en ciblant certaines zones géographiques ou certains types d'institutions. La base de données, qui continue d'être mise à jour, permettra de conduire des analyses plus ponctuelles.

4.5 Succès et difficultés rencontrés au cours des projets

Les institutions ont été invitées à s'exprimer sur les succès et difficultés qu'elles rencontrent ou ont rencontrés dans le déroulement de leur(s) projet(s) développé(s) au cours de ces 2 dernières années.

4.5.1 Succès rencontrés au cours des projets

157 réponses ont été recensées pour cette question. Un travail de catégorisation des réponses apportées à cette question ouverte a été réalisé. Le tableau suivant présente les résultats observés.

Succès rencontrés		n	%
Partenariats, collaborations	Ex. médecins généralistes, Adeps, universités, hôpitaux, société pharmaceutique, Ligue Cardiologique Belge, commune, milieu de vie, CPAS, maison de santé, aide technique, expertise, Centre de Santé, PSE, mutuelles, privé ...	41	26,1
Participation	– des relais, acteurs (ex. enseignants, PSE, infirmières, diététiciennes, kinés, médecins généralistes, éducateurs, CPAS ...)	34	21,7
	– du public cible	21	13,4
Satisfaction	– des relais, acteurs, partenaires (par ex. écoles, professionnels, institutions, enseignement ...)	22	14,0
	– du public cible (ex. sourire, encouragement ...)	7	4,5
Résultats en termes de comportements, compétences, développement de réseaux	Ex. – prise de conscience, sensibilisation, connaissances du sujet ... – amélioration de l'offre alimentaire, modification du cadre de vie en lien avec l'alimentation, culture en santé implantée ... – arrêt du tabagisme, autonomisation des acteurs, amélioration des comportements alimentaires, utilisation des compétences, mangent ou apportent plus de fruits et légumes, amélioration de la gestion du tabagisme, modification des méthodes de travail ... – mobilisation de la direction, – dynamisation, activité de réseaux ...	21	13,4
Appui financier	Ex. par INAMI, Sponsors, CFB, Loterie Nationale, Ministère Fédéral Santé Publique, dons privés, CoCoF, communes, Fonds Européens, Fonds Cera, Fondation Roi Baudouin, Aide à la Jeunesse, OMS, Province, RW ...	19	12,1
Durée, continuité du projet	Ex. pérennité, ancrage, suivi en continu, atelier existant depuis 15 ans, ouverture à d'autres thèmes, donne lieu à des suites du projet ...	15	9,6
Réalisation concrète de l'action, productions	Ex. impression et réimpression d'outils, affiches, articles, conférences, a permis de créer un outil, une étude, obtention d'espaces gratuits pour diffusion de spots, mise en place d'une consultation spécifique pour femmes enceintes, large choix d'actions ...)	11	7,0
Appui, implication institutionnelle	Ex. locaux, formation, personnel, mise en place d'une structure, transport ...	11	7,0
Qualité et nombre de demandes	Ex. qualité des demandes, nombre de demandes, les médecins généralistes font appel aux diététiciens ...	9	5,7
Reconnaissance du service	Ex. reconnaissance, valorisation, légitimité, compétences du service, visibilité, agrément ...	8	5,1
Large diffusion	Ex. de l'information, documents, fréquentation de sites Web, relais presse ...	8	5,1
Évaluation positive	Ex. évaluation positive et rapport disponible ...	2	1,3

Les succès rencontrés sont d'abord évoqués en termes de participation du public cible et des relais, ensuite en termes de partenariat et de collaboration, en termes de satisfaction du public cible et des relais.

Pour 21 projets, les succès sont également exprimés en termes de résultats comportementaux, d'acquisition de compétences, de connaissances, de conscientisation, de changement environnemental et de développement de réseaux. Cela ne constitue cependant pas une démarche majoritaire et semble en plus le fait d'un petit nombre d'acteurs seulement.

Sont également cités les appuis financiers, l'inscription des projets dans la continuité, la concrétisation des projets, l'appui institutionnel, la qualité et le nombre de demandes adressées au service, la diffusion large dans le cadre du projet d'information, documents ...

4.5.2 Difficultés rencontrées au cours des projets

Nous avons obtenu 131 réponses à cette question.

Un travail de catégorisation des réponses apportées à cette question ouverte a été réalisé.

Le tableau suivant présente les résultats observés.

Parmi les difficultés, on relève tout d'abord le manque de ressources financières, de temps, de personnel, de structure logistique et de matériel.

Ensuite, on note le manque de participation des acteurs ou relais et du public, des difficultés liées aux partenariats et collaborations, à obtenir des résultats positifs, le manque d'appui institutionnel, des problèmes d'organisation, des difficultés liées à l'évaluation, à la démarche de promotion de la santé ou à certaines caractéristiques du public.

Soulignons également pour 9 projets que les répondants signalent n'avoir rencontré aucune difficulté.

Difficultés rencontrées		Nombre de fois cité
Manque de ressources	Financières (ex. continuité, stabilité, pour indépendance du privé, onéreux, moyens financiers des écoles ...)	39
	En temps (ex. manque de temps pour les PSE ...)	14
	En personnel (ex. personnel, TMS, diététicienne, mobilisation, ressources humaines ...)	11
	En structure logistique	5
	En matériel (ex. site Web, affiches, matériel de présentation ...)	2
	De manière générale	2
Manque de participation	Des acteurs (ex. manque de temps des acteurs scolaires et encadrement, risque de désintérêt progressif des médecins généralistes, implication difficile, enseignants, directions d'écoles, gynécologues ...)	19
	Du public (ex. faible participation, passivité de certains élèves, nombre de participants, parents ...)	12
Difficultés liées aux partenariats, collaborations	Ex. demande plus de temps de concertation, difficultés, partenariat privé, absence d'un partenaire, partenariats s'éffilochent, concurrence institutionnelle, organisation ...	13
Obtenir des résultats positifs	Ex. changer le comportement (activité physique, alimentation, vélo au quotidien ...), résultat négatif, pas de changement environnemental, difficulté d'autonomisation ...	10
Aucune difficulté		9
Manque d'appui institutionnel	Ex. résistance au changement, inertie, peur du changement, besoin de soutien, pas suivi par la direction, ouverture ...	8
Problèmes d'organisation	Ex. structuration, planning, fiche participant non reçue, changement de personnel ...	6
Difficultés liées à l'évaluation	Ex. difficultés évaluer impact, à long terme, appropriation difficile de la dimension éducative, trouver des moyens d'évaluation efficaces ...	5
Liées à la démarche de promotion de la santé	Ex. démarche promotion santé dans contexte curatif, entre prévention et promotion, entre épidémiologistes et terrain, objectifs plus communication que promotion, publications trop biomédicales ...	5
Difficultés liées au public du projet	Ex. niveau d'expérience du groupe, culture, focalisation sur sportifs, précarité ...	4
Autres	Contraintes juridiques (respect vie privée ...)	2
	<ul style="list-style-type: none"> – difficultés techniques – contrôle accréditation – harmonisation pouvoir – insertion socioprofessionnelle des formés – traduire le médical en langage grand public – absence de reconnaissance légale – évaluation à mettre en place – nécessité de futures recherches 	1

4.6 Les projets depuis les 5 dernières années, les besoins identifiés, les projets d'avenir

En plus de la partie I, permettant de présenter l'organisme répondant et la place des projets de promotion de la santé cardiovasculaire dans ses activités, et de la partie II qui est un descriptif des projets cardiovasculaires menés au cours des 2 dernières années, il paraissait intéressant de proposer un espace d'expression supplémentaire et moins contraignant que ces 2 parties du questionnaire.

Ces informations portent sur des projets menés ou que les acteurs de terrain auraient souhaité mener au cours des 5 dernières années, ou sur des projets futurs.

Elles concernent également les suggestions et propositions sur les campagnes futures.

Il s'agissait de questions ouvertes pour la majorité qui ont été recatégorisées lorsque c'était possible ; certaines questions concernant par exemple les projets menés il y a plus de 2 ans, ou les projets que les organismes ont tenté de réaliser mais sans succès ou encore les projets qu'ils souhaitent mener dans les 2 prochaines années, se sont révélées non catégorisables.

Bien qu'intéressants, nous avons choisi de mettre l'ensemble de ces résultats en annexe pour ne pas alourdir le rapport. Nous présentons ci-après les éléments principaux et généraux qui ressortent de cette 3^{ème} partie.

68 organismes ont rempli au moins partiellement cette 3^{ème} partie du questionnaire.

4.6.1 Les projets au cours des 5 dernières années

A LES PROJETS RÉALISÉS

Les répondants apportent des informations complémentaires soit sur les fiches projets remplies (15 fois, le plus souvent des commentaires), soit sur des projets réalisés il y a plus de 2 ans (14 projets).

Le plus souvent, ces projets sont menés sur initiative propre ou en partenariat négocié comme pour les projets menés dans les 2 années précédant l'enquête.

Les répondants citent beaucoup les catégories d'outils utilisés dans ces projets mais les identifient peu. Comme pour les projets menés dans les 2 ans, les supports écrits y trouvent une place belle.

Les succès rencontrés dans ces projets sont d'abord et surtout exprimés en termes d'appui financier, puis de participation des acteurs et du public, de satisfaction, et de partenariats.

Ce qui ressort comme difficultés est principalement le manque de ressources financières mais également en personnel et en temps.

B LES PROJETS NON RÉALISÉS

17 organismes ont répondu à cette question en mentionnant des projets non réalisés et en apportant souvent des commentaires sur le pourquoi ces projets n'ont pas pu se réaliser. Ces projets sont très variés et l'information fort lacunaire et difficile à synthétiser.

La raison principale de non-réalisation des projets est le manque de ressources, surtout en financement mais aussi en personnel, temps, infrastructure ...

4.6.2 Les besoins identifiés

23 participants à l'enquête ont répondu à cette question.

Ce sont les besoins pour le fonctionnement des acteurs (équipes, organismes ...) en promotion de la santé cardiovasculaire qui ressortent le plus (financement, personnel, infrastructure, temps ...), le reste des besoins n'étant le plus souvent cité qu'une fois.

4.6.3 Les projets d'avenir

Les répondants étaient invités à décrire brièvement leurs projets d'avenir en indiquant si le projet était à écrire ou était écrit, et dans ce cas si les financements restaient à trouver ou étaient déjà assurés.

On relève ainsi :

- 11 projets écrits avec financements trouvés
- 22 projets écrits avec financements à trouver
- 23 projets à écrire et avec financements à trouver (dont 4 uniquement à l'état d'intention sans aucune précision).

Sans identifier de projet à écrire et de financement à trouver, 12 répondants signalent leur intention de poursuivre, améliorer, amplifier leurs activités et/ou projets actuels.

On trouvera en annexe 9 le détail des analyses et résultats relatifs à la partie III du questionnaire.

5. LIMITES DE L'ÉTUDE

Les délais impartis à la recherche n'ont pas permis d'identifier de façon exhaustive tous les projets menés ni tous les acteurs intervenant dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique. Ce relevé des intervenants et projets, bien que déjà très complet, n'est malheureusement pas exhaustif.

L'absence d'une base de données regroupant les différents acteurs intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire a constitué un obstacle dans la réalisation de cette étude. En effet, l'identification de ces acteurs s'est dès lors opérée au travers de multiples sources d'information. Cette identification a amené l'équipe de recherche à prendre des contacts avec certains acteurs seulement quelques jours avant la clôture de ce travail.

Il faut également souligner que certains acteurs de seconde ligne ont été identifiés après la clôture de la récolte de données et n'ont donc pas été contactés. La liste de ces acteurs et leurs coordonnées sont à la disposition du groupe technique du Cabinet. D'autres acteurs ont complété les questionnaires après la clôture de la récolte de données et leurs informations, bien que reprises dans la base de données, ne sont donc pas prises en compte dans les analyses présentées dans ce rapport.

Bien qu'identifié comme l'outil le plus adéquat pour réaliser cette recherche, l'utilisation d'un questionnaire en ligne a engendré quelques difficultés techniques pour certains répondants et il est possible qu'il ait constitué un frein à la participation de certains acteurs.

Enfin, il faut souligner que cette étude n'avait pas pour objectif une analyse quantitative détaillée des ressources des différents projets. Une attention particulière doit donc être apportée à la lecture de certains résultats qui mettent sur un pied d'égalité des projets d'envergures parfois très différentes.

6. DISCUSSION

6.1 Pertinence d'un cadastre cardiovasculaire en Communauté française

Un cadastre peut être considéré comme l'énumération la plus exhaustive possible des différentes institutions et acteurs impliqués dans un domaine sanitaire. Dans le cadre des responsabilités de la Communauté française, un cadastre couvre les champs qui sont de son ressort, c'est-à-dire la prévention et la promotion de la santé. Cependant, la Communauté française n'a pas le monopole des programmes de prévention et promotion de la santé. Il faut donc couvrir toutes les initiatives aux différents niveaux de pouvoirs et dans les différents milieux professionnels (associatifs, publics et privés).

L'état des lieux réalisé dans le cadre de cette étude permet de compléter l'inventaire qui portait jusqu'à présent exclusivement sur les projets subsidiés par la Communauté française.

S'il couvre les actions visant les facteurs de risque biologiques et comportementaux (8), il couvre également celles visant les déterminants sociaux de la santé dont le rôle sur les facteurs de risque n'est plus à démontrer (9-10).

Cet inventaire, s'il peut continuer à s'enrichir et s'il continue à être mis à jour, devrait constituer un outil pour toute politique qui viserait à coordonner les compétences et les projets liés à la promotion de la santé cardiovasculaire et à la prévention des maladies cardiovasculaires.

La nature multisectorielle des déterminants des facteurs de risque exige une variété de stratégies en matière de politiques publiques, de formation, de soins de santé primaires et de création de milieux favorables. Il est donc important de mieux appréhender l'ensemble des projets / actions dirigé(e)s vers les facteurs de risque biologiques et comportementaux au même titre que ceux qui travaillent «en amont» sur les déterminants sociaux de la santé que l'on sait avoir une incidence importante sur les facteurs de risque, plus particulièrement dans les populations défavorisées.

6.2 Discussion sur les résultats

6.2.1 Par rapport au taux de participation

Le taux de participation général atteint dans l'étude s'élève à 31 %. De façon plus spécifique, il est nettement plus élevé parmi les acteurs de 1^{ère} ligne (88,2 %) que celui parmi les acteurs de 2^{ème} ligne (25,3 %). Les acteurs de 1^{ère} ligne ont participé à un entretien avec les équipes de recherche et on peut supposer que cette entrevue a joué un rôle majeur en termes de motivation dans le remplissage des questionnaires. Ils ont également été les premiers informés de l'étude et ont disposé de délais plus longs que les acteurs de 2^{ème} ligne. Hormis les difficultés liées aux délais, les acteurs de 2^{ème} ligne ont également été sélectionnés de façon très large. Il est très difficile d'identifier parmi tous les non-répondants, les acteurs contactés dont les activités ne rentraient pas in fine dans le cadre de cette étude. Enfin, des réponses sont arrivées après la clôture de la base de données et n'ont pas été prises en compte dans l'analyse. Certains acteurs de 2^{ème} ligne ont également fait part, depuis la clôture de la base de données, de leur souhait de participer à cette étude. Il se dégage donc une certaine motivation des acteurs (directs et indirects) pour participer à ce type de «recensement». Même s'il est apparu parfois une certaine méfiance par rapport à la démarche, la plupart des acteurs ont ressenti la nécessité de ce travail pour autant que les résultats soient largement diffusés et puissent permettre de mieux connaître les différents projets existants.

6.2.2 Par rapport aux types d'intervenants

Les résultats indiquent qu'une majorité des institutions ont leur siège à Bruxelles (41/115) et à Liège (30/115). On observe néanmoins que les activités de ces institutions portent sur un territoire plus vaste que la région ou la province dans laquelle elles sont implantées. Ainsi, nombre d'organismes couvrent par leurs activités l'ensemble du territoire de la Communauté française (Adeps, ONE, les Mutuelles, les sociétés expertes, certains groupes d'entraide ...).

Etant donné la grande diversité des intervenants et la difficulté qui en découle de les regrouper et de les catégoriser en «promotion de la santé» ou «prévention primaire», nous avons choisi d'aborder la manière dont les institutions s'inscrivent dans les différentes formes de prévention par le biais des domaines qu'elles déclarent couvrir.

Les résultats montrent tout d'abord que pour 43 % des institutions répondant (49/115), les projets ou actions cardiovasculaires constituent une de leurs activités principales.

Au niveau des domaines, celui de la «promotion à la santé cardiovasculaire» est le plus largement couvert : 70 % des répondants promeuvent la pratique régulière d'une activité physique ; 67 % une alimentation équilibrée ; 61 % une vie et un environnement sans tabac.

Les couvertures des domaines liés à l'évaluation du risque cardiovasculaire individuel (29 %), à l'amélioration de l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire (28 %) et à la prise en charge de ces facteurs de risque : surcharge pondérale (27 %), stress (18 %) et cholestérol (16 %) sont plus nuancées.

Les domaines de la «prévention des récurrences» et de la «promotion de la santé du patient cardiaque» sont peu représentés, respectivement 13 % et 12 %. Enfin, la recherche est prise en charge par 5 % des institutions répondant.

En termes d'activités, on peut mettre en évidence :

- d'une part, des activités poursuivies par de très nombreuses institutions ou organismes : «l'information» (70 %), «la mise à disposition de documentation» (57 %), «les actions éducatives de proximité» (55 %)
- d'autre part, des activités menées par un nombre restreint d'acteurs : par exemple «la formation par les pairs» citée par 11 %.

«L'information», «la documentation», «les actions éducatives de proximité» ne semblent pas être liées à un organisme particulier.

Ce n'est pas le cas de «l'accompagnement de projets», de «la formation par les pairs», de «la formation de relais» qui semblent être le fait d'institutions précises.

Les analyses croisées entre «type d'institution», «domaines couverts» et «activités réalisées» révèlent que les associations sportives se positionnent exclusivement dans le domaine de la promotion à la santé et s'intéressent particulièrement à la promotion de la pratique sportive.

Elles vont y parvenir essentiellement par le biais de «communication-actions médiatiques».

Les Centres Locaux de Promotion de la Santé s'inscrivent dans le domaine de la promotion à la santé.

Les CLPS pris dans leur ensemble poursuivent l'ensemble des activités. Néanmoins, certaines activités sont menées par une majorité d'entre eux. Ainsi, tous les CLPS diffusent de l'information, de la documentation, accompagnent des projets et forment des relais.

Les groupes de soutien ou d'entraide couvrent l'ensemble des domaines proposés. Ils promeuvent majoritairement la pratique régulière d'une activité physique (11/15). Leurs publics cibles sont des personnes présentant des facteurs de risque ou ayant développé une pathologie cardiaque. Près de la moitié promeuvent une alimentation équilibrée (7/15). Un certain nombre de groupes d'entraide ou de soutien ont mis en place des groupes sportifs où les personnes à risque ou ayant développé une pathologie peuvent s'adonner à une pratique sportive régulière. Ils utilisent l'information (11/15) et la documentation (7/15).

Les institutions de soins, les centres de santé, de revalidation ... couvrent l'ensemble des domaines proposés, excepté la recherche.

Tous promeuvent la pratique régulière d'une activité physique. Une grande majorité promeut une alimentation équilibrée (9/10) ainsi qu'une vie et un environnement sans tabac (8/10). Considérant la prise en compte des facteurs de risque, ils évaluent le risque cardiovasculaire individuel (9/10) ; ils améliorent l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaires (7/10) ; ils prennent en charge les personnes présentant une surcharge pondérale (6/10), une perturbation du cholestérol (7/10) ou un excès de stress (5/10) ; ils promeuvent les pratiques de rééducation et de remise en activité des patients ayant eu des problèmes cardiovasculaires (4/10).

Toutes les institutions de soins, les centres de santé, de revalidation mènent des actions éducatives de proximité (10/10). Une majorité diffuse de l'information (8/10), de la documentation (6/10) et collecte des données qualitatives (6/10).

Toutes les associations en lien avec la médecine générale évaluent le risque cardiovasculaire individuel et améliorent l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaires (4/4).

Trois institutions ont des actions sur des publics spécifiques (3/4) et assurent la formation par les pairs (3/4) ; la moitié promeut une vie et un environnement sans tabac, prend en charge les personnes présentant une surcharge pondérale ou une perturbation du cholestérol.

Les activités menées sont fort diverses : accompagnement de projets, collecte de données, diffusion de documentation, formation de relais, coordination, actions éducatives de proximité, évaluations et l'animation de réseau.

Les centres PSE présentent une certaine hétérogénéité dans les réponses. La moitié des répondants promeut une alimentation équilibrée et la pratique régulière d'une activité physique. Certains centres développent des activités d'information, de documentation, d'accompagnement de projets et de conseils méthodologiques. Par contre, la formation de relais, la collecte de données qualitatives, l'animation de réseau, la création d'événements et les actions médiatiques semblent peu ou pas développées.

Les mutuelles s'inscrivent dans la promotion à la santé. Toutes promeuvent la pratique régulière d'une activité physique, une alimentation équilibrée, ainsi qu'une vie et un environnement sans tabac (4/4). Elles ont des actions sur des publics spécifiques (3/4). Elles veulent améliorer l'accompagnement des personnes présentant une surcharge pondérale (3/4). Elles recourent à la diffusion d'information (4/4), des actions médiatiques (4/4) ; elles mènent des actions éducatives de proximité (3/4). La moitié diffuse de la documentation, accompagne des projets et mène des évaluations (2/4).

Les services communautaires couvrent principalement le secteur de la promotion à la santé. La moitié d'entre eux promeut la pratique régulière d'une activité physique, une alimentation équilibrée, ainsi qu'une vie et un environnement sans tabac (2/4).

Ils ne couvrent pas les domaines liés à la prise en charge de facteurs de risque ou de promotion à la santé d'une personne ayant développé une pathologie.

Tous les services communautaires accompagnent des projets et assurent le soutien méthodologique (4/4). Ils assurent des évaluations (3/4), la diffusion de documentation (2/4), la formation de relais (2/4) et la coordination (2/4).

Les sociétés expertes couvrent tous les domaines. Toutes promeuvent la pratique régulière d'une activité physique, une alimentation équilibrée, ainsi qu'une vie et un environnement sans tabac.

Elles ont des actions sur des publics spécifiques (4/5) ; elles favorisent l'évaluation du risque cardiovasculaire individuel (4/5) ; elles améliorent l'accompagnement des personnes présentant des facteurs de risque (3/5), une perturbation du cholestérol (3/5) ; elles favorisent les comportements adaptés en cas de crise (3/5) et promeuvent les pratiques de rééducation et de remise en activité des patients ayant eu un problème cardiovasculaire.

Les sociétés expertes ont des activités fort diversifiées. Si on les considère dans leur ensemble, elles s'adonnent à l'ensemble des activités, sauf la formation par les pairs. Toutes recourent à la diffusion d'information (5/5). Quatre diffusent de la documentation et créent des événements en Communauté française (4/5). Trois mènent des actions éducatives de proximité (3/5) et collectent des données qualitatives.

6.2.3 Par rapport aux projets

Les projets ayant une couverture géographique locale et/ou communale représentent 46 % des projets recensés. Les projets à l'échelle d'une province représentent 25 % des projets et ceux à l'échelle de la Communauté française, 23 %. Les résultats montrent que les projets résultent le plus souvent d'une initiative de l'institution ou d'un partenariat négocié et répondent rarement et exclusivement à une commande extérieure. Ils montrent également que 2 projets sur 3 ont une durée minimale de 2 ans. Les cartes présentées dans ce travail montrent une bonne distribution des interventions sur l'ensemble de la Communauté française. La limite étant le manque d'exhaustivité du recensement. Cependant, l'étude confirme tant la diversité des projets que des thématiques abordées dans les différentes provinces avec cependant des disparités locales difficilement évaluables dans ce cadre. On constate également qu'il y a moins de projets «à long terme» dans les milieux du travail et qu'il y a, par contre, peu d'actions ponctuelles au niveau des habitants de quartier.

Les supports écrits (dépliants, brochures, ...) sont les outils les plus largement utilisés dans la réalisation des projets. Viennent ensuite les animations. Au niveau des médias, c'est également la presse écrite qui occupe la première place. Un projet sur quatre mentionne l'utilisation d'un site Internet, les spots télévisés étant très peu utilisés. Lorsqu'on croise le type d'outils développés en fonction des publics visés, on constate que les affiches, les animations, les outils pédagogiques et les jeux sont utilisés principalement pour le public enseignant. Les conférences, sites Internet et autres canaux de communication sont principalement utilisés vers les médecins. L'analyse des outils peut aussi donner une information sur la «durabilité» des projets. Certains outils ne sont utilisés que lors de moments ponctuels (campagnes

de sensibilisation/information), d'autres sont mis à disposition en continu et permettent la diffusion d'une information actualisée.

En ce qui concerne les niveaux de prévention, les résultats de l'étude montrent que 52 % des projets relèvent du champ de la prévention primordiale. Ces résultats montrent également qu'un projet couvre rarement un seul niveau de prévention. Ainsi 78 % des projets relèvent de la prévention primordiale et/ou de la prévention primaire et seulement 9 % des projets couvrent les champs de la prévention secondaire et/ou de la prévention tertiaire. Enfin, 6 % des projets abordent tous les types de prévention. Cette distribution des projets, en regard de la classification déterminée dans le PCO cardiovasculaire, est très importante en termes d'impact des actions. Il est, en effet, important d'avoir un nombre suffisant de projets en prévention primaire et secondaire pour diminuer la morbi-mortalité cardiovasculaire ; des projets de prévention tertiaire pour améliorer la qualité de vie des patients et à plus long terme, des projets de prévention primordiale pour modifier les habitudes et comportements à risque de la population ou les facteurs éducationnels de groupes plus ciblés.

En ce qui concerne les publics visés, très peu de projets visent exclusivement les femmes ou les hommes. La classe d'âge la plus visée par les projets est celle des 26-65 ans. Les adolescents (11-18 ans), les jeunes adultes (19-25 ans) et les personnes âgées (+ de 65 ans) sont également largement visés par les projets.

Un projet sur deux vise le grand public mais on constate également que les personnes présentant un facteur de risque, les patients cardiovasculaires et les personnes en situation de précarité sont largement ciblés par les projets. Les populations carcérales et les migrants ne sont pas, par contre, particulièrement ciblés par les projets.

Au niveau des milieux de vie, près d'un projet sur 2 visent le milieu scolaire ou la famille.

En termes de public cible, les professionnels sont également largement visés par les projets mis en place. Parmi eux, les enseignants et les éducateurs sont les plus représentés, ce qui rejoint les résultats identifiant les milieux scolaires comme largement ciblés par les projets. Les professionnels de la santé occupent également une place importante en tant que public cible dans les projets.

Quant aux domaines couverts par les projets, les résultats indiquent que ceux qui promeuvent un comportement ou un environnement sain sont les plus largement couverts (promotion d'une alimentation équilibrée, promotion de la pratique régulière d'une activité physique, promotion d'une vie sans tabac). Les projets développés au niveau de la prévention primordiale se consacrent dans plus d'un tiers des cas à la promotion d'une alimentation équilibrée. La promotion d'un environnement sans tabac est réalisée au travers de projet en prévention primordiale, primaire ou combinant différentes approches.

Les domaines plus spécifiques portant sur les comportements d'urgence adéquats ou des projets d'éducation du patient sont les moins représentés et sont essentiellement développés dans une approche de prévention tertiaire ou combinée des différents niveaux de prévention.

Tous les domaines sont abordés dans tous les milieux de vie ciblés et la distribution de ces domaines est assez homogène d'un milieu à un autre. Les domaines portant sur la promotion de comportements et d'environnement sains (alimentation équilibrée, activités sportives, environnement sans tabac) visent particulièrement les milieux familiaux et scolaires. Les domaines visant l'évaluation des facteurs de risque, l'accompagnement de personne à risque et la prise en charge de facteurs de risque (surcharge pondérale, stress) sont plus représentés dans les milieux familiaux et du travail.

Lorsqu'on croise le public bénéficiaire, notamment pour les différents groupes à risque et le domaine couvert par le projet, on constate que les projets qui visent spécifiquement un facteur de risque (tabac et sédentarité, par exemple) sont plus nombreux chez les personnes présentant un facteur de risque identifié. Les résultats montrent également qu'un projet aborde souvent plusieurs domaines.

Au niveau des professionnels ciblés par les projets, tous les domaines semblent couverts au niveau de toutes les catégories de professionnels. Toutefois, certains domaines semblent plus spécifiques aux médecins (promotion d'un environnement sans tabac, évaluation des risques cardiovasculaires individuels, accompagnement de personnes à risque et prise en charge de surcharge pondérale). La promotion de l'alimentation équilibrée touche principalement les responsables des cantines collectives.

L'objectif de la présente étude est de faire un état des lieux de l'ensemble des projets qui s'intéressent de près ou de loin à ces facteurs/déterminants. La porte d'entrée de base, qui fait consensus parmi les experts et qui est bien détaillée dans le PCO cardiovasculaire, est le risque cardiovasculaire global. On sait par exemple qu'en termes de morbi-mortalité, le tabac détient tous les records ... Les rapports du Surgeon General's (11) ont noté que le risque résiduel pour les effets cardiovasculaires chroniques dus au tabagisme était de 1,7, allant de 1,5 à 2,2. Ceci veut dire que les fumeurs ont 70 % plus de risque de développer une maladie cardiovasculaire chronique que les non-fumeurs. La prévention du tabagisme actif et passif est une thématique prioritaire des projets recensés. Ceux-ci entrent soit dans une stratégie globale de

promotion de la santé cardiovasculaire, soit sont ciblés sur les personnes à risque. S'il est très difficile d'évaluer l'impact de ces projets, ce recensement non exhaustif confirme cette priorité d'action et la diversité des outils/stratégies mis en œuvre (pour différents publics bénéficiaires).

En termes d'outils, les supports écrits sont les plus utilisés et ce dans tous les domaines. Néanmoins, on constate que les formations et les outils pédagogiques sont plus largement utilisés pour le travail de lutte contre le tabac, que l'organisation d'événements et les communiqués de presse ciblent un peu plus la promotion de l'activité physique et l'évaluation du risque cardiovasculaire individuel.

Les principales activités réalisées au travers des projets sont des activités d'information et de documentation. Des collectes de données sont également réalisées dans près d'un projet sur deux. Ces données portent essentiellement sur les facteurs de risque (surcharge pondérale, glycémie, cholestérolémie, ...) et les analyses de situation. Par ailleurs, on peut s'étonner de constater que seulement 5,4 % des projets couvrent le domaine de la recherche. Viennent ensuite les activités éducatives de proximité et les actions médiatiques et de communication. Les projets proposant des activités d'évaluation et de formation par les pairs sont les moins nombreux.

Les activités de formation et de collecte de données s'inscrivent dans la durée. L'évaluation, l'information et la documentation sont par contre des activités dont la durée peut être très variable.

En regard des milieux de vie, on constate que toutes les activités sont réalisées dans tous les milieux de vie. Les activités de coordination, d'accompagnement méthodologique et d'évaluation sont les plus importantes en milieu scolaire. La création d'événements et la formation par les pairs touchent plus les «habitants d'un quartier» par rapport aux autres activités développées.

En ce qui concerne les professionnels ciblés par les projets, les résultats montrent que les activités de formation de relais ciblent principalement le personnel du secteur social, que la formation par les pairs vise principalement les médecins généralistes et le personnel du secteur social, que les activités d'accompagnement de projet, de coordination et de collecte de données sont principalement menées dans les cantines collectives.

Enfin, les principales stratégies de promotion de santé poursuivies au travers des projets portent sur la participation communautaire et l'acquisition d'aptitudes individuelles. La stratégie qui vise à réorienter les services est la moins représentée parmi les projets.

49 participants ont apporté des informations complémentaires concernant les projets menés au cours des 5 dernières années. On dénombre 16 projets réalisés et terminés il y a plus de 2 ans.

Le plus souvent, ces projets sont menés sur initiative propre ou en partenariat négocié comme pour les projets menés dans les 2 années précédant l'enquête. De même, les supports écrits y trouvent une place belle.

Les succès rencontrés dans ces projets sont d'abord et surtout exprimés en termes d'appui financier, puis de participation des acteurs et du public, de satisfaction, et de partenariats.

Ce qui ressort comme difficultés est principalement le manque de ressources financières, mais également de personnel et de temps.

17 organismes mentionnent des projets qui n'ont pu être réalisés au cours des 5 dernières années principalement par manque de ressources, surtout en financement mais aussi en personnel, temps, infrastructure ...

On relève également des projets en devenir dans le domaine de la promotion de la santé cardiovasculaire : 11 projets écrits avec financements trouvés ; 22 projets écrits avec financements à trouver ; 23 projets à écrire et avec financements à trouver.

En terme de couverture géographique, les informations apportées au travers des questionnaires ont permis de «situer» le niveau d'intervention des projets mais elles ne permettent pas de quantifier précisément l'ampleur des publics visés (et/ou touchés) par les interventions, notamment dans une perspective comparative.

Cependant, certaines fiches projets renferment des informations qui pourraient permettre une estimation plus précise (nombre de communes touchées, par exemple, ...) et nous renvoyons le lecteur vers la base de données pour une lecture plus détaillée.

Enfin, rappelons qu'1 projet sur 2 environ seulement est évalué, et principalement par l'équipe elle-même.

Lorsqu'on questionne les répondants sur les résultats des actions menées, il en ressort surtout des éléments comme le développement de collaborations et de partenariats, la participation, la satisfaction du public et des professionnels ...

Les résultats en termes de santé, modifications environnementales et de modes de vie ... sont moins présents et surtout le fait de quelques acteurs seulement. La promotion de la santé nous semble pourtant tout à fait compatible avec une

approche permettant de préciser des objectifs de santé, de modes de vie, de changements environnementaux, d'objectifs pédagogiques ... et de leur évaluation.

6.2.4 Liens opérationnels avec le PCO

Les déterminants des maladies cardiovasculaires sont pour une large part d'ordres politique, économique et social, et de nombreuses instances préconisent une stratégie de population par exemple dans le champ de la prévention coronaire (12). Les analyses d'études récentes dans les pays riches (cf. registre de l'infarctus en Communauté française et les études MONICA) indiquent que la majeure partie de la diminution de mortalité cardiovasculaire peut être attribuée à la prévention secondaire et la prise en charge efficiente des cas aigus (13).

Dans le cadre de la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires, il existe différentes recommandations établies par des sociétés de médecine ou des unités de recherche (14-15-16-17). Le PCO cardiovasculaire définit certaines de ces priorités. Cependant, le cadastre n'a pas été en détails dans les stratégies d'action des projets. On sait par exemple qu'en termes de prévention primaire, une série de projets se centre sur la détermination du risque global de maladies cardiovasculaires sur une période de plusieurs années et que d'autres sont spécifiquement de la prévention secondaire ou tertiaire (réadaptation de patients cardiaques, association de diabétiques, etc.). Il découle cependant de ce travail le manque de standardisation des actions par rapport aux risques visés. La responsabilité n'est pas directement liée aux acteurs des projets, mais plutôt à celle des experts belges en prévention et promotion de la santé cardiovasculaire qui n'élaborent pas assez de normes/ consensus en regard des recommandations internationales. Il en découle des pratiques préventives et promotionnelles fort différentes pour des acteurs travaillant dans les mêmes domaines.

En raison de l'évolution rapide des recommandations en matière de dépistage des facteurs de risque cardinaux et de l'ensemble des stratégies préventives en matière cardiovasculaire, il est impératif pour les décideurs dans le domaine de la santé publique, de disposer d'informations mises à jour de manière périodique en respect des recommandations scientifiques internationales. Le présent travail est un élément de cette mise à jour. Il est une «porte d'entrée» vers les acteurs et doit servir de levier pour un travail de proximité entre la Communauté française et ces acteurs de terrain.

6.2.5 Mise à jour du cadastre et perspectives futures

Chaque individu devrait avoir une information sur ses propres risques de maladie cardiovasculaire et les moyens de les réduire (18). Il persiste cependant des difficultés notables pour intégrer à l'échelle d'un individu des facteurs de risque multiples et intriqués. Ce travail est un élément pour faire connaître les différentes interventions en la matière en Communauté française et pourrait favoriser la mise en réseau d'intervenants suite à une meilleure connaissance des champs d'action de chacun.

Les différents projets en matière de prévention et promotion de la santé cardiovasculaire menés actuellement en Communauté française doivent être le plus possible complémentaires et bénéficier d'une coordination et d'un encadrement scientifique. De par le fait qu'ils concernent des publics fort différents et que les objectifs opérationnels diffèrent considérablement, il est envisageable de faire des synergies entre ces différents projets en favorisant entre autres une mise à jour régulière de ce type de travail. Petit à petit, il serait possible d'être plus exhaustif et que les acteurs eux-mêmes assurent cette actualisation continue. Cette analyse doit donner l'opportunité aux différents acteurs de prévention cardiovasculaire d'avoir une meilleure vision des différents programmes existants et devenir un cadre de concertation et d'analyse afin de proposer de façon consensuelle les stratégies de prévention en la matière.

Les mesures de l'évolution des facteurs de risque de maladies chroniques dans la population générale entrent dans les priorités définies dans le plan quinquennal de la Communauté française. On observe par ailleurs un grand parallélisme entre les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et ceux de l'ensemble des maladies chroniques fréquentes dans notre population (19). Le cadastre des actions cardiovasculaires pourrait aussi stimuler le même type de travail pour les autres thématiques prioritaires définies dans le PCO.

7. CONCLUSION

La démarche menée dans le cadre de l'élaboration du présent «cadastre» a permis de dresser un inventaire assez complet des acteurs et actions dans le champ de la promotion et de la prévention de la santé cardiovasculaire. Pour tous ces acteurs et toutes ces actions, de nombreuses informations ont été relevées au travers de trois questionnaires visant tantôt les aspects institutionnels, tantôt la description des actions et projets développés depuis moins de 2 ans, ainsi que les projets réalisés au cours des 5 dernières années et non renouvelés, les projets n'ayant pu être réalisés, les besoins identifiés par les intervenants et leurs suggestions quant aux campagnes futures.

Le rapport que vous venez de lire présente les principaux résultats des analyses réalisées au départ des informations transmises au travers des interviews et des questionnaires complétés en ligne par l'ensemble des acteurs. Ces analyses montrent des résultats intéressants en termes de publics cibles et publics bénéficiaires, de groupes à risque visés, de domaines d'intervention privilégiés, de niveaux de prévention ciblés, de stratégies et d'actions privilégiées, d'outils créés et utilisés, de couverture géographique et de démarche d'évaluation.

L'intérêt de ces résultats se situe à plusieurs niveaux. Tout d'abord, d'un point de vue descriptif, ils permettent de dresser une photographie de la plupart des interventions menées et de proposer une fiche synthétique de chacune d'entre elles.

Le deuxième niveau d'intérêt réside dans l'analyse de rapprochement qui a été faite entre les données de ce cadastre et les différents choix stratégiques et choix d'objectifs santé dressés dans le document d'opérationnalisation du PCO cardiovasculaire élaboré par le «groupe technique d'appui au Cabinet». Ce rapprochement sera une source d'informations intéressante dans la perspective de l'opérationnalisation détaillée du PCO.

Les analyses croisées entre les domaines de prévention couverts, les activités réalisées et les milieux de vie ; entre les domaines, les activités et différents groupes de publics bénéficiaires ; entre les activités, la durée des projets et les publics bénéficiaires et entre les domaines, les publics bénéficiaires et les outils développés constituent le 3^{ème} niveau d'intérêt. Ces analyses croisées ont permis de mieux cerner la richesse importante des interventions mais aussi de mettre en évidence des lacunes possibles tant sur des publics spécifiques que par exemple dans le choix des interventions, des bénéficiaires et des outils utilisés.

Cette richesse et cette diversité des interventions et des acteurs devraient aussi nous amener à réfléchir sur la trop grande frilosité actuelle dans la recherche de leurs complémentarités. Il serait important que lors des futures campagnes de promotion de la santé cardiovasculaire, un vrai travail de recherche de complémentarité soit réalisé afin de mieux potentialiser l'existant. Dans cette perspective, le cadastre (et son actualisation permanente) sera un outil très précieux.

Dans la même perspective, ce cadastre met en évidence le «cloisonnement» de certains acteurs dans certaines thématiques alors qu'une approche plus globale pourrait être encouragée et répondrait mieux à une approche de promotion de la santé. Ce cadastre met aussi en évidence que la prévention secondaire (et la prévention tertiaire) est le «parent pauvre» des interventions dans le domaine de la promotion de la santé cardiovasculaire (78 % des projets relèvent de la prévention primordiale et/ou primaire). Les futures campagnes devront aussi intégrer ce constat.

Le cadastre met aussi en évidence la cible privilégiée que représentent les enseignants (1 projet sur 2 vise les enseignants et/ou le milieu scolaire). La difficulté effective de mobilisation de ceux-ci (manque de temps notamment) pose des questions quant à la faisabilité optimale de ces interventions. Une diversification des publics et des lieux de vie ciblés devrait également être à l'ordre du jour des futures campagnes. Une discussion quant à la possibilité de libérer des plages horaires pour la promotion de la santé à l'école devrait aussi être d'actualité. Enfin, ce cadastre a aussi permis de constater la faiblesse d'une part de la pratique de l'évaluation au sein des projets et d'autre part de la recherche dans le domaine de la promotion de la santé cardiovasculaire.

Les auteurs souhaitent aussi insister sur le fait que ce rapport et les analyses présentées ne peuvent transmettre toute la richesse des informations collectées. La base de donnée permet de faire des recherches d'information pour répondre à des questions précises (le détail sur les outils utilisés par tel ou tel projet, sur quels réseaux s'appuyer au niveau local, etc.). Les fiches projets, qui sont consultables sur le site Internet www.santecardiovasculaire.be, doivent aussi être mises à profit pour des recherches d'informations spécifiques. Enfin, les acteurs de terrains qui ont répondu à cet inventaire ont mis à disposition leurs coordonnées pour que les contacts soient développés. Nous ne pouvons qu'insister auprès des lecteurs pour qu'ils poursuivent leur quête d'information par ces différentes voies.

Nous souhaitons également beaucoup insister pour que ce cadastre constitue le point de départ d'un processus dynamique de mise à jour de cet inventaire et d'appropriation par les acteurs des informations qui sont contenues dans la base de données.

Pour ce faire, et dans les plus brefs délais, les modalités d'accès à la base de données devront être définies par le «groupe technique d'appui» dans le cadre de ses missions.

La mise à jour permanente et l'intégration des projets qui auraient échappé à ce cadastre permettront de disposer à tout moment d'un inventaire de l'offre indispensable pour guider les acteurs et décideurs vers une plus grande adéquation entre les propositions d'intervention et les besoins des populations au regard des priorités du PCO cardiovasculaire.

8. RÉFÉRENCES

1. Plan Communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé, Communauté française, Direction Générale de la Santé, octobre 2005.
2. Communauté française de Belgique. Promotion de la santé cardiovasculaire. PCO cardiovasculaire, version juin 2006, 37p.
3. Déclaration d'Osaka : une intervention au niveau sanitaire, économique et politique : endiguer la lame de fond des maladies cardiovasculaires, mai 2001.
4. International Heart Health Society. International Action on Cardiovascular Disease : A Platform for Success Based on International Cardiovascular Disease (CVD) Declarations (2005).
5. International Heart Health Society. The Milan Declaration : Positioning Technology to Serve Global Heart Health (2004).
6. Puska P. Prevention of non-communicable disease through community-based integrated programmes. Proceedings of the European Health Policy Conference : Opportunities for the Future. Copenhagen, Danemark, 5 au 9 décembre 1994. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
7. Yusuf S, Reddy K, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases, part I : general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 27 nov. 2001 ; 104(22):2746-53.
8. Wolf HK, Kuulasmaa K, Tolonen H, Sans S, Molarius A, Eastwood BJ ; WHO MONICA Project. Effect of sampling frames on response rates in the WHO MONICA risk factor surveys. *European Journal of Epidemiology*, 2005, 20: 293-299.
9. Tolonen H, Dobson A, Kulathinal S ; WHO MONICA Project. Assessing the quality of risk factor survey data : lessons from the WHO MONICA Project. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2006, 13:104-114.
10. Ounpuu S, Negassa A, Yusuf S. INTER-HEART : A global study of risk factors for acute myocardial infarction. *American Heart Journal* 2001 ;141(5):711-21.
11. The 2004 United States Surgeon General's Report : The Health Consequences of Smoking. *N SW Public Health Bull.* 2004 ;15:107.
12. Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries : the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Family Practice* 2002 ; 19:596-604.
13. De Henauw S. , De Bacquer D., de Smet P., Kornitzer M., De Backer G. Trends and regional differences in coronary risk factors in two areas in Belgium : final results from the WHO-MONICA Ghent-Charleroi Study. *J Cardiovasc Risk* 2000 ; 7:347-357.
14. Tunstall-Pedoe H, Vanuzzo D, Hobbs M, Mahonen M, Cepaitis Z, Kuulasmaa K, Keil U. Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000 ; 355:688-700.
15. Blacher J, Evans A, Arveiler D, Amouyel P, Ferrieres J, Bingham A, Yarnell J, Haas B, Montaye M, Ruidavets JB, Ducimetiere P. Residual coronary risk in men aged 50-59 years treated for hypertension and hyperlipidaemia in the population : the PRIME study. *Journal of Hypertension* 2004 ; 22:415-23.
16. Schröder E, Swales S, Masuy B, Duchêne J, Wunsch G, Gourbin C, Jeanjean M. The long-term prognosis of mild CAD : a 10-year follow-up study from the MONICA-BELLUX registry. *Circulation* 2006 ; 114: II-830
17. Levêque A., Kornitzer M., Desqueuve R., Lannoy M., Coppieters Y. Le registre des cardiopathies ischémiques en Communauté française de Belgique. 20 ans de suivi 1983-2002. Université libre de Bruxelles (Ecole de Santé Publique) 2005, 23p.
18. Misselbrook D, Armstrong D. Patients' responses to risk information about the benefits of treating hypertension. *British Journal General Practi* 2001 ;51:276-279.
19. Enquête nationale de santé par interview, 2004. Institut National de Santé Publique, Bruxelles, 2006. <http://www.iph.fgov.be/epidemio/>

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Catégorisation des niveaux d'intervention et des objectifs santé définis dans le PCO Promotion de la santé cardiovasculaire.	12
Tableau 2 :	Distribution des différents types d'institutions représentés.	15
Tableau 3 :	Statuts des différents acteurs.	16
Tableau 4 :	Distribution géographique des acteurs dans les 5 provinces francophones et la Région bruxelloise.	17
Tableau 5 :	Année de création des institutions.	17
Tableau 6 :	Les projets/actions cardiovasculaires constituent une de vos activités principales.	18
Tableau 7 :	Les activités proposées par les institutions dans le cadre de la prévention/promotion de la santé cardiovasculaire.	19
Tableau 8 :	Domaines couverts par les institutions dans le cadre de la prévention/promotion de la santé cardiovasculaire.	22
Tableau 9 :	Distribution des projets en fonction de leur durée.	25
Tableau 10 :	Distribution des projets en fonction de l'origine de l'initiative du projet.	25
Tableau 11 :	Distribution des projets en fonction de leur couverture géographique.	26
Tableau 12 :	Distribution des projets en fonction de leur intégration à un programme à l'échelle de la Communauté française.	28
Tableau 13 :	Distribution des projets en fonction de la réalisation d'une évaluation et de la rédaction d'un rapport d'évaluation.	29
Tableau 14 :	Distribution des projets en fonction de la disponibilité d'un budget pour réaliser l'évaluation.	29
Tableau 15 :	Distribution des projets en fonction de la nature des financements obtenus.	29
Tableau 16 :	Distribution des projets en fonction de la source des apports financiers.	30
Tableau 17 :	Distribution des projets en fonction de la source des apports financiers publics.	30
Tableau 18 :	Distribution des projets en fonction de la source des apports en ressources humaines.	30
Tableau 19 :	Distribution des projets en fonction de l'existence d'un site Internet ou de documents de référence.	31
Tableau 20 :	Distribution des projets en fonction des groupes sociaux et milieux de vie des publics bénéficiaires et des publics cibles.	33
Tableau 21 :	Distribution des projets en fonction des domaines couverts.	36
Tableau 22 :	Distribution des projets en fonction des activités proposées.	37
Tableau 23 :	Distribution de l'activité de collecte de données en fonction des informations récoltées.	37
Tableau 24 :	Distribution des projets en fonction de la stratégie de promotion de la santé utilisée.	38
Tableau 25 :	Distribution des projets en fonction du niveau de prévention.	38
Tableau 26 :	Distribution des projets en fonction du niveau d'intervention et des objectifs santé définis dans le PCO cardiovasculaire.	39
Tableau 27 :	Distribution des projets par domaines couverts en fonction des milieux de vie.	40
Tableau 28 :	Distribution des projets par types d'activités réalisées en fonction des milieux de vie.	41
Tableau 29 :	Distribution des projets par domaines couverts en fonction des publics bénéficiaires de type «groupes à risque».	42
Tableau 30 :	Distribution des projets par types d'activités et en fonction des publics bénéficiaires de type «groupes à risque».	42

Tableau 31 :	Distribution des projets par domaines couverts en fonction des publics cibles de type «professionnels de la santé».	43
Tableau 32 :	Distribution des projets par types d'activités en fonction des publics cibles de type «professionnels de la santé».	43
Tableau 33 :	Durée des projets en fonction des publics bénéficiaires.	44
Tableau 34 :	Durée des projets en fonction des types d'activités développées.	45
Tableau 35 :	Types d'outils développés en fonction des domaines couverts par les projets.	46
Tableau 36 :	Types d'outils développés en fonction des publics bénéficiaires.	46
Tableau 37 :	Succès rencontrés au cours des projets.	47
Tableau 38 :	Difficultés rencontrées au cours des projets.	48

INDEX DES FIGURES

Figure 1 :	Distribution des projets en fonction des commanditaires pour les projets émanant d'une commande extérieure ou d'un partenariat négocié.	26
Figure 2 :	Distribution des projets à l'échelle provinciale	27
Figure 3 :	Distribution des projets en fonction des outils mis en œuvre pour sa réalisation.	28
Figure 4 :	Distribution des projets en fonction des catégories d'âges des publics bénéficiaires et des publics cibles.	31
Figure 5 :	Distribution des projets en fonction du «genre» des publics bénéficiaires et des publics cibles.	32
Figure 6 :	Distribution des projets en fonction des «groupes à risque» parmi les publics bénéficiaires et publics cibles.	33
Figure 7 :	Distribution des projets en fonction des catégories professionnelles parmi les publics cibles des projets.	34
Figure 8 :	Distribution des projets en fonction des différents types d'interventions réalisées.	35
Figure 9 :	Distribution des projets en fonction du lieu de réalisation des interventions.	35

ANNEXES

Les annexes 1 à 9 font l'objet d'une publication séparée.
L'annexe 10 qui reprend les fiches résumées des projets fait également l'objet d'une publication séparée.

Ces annexes sont également disponibles sur le site
www.santecardiovasculaire.be

REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement tous les acteurs qui ont accepté de participer à cette étude, le groupe technique du Cabinet de la Ministre Catherine Fonck pour son appui méthodologique et la Communauté française pour son soutien financier.

Merci également à Maryse Gombert pour la relecture attentive de ce rapport.

