

PLAN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN WALLONIE HORIZON 2030 :

**Axe "Promotion des modes de vie et
des milieux de vie favorables à la santé"**

WALAPSanté

Promouvoir la santé de toutes et tous
par l'alimentation et l'activité physique

Proposition de référentiel stratégique - Octobre 2018

sommaire

INTRODUCTION	3
L'alimentation et l'activité physique au cœur de la prévention des maladies non transmissibles.	5
Le Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie, Horizon 2030 (PPPSanté H2030)	9
Les recommandations internationales pour la Promotion de la Santé dans le domaine de l'alimentation, de l'activité physique et de la lutte contre l'obésité.	10
Les principes qui ont guidé le choix des objectifs et actions du WALAPSanté H2030	13
Le processus de construction du WALAPSanté H2030	18
LE RÉFÉRENTIEL WALAPSANTÉ 2030 : AMÉLIORER LA SANTÉ DE TOUTES ET TOUS PAR L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	21
Objectifs de santé, indicateurs et structure du WALAPSanté	23
Le WALAPSanté en un coup d'oeil	27
Objectif stratégique 1 : Accès à une information de qualité	28
Objectif stratégique 2 : Soutien à l'innovation sociale	36
Objectif stratégique 3 : Accès à une offre de qualité	42
Objectif stratégique 4 : Gouvernance du WALAPSanté	50
REMERCIEMENTS	58

INTRO DUCTION

L'alimentation et l'activité physique au cœur de la prévention des maladies non transmissibles

Une mauvaise alimentation et le manque d'activité physique font partie des facteurs à l'origine de maladies non transmissibles (MNT) courantes dans les pays d'Europe : les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type II et certains types de cancers¹.

En Belgique, on estime que les MNT sont à l'origine de 87% de tous les décès. Les principales sont les maladies cardiovasculaires et les cancers, responsables respectivement de 30% et 27% des décès totaux, tous âges confondus, hommes et femmes. Selon les données de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de 2016, dans le top dix des problèmes de santé causant le plus d'invalidité, on retrouve neuf MNT².

Au-delà des indicateurs de mortalité ou de diminution d'années de vie en bonne santé, les organismes internationaux pointent le coût des maladies chroniques en termes de performances économiques et de cohésion sociale. Citons aussi la Stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020 de l'OMS « Avec la santé maternelle et infantile et la lutte contre l'épidémie de maladies non transmissibles, le vieillissement en bonne santé est l'un des aspects qui contribue le plus à combler le fossé entre pays de la Région, entre groupes socioéconomiques et entre hommes et femmes en ce qui concerne la santé et le bien-être »³. Une alimentation de qualité et une activité physique régulière et suffisante préviennent une grande partie des maladies chroniques liées au vieillissement. Elles favorisent aussi un processus de vieillissement dès la cinquantaine dans de bonnes conditions de bien-être et de santé, en ce compris du point de vue des relations sociales, si l'on considère que l'alimentation et l'activité physiques sont des vecteurs de liens sociaux.

Selon l'OMS, l'activité physique, permet de réduire le risque de développer des maladies chroniques, des cancers et des troubles mentaux⁴. La pratique régulière d'activité physique est recommandée pour retarder l'apparition des troubles cognitifs, améliorer le bien-être des personnes qui en sont atteintes et en ralentir en l'évolution⁵.

¹ OMS. Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020. (2013)

² <http://www.healthdata.org/belgium>

³ OMS, Stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020 : vers un monde où chacun puisse vivre longtemps et en bonne santé, 2016

⁴ OMS, Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé, 2010

⁵ OMS, Aide-mémoire n°362

Par ailleurs, les données de l'IHME identifient les facteurs de risque entraînant le plus de décès et d'invalidité : le régime alimentaire, la consommation d'alcool et de drogues et la surcharge pondérale arrivent respectivement en troisième, quatrième et cinquième places.

L'enquête nationale de consommation alimentaire de 2014-2015 de l'Institut de Santé Publique belge (Enquête ISP) montre que 49,6% de la population wallonne est en surpoids (dont 19,5% est obèse). A l'inverse, 3,7 % de la population est en carence pondérale⁶.

Le pourcentage de personnes en surpoids est plus élevé chez les hommes (32,7 %) que chez les femmes (25 %), tandis que la proportion d'individus obèses est relativement similaire pour les deux genres. La proportion de personnes souffrant de surpoids et d'obésité tend à augmenter en fonction de l'âge. En parallèle, un autre phénomène nécessitant une prise en charge spécifique est très présent chez nos aînés : la dénutrition.

Les résultats de l'enquête ISP mettent également en évidence la présence de disparités socio-économiques en termes de surpoids et d'obésité. Le pourcentage d'obésité (sur base de l'IMC) a ainsi tendance à augmenter lorsque le niveau d'instruction diminue⁷.

A l'échelle mondiale, ces facteurs de risque touchent particulièrement les populations les plus pauvres⁸. Comme le fait remarquer l'OMS : « il peut en découler un cercle vicieux pour ces populations : la pauvreté les expose à des facteurs de risque comportementaux pour les maladies non transmissibles et, à leur tour, les MNT qui en résultent déclenchent une spirale descendante acculant les familles à la pauvreté. En conséquence, si on n'agit pas énergiquement contre l'épidémie des maladies non transmissibles dans les pays et les communautés les plus lourdement affectés, leur impact total continuera de croître, compromettant l'objectif mondial de réduire la pauvreté. »⁹

De tels résultats peuvent s'expliquer par un enchevêtrement de causalités dont la source se trouve in fine dans le statut socio-économique et dont l'accès à l'éducation est un médiateur important. Les données socio-épidémiologiques montrent régulièrement des associations entre le niveau d'éducation et les habitudes alimentaires, le niveau d'activité physique, le temps passé devant la télévision.

⁶ De Ridder K, Bel S, Brocatus L, Lebacqz T, Ost C & Teppers E., Enquête de consommation alimentaire. WIV-ISP, 2016.

⁷ De Ridder K, Bel S, Brocatus L, Lebacqz T, Ost C & Teppers E., Enquête de consommation alimentaire. WIV-ISP, 2016.

⁸ OMS, Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 - Résumé d'orientation, 2011, p. V.

⁹ OMS, Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 - Résumé d'orientation, 2011, p. V.

Le type d'aliments consommé varie selon le niveau d'éducation : la consommation de fruits et de légumes est notamment plus élevée chez les personnes plus instruites, tandis que la consommation de sucreries, de boissons sucrées et de « fast food » est plus importante chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation. Les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur sont moins nombreuses à avoir des loisirs physiquement actifs.

D'autres études montrent aussi que la part du revenu consacrée à nourrir la famille est plus importante au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale. Cependant, en chiffres absolus, le montant des ressources mensuelles disponibles pour l'approvisionnement est plus faible dans ces familles¹⁰.

Ainsi, d'un point de vue économique, les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur ont davantage la possibilité d'acheter des aliments sains, tels que des fruits et des légumes. Les produits de qualité, qu'ils s'inscrivent dans un régime spécifique liés à des problèmes de santé ou non, ne sont pas accessibles financièrement pour la majorité. Les produits les plus accessibles financièrement sont le plus souvent, ceux qui sont les plus transformés et de moindre qualité. Les alternatives pour accéder à des produits frais (par exemple des potagers collectifs) ne sont pas toujours accessibles à tous (accessibilité géographique, symbolique ou en terme de temps ...). Cuisiner à partir d'aliments frais demande d'être équipé mais aussi du temps, du savoir-faire et de la motivation.

Les rythmes de vie ne permettent pas toujours de dégager du temps pour cuisiner soi-même ou pour pratiquer de l'activité physique même gratuite, et c'est d'autant plus une réalité pour les familles monoparentales. Le manque de choix dans les aliments financièrement accessibles peut réduire l'envie de cuisiner. D'autres freins à l'accessibilité peuvent intervenir pour des populations précaires, par exemple quand les quartiers à loyers modestes ne se trouvent pas à proximité de services et d'un approvisionnement de qualité

Dans la population générale aussi, les facteurs environnementaux et le style de vie sont à l'origine de l'augmentation du nombre de personnes en situation de surpoids ou souffrant d'obésité. Un des grands changements de ces dernières décennies est la consommation accrue de repas et de boissons en dehors de la maison. De plus en plus de plats à emporter et de plats provenant de kiosques et de camions-cantines (« food truck ») sont consommés. De même, la consommation de repas chez des amis, au restaurant, à l'école ou au cours de déplacements est à la hausse.

¹⁰ Chiolerio A., Why causality, and not prediction, should guide obesity prevention policy, 2018

En Belgique, entre 1980 et 2000, le budget consacré aux repas mangés à l'extérieur est passé de 14 % à 23 %. Ce sont les adolescents et les jeunes adultes qui mangent le plus souvent en dehors de la maison. Plusieurs chercheurs ont déjà exprimé leur inquiétude par rapport au fait de manger à l'extérieur, en raison des portions plus grandes de ces repas, de leur densité énergétique plus élevée, du manque d'informations fournies aux consommateurs et du manque d'alternatives saines.

Parallèlement aux comportements alimentaires, l'enquête de l'ISP analyse les comportements en matière d'activité physique dans différentes catégories de la population réparties en fonction de leur âge et montre que la pratique d'activités physiques tend à diminuer avec l'âge au profit d'activités sédentaires. Si les enfants (3-9 ans) passent en moyenne 6h et 27 minutes par jour occupés à des activités sédentaires, la durée passe à 8h et 44 minutes par jour chez les adolescents (10-17 ans). Les adultes (18-64 ans), quant à eux, passent en moyenne 5h et 47 minutes en position assise par jour, sachant que pour 22% d'entre eux cette durée s'élève à plus de 8h. Nous pouvons donc constater que les adolescents et une partie des adultes sont particulièrement sédentaires. De manière générale, la dimension du genre doit également être prise en compte puisque les garçons sont plus actifs que les filles, tendance qui se perpétue à l'âge adulte¹¹. Ces données invitent à considérer la culture, les rites, les habitudes collectives dans lesquelles s'insèrent les modes alimentaires et les pratiques d'activité physique.

Par souci de protection de la santé des Wallons et Wallonnes, il devient donc primordial de mettre en place des actions afin d'influencer les modes de vie en transition dans un sens favorable à la santé, de repenser les politiques d'alimentation et d'activité physique, cela dans une visée globale de santé publique. C'est pourquoi il importe que l'axe alimentation et activité physique du PPPSanté H2030 soit ambitieux, mobilisateur et inclusif. Cet axe surnommé dans le présent document « WALAPSanté » dont il est l'objet principal. Sa mise en place mobilisera largement la société afin de soutenir des transitions de mode vie favorables à la santé et contrer les effets d'un environnement qui lui est défavorable.

¹¹ De Ridder K, Bel S, Brocatus L, Lebacqz T, Ost C & Teppers E., Enquête de consommation alimentaire. WIV-ISP, 2016.

Le Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie, Horizon 2030.

Le PPPSanté H2030 fixe des objectifs thématiques et des objectifs transversaux. L'alimentation et l'activité physique appartiennent au premier objectif thématique « promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé » du PPPSanté H2030¹², qui propose les objectifs généraux suivants.

1. Améliorer dans toute la population wallonne les comportements favorables à la santé en matière d'alimentation.
2. Stabiliser et puis réduire le nombre de personne souffrant d'obésité et de surpoids.
3. Réduire la prévalence de la dénutrition, notamment des personnes âgées.
4. Augmenter l'activité physique régulière des enfants et des adultes .

Les indicateurs retenus à l'appui de ces objectifs concernent essentiellement la diminution de la consommation de boissons rafraichissantes sucrées, de collations sucrées et salées, la diminution du surpoids et de l'obésité, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et une pratique suffisante d'activité physique (au moins 30 minutes par jour).

Par ailleurs la première partie du PPPSanté H2030¹³ a identifié onze objectifs transversaux prioritaires. Les objectifs de santé ne pourront être atteints que si ces objectifs transversaux sont réalisés. Ils doivent donc être présents dans l'ensemble des axes. Suite à la recommandation formulée dans l'avis de la Cellule Autonome en Développement Durable et à la demande du Conseil Wallon de l'Égalité entre Hommes et Femmes, l'objectif transversal d'égalité des sexes est ajouté dans les objectifs transversaux. L'objectif transversal numéro 2 devient « Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé, y compris celles liées au genre ». Un 12e objectif transversal est ajouté « 12. Tenir compte de la dimension genre ».

1. Promouvoir la santé dans toutes les politiques	2. Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé	3. Favoriser l'accessibilité et veiller à une bonne couverture territoriale en matière de prévention et de promotion de la santé	4. Veiller à l'efficience des actions et instaurer une culture d'évaluation continue	5. Intégrer les priorités de santé dans une approche selon le parcours de vie	6. Intégrer les priorités de santé dans une approche selon un continuum
7. Renforcer l'action communautaire (bottom-up), promouvoir la participation citoyenne et l'empowerment	8. Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel	9. Créer des environnements favorables à la santé (milieux de vie)	10. Inscire la promotion de la santé dans une perspective durable	11. Promouvoir l'innovation au service de la santé	12. Tenir compte de la dimension genre

¹² GOUVERNEMENT WALLON, Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1 : Définition des priorités en santé, Horizon 2030, adopté le 16 février 2017 par le Gouvernement wallon.

¹³ GOUVERNEMENT WALLON, Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1 : Définition des priorités en santé, Horizon 2030, adopté le 16 février 2017 par le Gouvernement wallon.

Les recommandations internationales pour la Promotion de la Santé dans le domaine de l'alimentation, de l'activité physique et de la lutte contre l'obésité.

Le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 prend comme principes directeurs : lutter contre les inégalités, garantir le droit à l'alimentation, donner aux personnes et aux collectivités locales des moyens d'agir grâce à des environnements favorables à la santé, adopter une approche portant sur toute la durée de vie, appliquer des stratégies fondées sur des bases factuelles.

Parmi les objectifs, le plan d'action énonce les objectifs suivants.

- Instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains.
- Faire valoir les bienfaits procurés par une conduite alimentaire saine tout au long de l'existence, notamment chez les groupes les plus vulnérables.
- Renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine.
- Renforcer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche.
- Renforcer la gouvernance, les alliances et les réseaux pour assurer l'adoption d'une stratégie d'intégration de la santé dans toutes les politiques¹⁴.

La stratégie sur l'activité physique pour la région européenne de l'OMS 2016-2025 énonce des principes directeurs similaires et distingue cinq domaines d'interventions.

- Assurer le leadership et la coordination pour promouvoir l'activité physique.
- Soutenir le développement des enfants et des adolescents.
- Promouvoir l'activité physique des adultes dans le cadre de leur vie quotidienne, notamment lors des déplacements, pendant les loisirs sur les lieux de travail et par l'intermédiaire du système de soins de santé.
- Promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées.
- Soutenir l'action moyennant le suivi, la surveillance, la fourniture d'outils, la mise en place de plateformes et de structures d'appui, l'évaluation et la recherche¹⁵.

¹⁴ OMS, Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020, 2014

¹⁵ WHO, Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025

Un rapport de l'OCDE analyse d'ailleurs les coûts associés à l'obésité sur le plan de la santé et sur le plan économique. Ainsi, tout au long de sa vie, une personne obèse dépensera en moyenne 25% de plus en soins de santé qu'une personne de poids normal. De plus, les conclusions de ce rapport indiquent que toutes les stratégies répertoriées pour faire face à ce problème sont efficaces : promotion et éducation pour la santé, mesures réglementaires et financières, conseil en soins primaires, ... « Lorsque les interventions se conjuguent dans le cadre d'une stratégie couvrant de multiples aspects, ciblant en même temps différents groupes d'âge et déterminants de l'obésité, le gain global en termes de santé est sensiblement accru sans qu'il y ait de perte d'efficacité au regard du coût » Le conseil en soin primaire est le plus efficace mais aussi le plus coûteux. « Les interventions qui ont le profil coût-efficacité le plus favorable se situent en dehors du secteur de la santé, en particulier dans le domaine réglementaire et fiscal. Les interventions, en particulier en direction des enfants, peuvent demander beaucoup de temps avant d'avoir un impact sur la santé des populations et de présenter un rapport coût-efficacité favorable ». Selon ce rapport, les interventions isolées ont impact limité. Il est préférable d'opter pour des approches globales portées par des « multi-partie-prenantes »¹⁶.

Il n'est pas inutile de rappeler ici les conclusions de l'analyse des processus et résultats des trois précédents Programmes Nationaux Nutrition Santé en France (PNNS). L'évaluation a conduit à appréhender les limites des stratégies de santé publique fondées exclusivement sur les déterminants individuels des comportements alimentaires et d'activité physique. Ces stratégies s'appuyaient principalement sur la communication nutritionnelle, et des approches purement incitatives.

Les PNNS français n'ayant atteint que partiellement les objectifs fixés et les inégalités sociales de santé s'étant aggravées dans le domaine de la nutrition, le Haut Conseil de la Santé Publique propose, pour 2017-2021, une politique nutritionnelle de santé publique s'appuyant sur des mesures visant la population générale avec une intensité graduée selon le degré de désavantage. Il recommande, tout en poursuivant les stratégies précédentes, d'intervenir sur l'environnement social, économique et sociétal afin de faciliter les choix individuels favorables à la santé concernant l'alimentation et l'activité physique. Il préconise de recourir à des mesures réglementaires pour réduire la pression du marketing commercial, améliorer l'offre alimentaire et l'accessibilité physique et économique aux aliments de meilleure qualité nutritionnelle. Il recommande enfin de développer des actions spécifiques et prioritaires orientées vers les enfants et les populations défavorisées.

¹⁶ OCDE, L'obésité et l'économie de la prévention, 2010, p.21

¹⁷ OMS, Plan d'Action Européen pour une Politique Alimentaire et Nutritionnelle 2015-2020, 2014

¹⁸ OMS, Stratégie Mondiale pour l'Alimentation, l'Exercice Physique et la Santé, 2014

¹⁹ LEPPO K. and al. Health in All Policies Seizing Opportunities, Implementing Policies, 2013

²⁰ OMS, Plan d'Action Européen pour une Politique Alimentaire et Nutritionnelle 2015-2020, 2014

²¹ OMS, ibidem

Introduction

Cette politique, qui doit tenir compte des préoccupations environnementales et de développement durable, nécessite une réorganisation de sa gouvernance.

Les questions d'alimentation et d'activité physique se situent ainsi à la croisée de nombreux enjeux sociétaux : la santé publique via la prévention des MNT, du bien-être au quotidien, de la lutte contre la dépression et les chutes, mais aussi les enjeux de développement socio-économique, de développement durable, d'interculturalité et de cohésion sociale et finalement la réduction des inégalités sociales de santé. Dans un contexte de transition vers des systèmes alimentaires et de modes de déplacement durables, l'engagement coordonné des parties prenantes, sur la base du principe de santé dans toutes les politiques, est incontournable^{17,18,19}.

En outre, pour obtenir des meilleurs résultats, il convient de garantir l'accès de tous (âge, sexe, origine ethnique, handicap ou situation socioéconomique) à une alimentation équilibrée et durable²⁰. Il est indispensable de lutter contre les inégalités dans le domaine de l'alimentation par des politiques qui améliorent la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité d'aliments sains pour les groupes les plus vulnérables²¹.

¹⁷ OMS, Plan d'Action Européen pour une Politique Alimentaire et Nutritionnelle 2015-2020, 2014

¹⁸ OMS, Stratégie Mondiale pour l'Alimentation, l'Exercice Physique et la Santé, 2014

¹⁹ LEPPO K. and al. Health in All Policies Seizing Opportunities, Implementing Policies, 2013

²⁰ OMS, Plan d'Action Européen pour une Politique Alimentaire et Nutritionnelle 2015-2020, 2014

²¹ OMS, ibidem

Les principes qui ont guidé le choix des objectifs et actions du WALAPSanté H2030

Les quelques principes détaillés ci-dessous sont directement dérivés de ces recommandations internationales et ont traversé les travaux préparatoires du WALAPSanté tout comme la sélection finale des objectifs et actions.

Une conception élargie de l'alimentation et de l'activité physique

Le WALAPSanté se dote de définitions de l'alimentation et de l'activité physique. Ces définitions servent de point de référence et annoncent l'amplitude des phénomènes concernés par l'alimentation et l'activité physique. L'enjeu des définitions de l'alimentation et de l'activité physique est de conjuguer à la fois les instances matérielles (les calories, les nutriments), sociales (l'organisation de l'offre, de la distribution et de la consommation, les transitions sociétales) et imaginaires (les valeurs culturelles de l'alimentation et de l'activité physique)²².

Alimentation et nutrition

« L'alimentation est plus qu'une source de nutrition. Dans toutes les sociétés humaines, l'alimentation joue plusieurs rôles et est profondément ancrée dans tous les aspects de la vie quotidienne. Elle véhicule une grande variété de sens symboliques qui expriment et créent des relations entre les personnes, et entre les personnes et leur environnement. L'alimentation est une part essentielle de l'organisation des sociétés. »²³.

Par nutrition, il faut entendre l'alimentation (y compris les boissons dont l'alcool), le statut nutritionnel et l'activité physique. Le statut nutritionnel d'un individu est l'état physiologique défini par la relation entre l'apport et les besoins en nutriments et par la capacité de l'organisme à digérer, à absorber et à utiliser ces nutriments. Par besoin en nutriments, il faut entendre besoin en micronutriments, vitamines et minéraux, en macronutriments, protéines, glucides et lipides, porteurs également d'énergie. Concernant les micronutriments (vitamines et minéraux), il faudra donc veiller à pourvoir et recommander une offre alimentaire, à haute densité nutritionnelle, avec une teneur la plus faible possible en contaminants divers.

²² Alimi, S., D. Desjeux and I. Garabau-Moussaoui (2009). Les méthodes qualitatives. Paris, Presses-universitaires-de-france (PUF).

²³ Helman, C. G. (2007). Culture, Health and Illness, CRC Press

Et parallèlement il faudra aussi veiller à travailler à une consommation alimentaire qui ne soit pas trop riche du point de vue énergétique car les modes de vie actuels ont fortement diminué nos besoins énergétiques. L'alcool, pour les consommations non problématiques (alcoolisme, sécurité routière, protection de la maternité) équivaut à un aliment. C'est l'ensemble de ces éléments que l'on place sous le vocable « alimentation équilibrée ».

L'alimentation équilibrée s'inscrit dans la chaîne alimentaire qui va de la production à la consommation en passant par la distribution, la préparation, les rites de consommation de la nourriture solide et de boissons. Il est donc apparu opportun de compléter la notion d'alimentation équilibrée par celle d'alimentation durable telle que proposée par la FAO : « Les régimes alimentaires durables contribuent à protéger et à respecter la biodiversité et les écosystèmes, sont culturellement acceptables, économiquement équitables et accessibles, abordables, nutritionnellement sûrs et sains, et permettent d'optimiser les ressources naturelles et humaines »²⁴.

Activité physique et mouvement

L'activité physique est définie comme tout mouvement corporel produit par le système musculo squelettique qui nécessite une dépense énergétique. L'activité physique inclut des formes multiples de mouvement qui varient tout au long de la vie : de la psychomotricité aux activités physiques adaptées, en passant par les activités domestiques, les déplacements actifs, ainsi que les activités de loisirs, dont le sport. Elle repose sur le fait de bouger, c'est-à-dire une dépense énergétique supérieure au repos. A contrario on distingue, la sédentarité, et l'inactivité physique. Toutes les formes d'activité physique peuvent avoir des effets bénéfiques sur la santé si elles sont entreprises régulièrement et sont de durée et d'intensité suffisantes.

L'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée. Il s'agit d'un niveau inférieur des seuils définis par l'OMS, soit 30 minutes d'AP d'intensité modérée au minimum 5 fois par semaine pour les adultes et 60 min/j pour les enfants et adolescents.²⁵

Tout comme l'alimentation, l'activité physique est pensée dans ses dimensions biologiques et sociales. Ainsi, alors que certaines activités se font par choix et peuvent procurer du plaisir, d'autres tâches ou activités physiques liées au travail ou à la famille peuvent être nécessaires, voire obligatoires, et peuvent ne pas fournir les mêmes bénéfices de santé mentale ou sociale que, par exemple, les loisirs.

²⁴ Food and Agriculture Organization (FAO) (2010). Rapport Final. Symposium Scientifique International biodiversité et régimes alimentaires durables unis contre la faim. 3-5 novembre 2010. Siège de la FAO, Rome : 2

²⁵ WHO (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: 104.

La sédentarité ou « comportement sédentaire » est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée. La sédentarité concerne toutes les activités réalisées au repos en position assise allongée : les déplacements en véhicule automobile, regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, etc.

La sédentarité est donc définie et considérée distinctement de l'inactivité physique, avec ses effets propres sur la santé. Des preuves récentes indiquent que des niveaux élevés de sédentarité continue (tels que rester assis de longues périodes) sont associés à un métabolisme anormal du glucose et de morbidité, ainsi que de mortalité globale. Réduire les comportements sédentaires par la promotion de l'activité physique occasionnelle (par exemple, se tenir debout, monter des escaliers, faire de courtes promenades) peut aider les individus à augmenter progressivement leurs niveaux d'activité physique pour atteindre les objectifs niveaux pour une santé optimale.²⁶

Les définitions larges, sociétales et collectives de l'alimentation et de l'activité physique impliquent une attention aux modes de vie et aux contextes dans lesquels ceux-ci se développent. L'alimentation et l'activité physique sont des éléments structurant du mode de vie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Inversement le mode de vie et les environnements de vie influencent l'alimentation et l'activité physique, notamment par l'intermédiaire de la disponibilité et l'accessibilité des offres, services et infrastructures.

L'accessibilité de l'offre est définie par ses différentes dimensions, dont la disponibilité en suffisance d'aliments de bonne qualité nutritionnelle, la proximité de l'offre et l'accessibilité en termes de mobilité, l'adaptabilité de l'offre aux besoins et aux spécificités des publics, l'accessibilité financière, la disponibilité et l'accessibilité de l'information sur l'offre existante et enfin l'accessibilité sociale et culturelle.

Protéger la qualité de vie de toutes et de tous dans des sociétés en profondes mutations

Inscrire l'alimentation équilibrée, la pratique régulière de l'activité physique dans la transition des modes de vie

Les mutations économiques (ubérisation, paupérisation, etc.), les mutations écologiques et démographiques, et la mondialisation des problématiques, ont un impact sur l'alimentation et l'activité physique. L'environnement social est caractérisé par l'urbanisation, la junk food, l'accélération des modes vie, la demande de flexibilité du temps de travail, la précarité liée aux crises économiques, la déstructuration de l'Etat, la déshérence aux affiliations sociales...

²⁶ Anses (2016). Actualisation des repères du PNNS, révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Connaître, évaluer, protéger. France, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail: 584.

Dans ce contexte, l'alimentation et l'activité physique mobilisent non seulement des enjeux de santé, mais aussi des enjeux environnementaux ainsi que des enjeux de solidarité locale et mondiale. Les sociétés au Nord comme au Sud sont devenues obésogènes alors même que subsistent de larges poches de malnutrition.

L'idée de transition nécessaire apparaît. Une analyse anticipatrice est pour certains l'occasion de recréer, reconstruire autrement, de préparer et d'étudier des solutions permettant de réussir au mieux cette transition.

Inscrire la diminution des inégalités sociales de santé comme enjeu éthique de cette transition.

Ainsi, le paysage des maladies non transmissibles et chroniques est fragmenté par les inégalités sociales de santé. Le statut social se définit ici de manière à inclure le capital économique (revenu), le capital social (réseau de relation), le capital symbolique (par exemple les rapports sociaux de sexe) et le capital culturel (éducation). L'injustice sociale traverse les rapports sociaux, l'accès à une offre alimentaire équilibrée et de qualité, la possibilité d'adopter un mode vie actif, l'accès au sport, l'aménagement du territoire, la participation démocratique et citoyenne.

Il importe toutefois d'éviter que le concept de résilience sociétale et écologique, substrat des initiatives de transition, ne s'individualise, ne fournisse l'occasion d'entretenir une responsabilisation individuelle, substrat de nouvelles injustices sociales.

Les injonctions sur les comportements individuels en matière de promotion et prévention peuvent mener à un accroissement des inégalités sociales de santé. L'accent mis sur les changements individuels qui ne tiennent pas compte des possibilités de changements réellement offertes par la société mènent à un sentiment d'échec, mettant à mal l'estime de soi, déjà fréquemment fragilisés chez les populations précarisées. L'accent est donc placé sur l'aménagement des milieux de vie, l'accessibilité des offres plus favorables, les mesures qui favorisent l'émancipation sociale et la participation des populations, en ce compris les populations les plus précaires

Aménager des milieux de vie favorables à la santé en collaboration avec les usagers de ceux-ci.

Les milieux favorables à la santé offrent aux individus une protection contre les menaces pesant sur la santé ; ils leur permettent de développer leurs capacités et leur autonomie en matière de santé. Ils comprennent les lieux où les individus vivent, leur communauté locale, leur foyer, et les endroits où ils travaillent et se divertissent, et englobent l'accès des individus à des ressources pour la santé ainsi que des possibilités d'acquérir des moyens d'agir. (OMS, glossaire de promotion de la santé, 1999)

L'intérêt de travailler avec une approche par milieux de vie est d'inclure tous les bénéficiaires potentiels des mesures. Ainsi sont pris en considération aussi bien les publics cibles que les publics relais. Dans le cadre du WALAPSanté, l'accent a été placé sur

les milieux de vie collectifs : les milieux d'accueil (crèches, gardiennes encadrées, haltes accueil), les établissements scolaires, les établissements pénitentiaires, les hôpitaux, les MR et MRS. On a aussi considéré le domicile dans la mesure où il peut être concerné par des services offerts aux habitants de celui-ci (repas à domicile par exemple).

Enfin, on a porté une attention aux infrastructures qui s'adressent potentiellement à un public tout venant : les infrastructures sportives, les maisons et jardins de quartiers, les espaces publics tels que les places, les parcs les trottoirs, etc. Ainsi dans le cadre des politiques de cohésion sociale, il n'est pas rare de rencontrer des initiatives qui favorisent la marche comme moyen de se réapproprier le quartier ou la ville, qui soutiennent l'organisation de potagers collectifs ou d'ateliers cuisine. Ainsi le Plan Régional de Mobilité Durable, soutient l'augmentation de la part des transports publics et de la mobilité douce, ce qui ne peut qu'accroître la pratique quotidienne de l'activité physique. Le Plan Wallon Pauvreté se donne notamment pour objectif de renforcer les mécanismes favorisant l'accès à une alimentation saine et variée par exemple par le développement de plateformes d'achats solidaires.

La santé dans toutes les politiques

La prise en compte des dimensions sociales de l'alimentation et de l'activité physique est une opportunité de connecter la politique wallonne de la santé à d'autres politiques et plans. Elle fournit une occasion de pouvoir œuvrer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être global de la population par une action sur une plus grande diversité de déterminants comme la cohésion sociale, les relations interculturelles, la restauration collective, les infrastructures sportives, l'aménagement des espaces publics, les circuits courts, l'économie sociale et solidaire, ...

Le WALAPSanté s'appuiera donc nécessairement sur d'autres politiques et plans émanant des divers secteurs de la politique wallonne, mais aussi des entités fédérées. Ces différents plans engagent d'autres compétences que la santé, telles que l'agriculture, le développement durable, la mobilité, le développement rural, la lutte contre la pauvreté, l'urbanisme, l'éducation, la politique de l'enfance et de la jeunesse, le sport pour tous, ... La politique concertée sur l'alimentation et l'activité physique favorise aussi le continuum entre la promotion de la santé, la prévention, le soin et la prise en charge. Ainsi la réduction de l'obésité qui ne fait pas, comme en France par exemple, l'objet d'un plan spécifique.

Éléments centraux et structurants du mode de vie, l'alimentation et l'activité physique doivent être envisagées au sein d'un spectre incluant les troubles du sommeil, le stress, la santé mentale. D'autres troubles physiques sont également à prendre en compte. La santé bucco-dentaire, à titre d'exemple, influence la façon de s'alimenter de nos aînés qui parfois sont limités à certains types d'aliments en raison de leur texture. Ces articulations évidentes invitent aussi à rechercher plus de cohérence à l'intérieur même des politiques de santé.

Le processus de construction du WALAPSanté H2030

Une construction progressive, étape par étape

Depuis 2016, la construction du WALAPSanté a enchaîné plusieurs démarches de recueil d'informations auprès des parties prenantes potentielles.

1. Une première note d'orientation a été rédigée au printemps 2016 sur base d'une analyse des données socio-épidémiologiques, des recommandations des organismes internationaux, d'un benchmarking des plans d'autres pays et régions et d'une analyse de plans connexes à ces thématiques actifs en Wallonie et en FWB (Mobilité, pauvreté, développement durable, attitudes saines, etc.) de la rencontre des ministres et administrations concernées .

2. Une analyse des politiques de promotion de l'activité physique en Belgique francophone et germanophone, selon le processus HEPA-PAT initié par l'OMS .

3. Une phase d'impulsion a été organisée à l'automne 2016 qui a mobilisé 160 acteurs, représentant 93 organismes issus de 12 secteurs distincts de la société, afin de définir une série d'objectifs prioritaires par thématiques ou par milieux de vie. Cette procédure de consultation a abouti au printemps 2017 à la définition d'une première série de 48 objectifs ainsi que d'exemples d'actions et de commentaires sur les conditions de mise en place de ceux-ci. Une première proposition de structuration du plan a été synthétisée sur cette base en avril 2017.

4. Ces acteurs ayant mis à l'avant-plan les questions d'accessibilité, aussi bien en ce qui concerne une offre alimentaire équilibrée et durable qu'en ce qui concerne les infrastructures et services liés à la mobilité active et au sport, des analyses exploratoires ont été menées de l'été 2017 à l'été 2018. Elles ont pour but de documenter des voies d'action qui permettront l'installation de dynamiques de concertations régionales, sub-régionales et locales sur l'alimentation et l'activité physique.

- La faisabilité de deux plateformes régionales rassemblant les acteurs à mobiliser pour une meilleure accessibilité de l'offre en matière d'alimentation équilibrée et durable d'une part, en matière d'activité physique régulière et de lutte contre la sédentarité, d'autre part.

- Quatre analyses de cas locales dans des communes wallonnes, pour mettre à plat les initiatives et les politiques qui contribuent à la promotion d'une alimentation équilibrée et durable et d'une activité physique régulière.
- Des interviews d'acteurs territoriaux impliqués dans la promotion de la santé : les observatoires et services provinciaux de promotion de la santé ainsi que les Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS).
- Une analyse systématique des convergences d'objectifs avec le Référentiel Wallon de l'alimentation durable, présenté en mai 2018.
- A l'automne 2018, une rencontre d'une cinquantaine d'acteurs impliqués, à l'une ou l'autre étape ci-dessus, afin de leur présenter le WALAPSanté et de recueillir les activités qu'ils mènent ou qu'ils projettent en relation avec les objectifs et actions proposés.

Le développement de dynamiques locales et territoriales en support à des politiques de santé permet notamment de répondre aux préoccupations suivantes.

- Mettre en place des mécanismes qui alimentent les politiques publiques de santé, en organisant et en soutenant la mise en réseau et la consultation périodique des acteurs de terrain pour valider, adapter ou renouveler les objectifs des politiques publiques.
- S'assurer que l'ensemble des territoires soit bien pris en compte partout en Wallonie et garantir la couverture géographique.
- Renforcer la dimension « santé dans toutes les politiques » par la mutualisation des initiatives, et le renforcement de la composante santé dans les initiatives d'autres secteurs.

Une vision stratégique des priorités

La préparation de l'axe « alimentation et activité physique » du PPPSanté H2030 a pris pour option la construction d'une politique évolutive à long terme, concertée, transversale et inclusive, pour l'alimentation et l'activité physique à des fins de santé. Seule une telle politique, articulée avec d'autres visées politiques à long terme notamment en matière de mobilité de développement durable, sera en mesure de contrer la progression de l'obésité, des MNT ainsi que de contribuer à qualité de vie de la population wallonne.

Dès le démarrage des travaux, cette partie du plan **s'est donc donné une vision qui en a inspiré la construction.**

Introduction

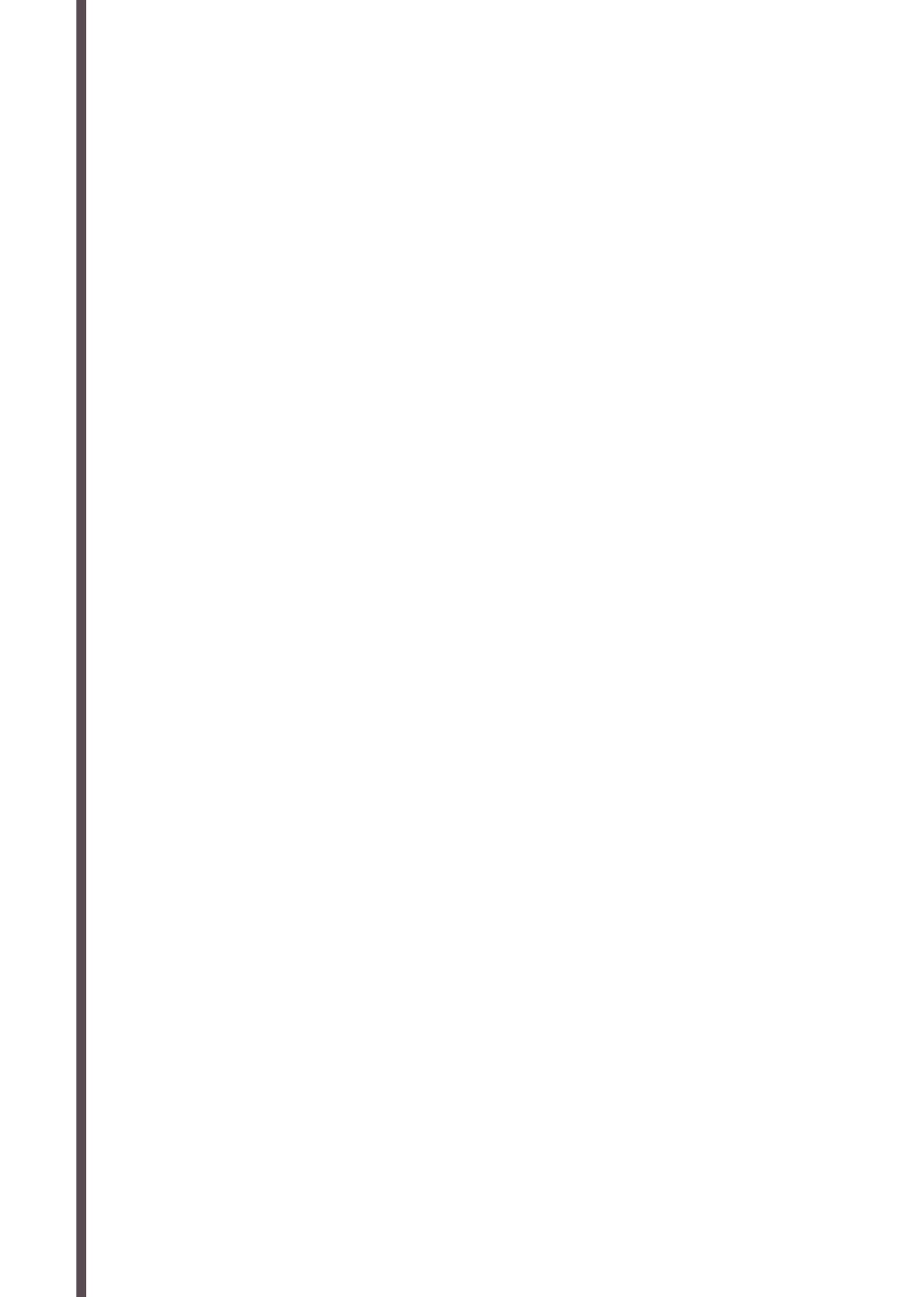
- Diffuser les recommandations concernant une alimentation équilibrée, un style de vie actif et une limitation de la sédentarité auprès des citoyens et des professionnels, en veillant :
 - à l'accessibilité de ces recommandations à toute la population et aux professionnels des divers secteurs;
 - à la cohérence des messages sur l'alimentation et l'activité physique du point de vue de leurs effets sur la santé;
 - à l'adaptation possible de ces recommandations aux différents âges de la vie et aux différents états de santé.

- Créer et entretenir un mouvement de mobilisation et d'innovation sociale sur le long terme :
 - en repérant, mutualisant, diffusant des initiatives prises par divers secteurs et en les soutenant de manière à potentialiser leur impact sur l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité et la santé au bénéfice de toute la population;
 - en suscitant des réseaux transversaux à l'échelle locale ou subrégionale, afin de soutenir l'évolution des milieux et des modes de vie au plus proche des populations, avec une attention particulière pour les populations précarisées;
 - en consultant périodiquement les parties prenantes, les alliés du plan et surtout la population pour valider, adapter ou renouveler les objectifs de celui-ci en regard de la santé des wallon-ne-s.

- Développer progressivement des mesures législatives ou réglementaires qui facilitent l'accès de tous à une alimentation équilibrée, à des milieux de vie et à des offres propices à l'adoption d'un style de vie actif.

- Mettre en place les conditions d'organisations, les outils et les structures, les modes d'évaluation et de régulation qui lui permettront de se développer en « spirale » sur le long terme.

LE WALAPSANTÉ H2030



Objectifs de santé, indicateurs et structure du WALAPSanté

Objectifs de santé et de promotion de la santé

C'est sur la base ces différentes consultations et analyses qu'ont été structurés les quatre objectifs stratégiques, les 16 objectifs spécifiques et les 50 objectifs opérationnels du WALAPSanté présenté ci-dessous.

Les objectifs de santé et de promotion de la santé ont été établis en cohérence avec les constats et objectifs généraux synthétisés pour l'axe alimentation et activité physique dans le PPPsanté H2030 (Partie 1 pp 87 et 88, février 2017). On retrouve donc **3 objectifs de santé** :

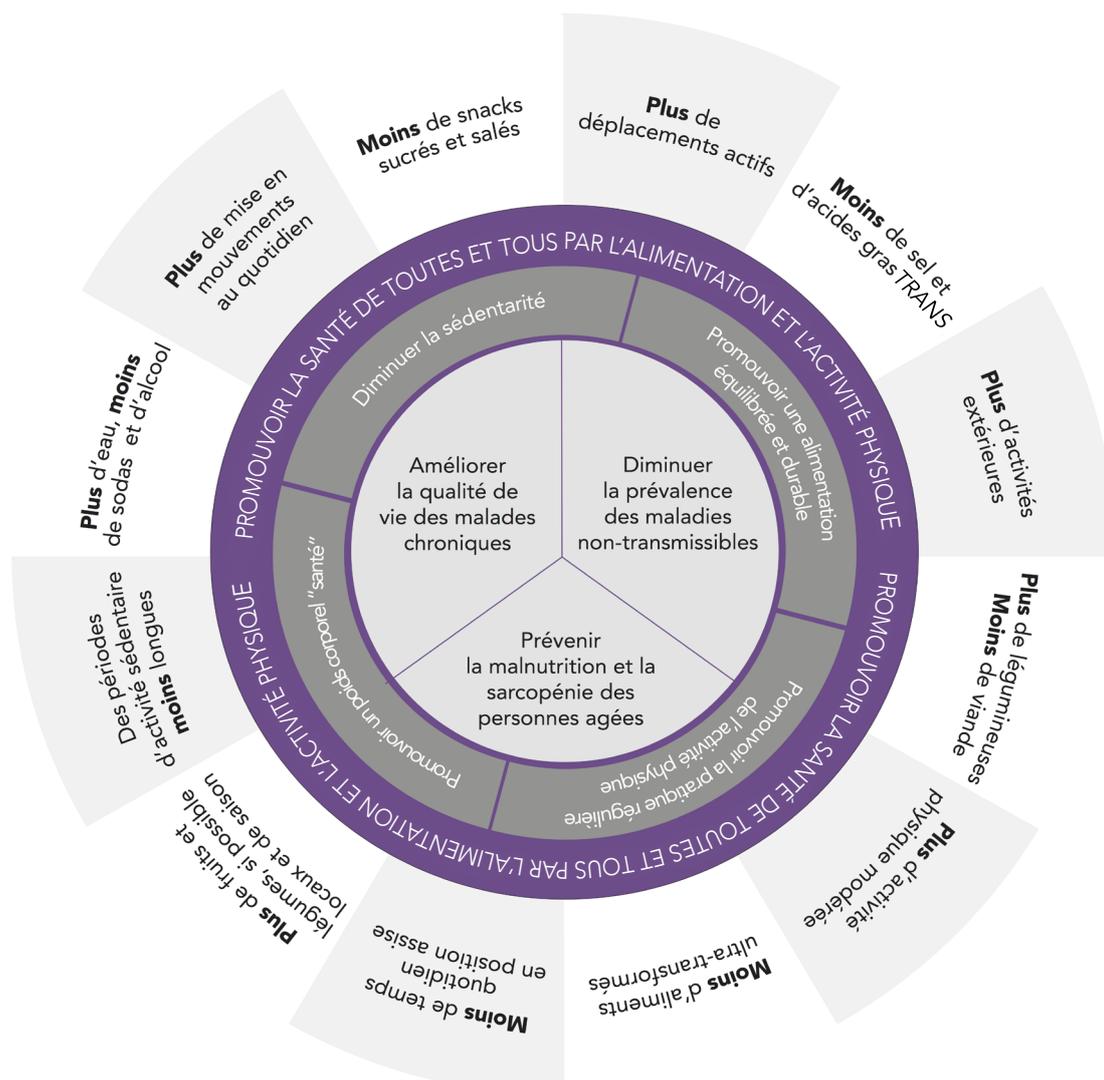
- Réduire la prévalence des maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, l'hypertension, ainsi que certaines pathologies musculo-squelettiques
- Prévenir la malnutrition et la sarcopénie des personnes âgées
- Favoriser la qualité de vie des malades chroniques.

Ces objectifs passent par une évolution de la place de l'alimentation et de l'activité physique dans les modes de vie. On distingue donc **4 objectifs de promotion de la santé**

- Promouvoir une alimentation équilibrée et durable
- Promouvoir un poids corporel "santé"
- Promouvoir la pratique régulière de l'activité physique
- Diminuer la sédentarité.

Structure du WALAPSanté H2030

Pour atteindre ces objectifs de santé et améliorer ces modes de vie, le WALAPSanté propose quatre objectifs stratégiques centrés respectivement sur l'accès à une information de qualité, l'accès à une offre de qualité, le soutien à l'innovation sociale et la gouvernance. Ces objectifs stratégiques ne sont pas liés terme à terme aux objectifs de santé ou aux modes de vie qui sont les objets du plan. Les objectifs stratégiques ont pour fonction de structurer les objectifs spécifiques, opérationnels et les actions en lien avec la vision exposée ci-dessus et de donner de la cohérence aux priorités issues de la consultation des acteurs. Les objectifs stratégiques ne devraient pas faire l'objet d'indicateurs, contrairement aux objectifs de santé, de promotion de la santé, aux objectifs opérationnels et aux actions.



Objectifs de santé, de promotion de la santé, objectifs stratégiques et repères.

Chacun des objectifs stratégiques est décliné en objectifs spécifiques puis en objectifs opérationnels. Les actions listées dans certains objectifs opérationnels sont fournies à titre indicatif ; dans certains cas elles tracent une véritable feuille de route pour les 10 prochaines années.

Il s'agit donc d'un référentiel sur lequel pourront venir s'articuler différents Plans au cours de la prochaine décennie. Les objectifs et actions proposées dans ce référentiel dépassent les compétences « Santé et promotion de la santé », il est intersectoriel et propose de déployer des actions à différents niveaux territoriaux.

Le WALAPSanté ne se limite pas aux seules actions finançables par le Gouvernement wallon, mais son existence vise à faciliter l'instauration d'une dynamique partenariale. Au fil du temps chacun des objectifs opérationnels sera assorti d'une indication sur le niveau territorial privilégié pour le déploiement de celui-ci, ainsi que sur le type d'institutions ou d'organismes qui sont attendus pour promouvoir cet objectif spécifique

et enfin, sur le secteur particulièrement concerné par cet objectif. Ce dernier point a pour but de concrétiser les démarches de Santé Dans Toutes les Politiques en attirant l'attention sur les objectifs qui devront faire l'objet d'une concertation le secteur Santé et Bien-être et d'autres secteurs tels que le développement durable, la cohésion sociale, l'action sociale, la mobilité, l'aménagement du territoire et l'urbanisme, l'économie et l'agriculture, l'enseignement et l'éducation permanente, etc.

Niveaux d'évaluation et indicateurs

C'est au travers du choix et de la formulation des objectifs spécifiques et opérationnels que sont concrétisés les objectifs transversaux du PPPSanté H2030.

L'évolution des objectifs de santé et de promotion de la santé devraient pouvoir être suivie à moyen terme par des indicateurs socio-épidémiologiques tels que ceux évoqués dans l'introduction. Pour ce faire, ils demandent à être précisés. C'est à ce niveau que l'on parlera de l'évaluation de l'impact du plan, évaluation qui n'a de sens que sur le long terme soit au terme du PPPsanté Horizon 2030.

Les indicateurs de promotion de la santé sont fondés sur des « Repères en matière d'alimentation ou de pratique de l'activité physique » qui sont aussi utiles pour guider la population dans l'évolution de ses modes de vie. Toutefois, il existe au niveau international une large gamme de repères (ou normes) dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique à des fins de santé. Le réalisme impose donc de faire préciser ces repères en référence aux caractéristiques de la société wallonne, par un groupe de travail réunissant experts et parties prenantes du plan du secteur santé et d'autres secteurs concernés, comme proposé dans l'objectif opérationnel 1.1.1. Quelques tendances à suivre pour formuler ces repères sont données à titre indicatif dans le schéma ci-dessous.

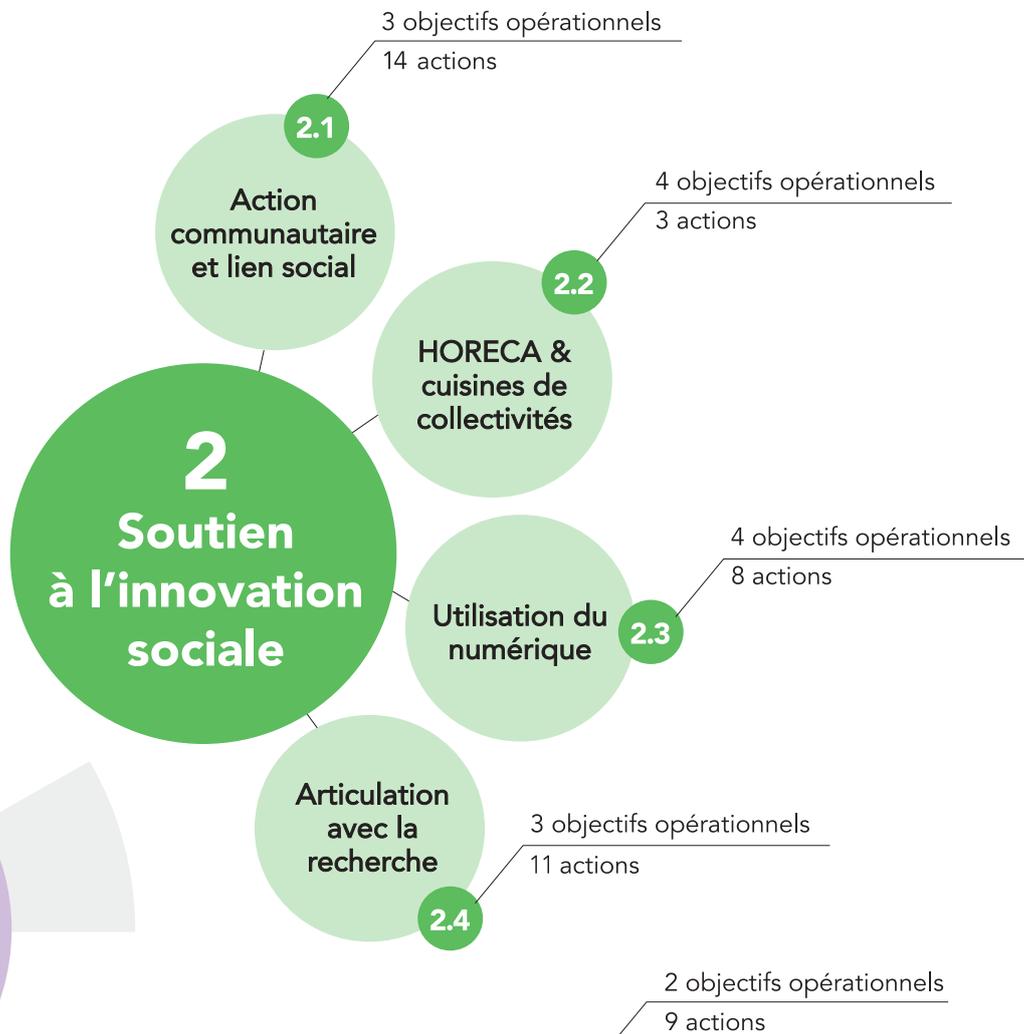
Les objectifs spécifiques devraient être assortis d'indicateurs de résultats tels que la connaissance des repères par la population (Santé), le repérage des espaces verts ou des aménagements pour mobilité douce (aménagement du territoire), diffusion d'une info de proximité sur les offres (communes). La progression de ces indicateurs devrait être possible à illustrer à mi-parcours. Ces indicateurs nécessitent parfois d'organiser de collecte de données qui n'existent pas encore, ils devront également être négociés avec d'autres administrations que l'AViQ, comme il sied à un plan qui suit résolument le paradigme de la Santé dans Toutes les Politiques.

Enfin les objectifs opérationnels et les actions feront l'objet d'indicateurs de réalisation, qui devraient permettre de suivre l'implantation du WALAPSanté de deux en deux ans, voire par année. La difficulté résidera ici à recueillir ces indicateurs auprès d'opérateurs qui ne sont pas financés par l'AViQ.

Le WALAPSanté en un coup d'oeil



3 objectifs opérationnels
14 actions



VOIR LA SANTÉ
ES ET TOUS PAR
MENTATION
VITÉ PHYSIQUE



OBJECTIF STRATÉGIQUE 1

Accès à une information de qualité

Renforcer l'accessibilité de tous à une information de qualité (référéncée, critique, compréhensible et utilisable) sur les modes de vie et les environnements favorables à une alimentation équilibrée et durable, à la pratique régulière de l'activité physique et à la diminution de la sédentarité.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 1.1

Diffuser une information référencée, harmonisée, compréhensible par tous sur les repères pour l'adoption d'une alimentation équilibrée et durable, la pratique régulière de l'activité physique et la réduction de la sédentarité.

O.O. 1.1.1. Etablir en concertation avec les parties prenantes une liste de repères à utiliser en Wallonie pour l'information en lien avec l'alimentation et l'activité physique à des fins de santé.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Mettre en place un groupe permanent et pluridisciplinaire d'experts qui veillera à actualiser ces repères en fonction de la progression des connaissances, de la progression des indicateurs, de l'adhésion des parties prenantes et du public.
-  **2** Accentuer l'élaboration de repères portant sur la consommation régulière de boissons et d'aliments sucrés ainsi que de boissons alcoolisées.
-  **3** Développer des études, des messages, puis des repères sur les dimensions non nutritionnelles liées à une alimentation équilibrée (approvisionnement, préparation, commensalité, rythmes de vie, sommeil, parcours de vie, type d'activité...).
-  **4** Développer des études, des messages, puis des repères sur les dimensions psychologiques et sociales liées à une activité physique régulière (santé mentale, convivialité, cohésion sociale...).

1. Accès à une information de qualité

O.O. 1.1.2. Diffuser ces repères de manière harmonisée et compréhensible vers la population.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Créer et promouvoir un guide opérationnel et un visuel communs aux différentes parties prenantes pour communiquer ces repères.
-  **2** Concevoir des supports de communication et d'animation adaptés aux différents publics dans le respect du guide.
-  **3** Utiliser les repères pour donner au consommateur une information sur les menus et les repas servis par les cuisines de collectivités.
-  **4** Stimuler les producteurs, les distributeurs et l'HORECA à utiliser le guide et ces supports pour informer sur leur offre.
-  **5** Utiliser les repères pour promouvoir l'usage des transports en commun et le recours à la mobilité douce.
-  **6** Utiliser ces repères pour informer le public sur les bénéfices spécifiques qu'apportent les activités qu'ils pratiquent dans des espaces publics particuliers.
-  **7** Utiliser ces repères pour informer le public sur les bénéfices spécifiques qu'apportent l'utilisation de tel ou tel itinéraire recourant à la mobilité douce.
-  **8** Stimuler les acteurs publics, les acteurs marchands et associatifs, qui gèrent des infrastructures ou des activités sportives, à diffuser et à utiliser les repères.
-  **9** Développer des activités, des animations, pour présenter ces repères auprès de différents publics et milieux de vie et en faciliter l'application.
-  **10** Encourager les médias à diffuser et à expliquer ces repères.

O.O. 1.1.3. Suivre la généralisation du profil nutritionnel et d'une signalétique nutritionnelle des aliments (type Nutri-Score).

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Initier et soutenir une collaboration avec les responsables des entités fédérale et fédérées et rechercher des alliés européens pour la mise en place et la généralisation d'un tel dispositif.
-  **2** Faciliter l'utilisation de cette signalétique pour les produits locaux.

1. Accès à une information de qualité

-  **3** Faciliter l'accès aux espaces publicitaires pour les entreprises qui utilisent cette signalétique.
-  **4** Impliquer le secteur de la grande distribution et de la grande restauration dans le développement de l'utilisation de cette signalétique.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 1.2

Diffuser une information référencée sur la disponibilité des produits et services qui facilitent l'adoption d'une alimentation équilibrée et durable, la pratique régulière de l'activité physique et la réduction de la sédentarité.

O.O. 1.2.1. Développer une communication de proximité pour inciter à l'utilisation des équipements et espaces favorables à l'activité physique et à la consommation d'eau.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Mettre en place une signalétique adaptée concernant l'accessibilité de ces équipements.
-  **2** Renforcer la communication et la signalétique en relation avec l'intermodalité et les modes de déplacements actifs.
-  **3** Favoriser l'organisation de journées, périodes, espaces, rues, sans voiture.
-  **4** Cartographier les fontaines à eau disponibles sur un territoire et rendre l'information accessible dans les lieux publics, en ligne ou encore par le biais d'une application mobile.

O.O. 1.2.2. Réaliser un recensement local et des répertoires des offres de qualité adaptées à tous et financièrement accessibles.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Actualiser régulièrement ce recensement et ces répertoires en y associant les parties prenantes et les usagers.
-  **2** Diffuser largement et régulièrement ce recensement, sous diverses formes, en utilisant une variété de canaux et des relais adaptés aux spécificités de certains publics (malades chroniques, enfants, personnes âgées, personnes handicapées, personnes précarisées, etc.).

1. Accès à une information de qualité

Activité : Lors du colloque singulier avec un patient, prodiguer des informations et conseils sur les installations (centres sportifs, piscines, parcs...), les activités, les possibilités d'approvisionnement en produits de qualité financièrement et géographiquement accessibles, les services d'aide pour les déplacements ou la cuisine, en fonction de son âge, de ses conditions de vie et sa pathologie éventuelle.

-  **3** Organiser régulièrement des foires aux activités qui permettent de faire connaître les produits et services de proximité en lien avec l'alimentation et l'activité physique.
-  **4** Soutenir l'établissement, l'actualisation et la diffusion de ce recensement, notamment par une cartographie dynamique, harmonisée sur la Wallonie.
-  **5** Mettre en commun les recensements existants.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 1.3

Développer l'accès à une compréhension critique de l'information en matière d'alimentation et d'activité physique.

O.O. 1.3.1. Associer l'image « santé », « plaisir », « bienveillante » aux modes de transports, aux loisirs et aux modes d'alimentation à la fois accessibles à tous et favorables à la santé.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Lors de manifestations locales, proposer des dégustations, démonstrations et ateliers conviviaux sur des préparations culinaires ou des activités physiques accessibles à tous.
Exemple : Journée "sport pour tous"
-  **2** Développer des actions de sensibilisation sur les risques de stigmatisation liés aux normes dans le domaine de l'apparence physique, des comportements alimentaires ou de la pratique de l'activité physique.

O.O. 1.3.2. Développer des activités, des outils qui aident l'utilisateur à choisir dans la variété des produits et des offres disponibles en confrontant ses caractéristiques et souhaits, d'un côté, et les repères en matière de santé, de l'autre.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Proposer aux citoyens des séances de « courses commentées » ou des “diagnostics en marchant” pour une découverte critique de l’offre alimentaire et des espaces publics.
-  **2** Augmenter la visibilité et l’identification des produits équilibrés et locaux par une disposition adaptée, notamment dans la grande distribution.
-  **3** Diffuser des répertoires d’activités physiques et sportives locales, des offres alimentaires de qualité, adaptés à la diversité des publics et des relais.
-  **4** Outiller les acteurs relais locaux (CPAS, maisons médicales, pharmaciens, communes, associations de quartier...) locaux pour qu’ils orientent les usagers vers des offres et services de qualité au plus près des valeurs, pathologies, expériences, habitudes de ceux-ci.
Exemple : Fiche de conduite officinale pour pharmaciens orientant les patients en matière d'alimentation en fonction de leurs pathologies.
-  **5** Au sein des milieux de vie collectifs, intégrer un support visuel (information nutritionnelle, provenance des aliments, effets sur la santé) permettant aux usagers d’adapter leurs choix.
-  **6** Organiser, en collaboration avec les acteurs relais, des événements orientés vers des publics spécifiques.
Exemple : Conférence, Expo Planet' santé.

O.O. 1.3.3. Décourager une adhésion excessive ou peu adaptée à des recommandations très ciblées en matière d'alimentation et de pratique de l'activité physique.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Stimuler la réflexion du public et des professionnels sur l’ancrage identitaire des choix en matière de transport, de loisirs et d’alimentation.

1. Accès à une information de qualité

-  **2** Développer des actions de sensibilisation sur les risques de l'orthorexie, surtout pour les jeunes enfants.
-  **3** Développer des actions de sensibilisation sur les risques d'une pratique excessive ou extrême du sport ou de l'exercice physique.
-  **4** Réglementer la publicité sur les produits et services liés à l'activité physique et à l'alimentation (en ce compris l'alcool), notamment vis-à-vis des enfants.
-  **5** Soutenir les actions de sensibilisation liées à l'alimentation équilibrée et à l'activité physique régulière qui s'inscrivent dans une perspective globale incluant la promotion de la santé, le développement durable et la solidarité Nord-Sud.

O.O. 1.3.4. **Garantir l'accès à une éducation innovante à l'alimentation et à l'activité physique, tout au long de la vie.**

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Encourager le développement de programmes scolaires en spirale qui abordent la promotion de l'alimentation et l'activité physique de manière positive.
-  **2** Stimuler et valoriser des projets innovants et participatifs qui promeuvent l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique, dans et autour des établissements d'enseignement (en ce compris les Hautes Ecoles et les Universités).
-  **3** Inclure les modes de vie favorables à la santé dans le développement de compétences transversales et au sein des projets éducatifs : éducation sensorielle et schéma corporel, éducation aux médias et à l'utilisation critique des NTIC, des réseaux sociaux, des applications mobiles, éducation à l'environnement et à la solidarité Nord-Sud, éducation des CRACS - citoyen responsable actif critique et solidaire.
-  **4** Permettre aux étudiants du supérieur de valoriser des crédits en s'investissant dans des projets qui touchent la sensibilisation à la qualité de vie.
-  **5** Développer l'esprit critique des enfants et des jeunes afin de faire face aux pressions de la société, aux influences du marketing (dont la « gamification ») et/ou à la pression du groupe en matière d'alimentation et d'activité physique.

1. Accès à une information de qualité

-  **6** Stimuler et valoriser des projets innovants et participatifs qui promeuvent l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique dans les quartiers et les milieux de vie.

Exemple : Découverte de quartier en bougeant, diagnostic en marchant.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 1.4

Développer la formation des intervenants non spécialisés en matière de promotion de l'alimentation et de l'activité physique.

O.O. 1.4.1. Renforcer la présence de la promotion de l'alimentation équilibrée et durable et de la pratique régulière de l'activité physique dans le cursus de base et la formation continuée des professionnels et des relais des secteurs médical, éducatif, sportif, social, de l'HORECA, de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme et du design

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Former et accompagner les professionnels pour qu'ils intègrent des objectifs concrets en matière d'alimentation équilibrée et durable, de pratique de l'activité physique et de diminution de la sédentarité dans les projets qu'ils mettent en place au sein des milieux de vie dans lesquels ils exercent (halte accueil, entreprise, MR/MRS, aide à domicile, prisons, écoles...).
-  **2** Former les professionnels à infléchir leur posture : s'éloigner de la prescription pour rencontrer les préoccupations de leur public et respecter leur droit à l'auto-détermination (public tout venant ou malades chroniques, population précarisée, personnes handicapées, personnes âgées, adolescents, jeunes parents, population à faible revenu, population migrante...).
-  **3** Sensibiliser et former les professionnels du sport et de la santé à aborder la dimension préventive de l'activité physique et de l'alimentation et à prévenir les risques de dérives par l'excès.
-  **4** Sensibiliser les futurs professionnels (éducation physique, enseignants, éducateurs...) à l'organisation d'activités éducatives, d'animation, de rencontres en plein air.
Exemple : animer pour les seniors des activités de gymnastique dans des parcs urbains (ou plaines de jeux).
-  **5** Accompagner les encadrants sportifs pour l'adaptation de leurs pratiques aux usagers à besoins spécifiques (malades chroniques, personnes handicapées, etc.).

 **6** Introduire la dimension santé en particulier alimentation et activité physique dans la formation des professionnels de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme, de la géographie et du design.

 **7** Développer des actions de sensibilisation sur les facteurs socio-culturels et économiques qui favorisent une alimentation déséquilibrée ou trop peu d'activité physique.

O.O. 1.4.2. Favoriser l'utilisation d'outils d'information validés par les professionnels et par les relais de la société civile (professionnels des soins, instituteurs, éducateurs, assistants sociaux, bénévoles dans les associations de patients ou d'usagers, permanents dans les associations représentatives, ...).

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

 **1** Diffuser et mutualiser des outils et des ressources existantes conformes au guide de communication WALAPSanté.

 **2** Créer des capsules diffusées via le web.

 **3** Mettre à disposition gratuitement des supports et programmes d'éducation permanente respectant le guide de communication WALAPSanté.

 **4** Créer des recueils d'activités pédagogiques « clé en main », respectant les repères WALAPSanté, visant l'adoption d'une alimentation équilibrée et durable et la pratique régulière d'activité physique.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2

Soutien à l'innovation sociale

Soutenir les initiatives qui élaborent et diffusent, dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique, des solutions nouvelles, si possible participatives et solidaires, en lien avec les enjeux sanitaires mobilisés par la transition des modes de vie et des organisations sociales.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 2.1

Soutenir les lieux communautaires et les initiatives qui favorisent le lien social et intergénérationnel autour de la production, de l'approvisionnement, de la préparation et du partage des repas, et autour d'activités en faveur de la mobilité et de la pratique régulière d'activité physique.

O.O. 2.1.1. Soutenir le développement de lieux communautaires tels que les restaurants communautaires, les jardins collectifs, les marchés, les conserveries et les espaces de loisirs dans les quartiers.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Faciliter l'accès des marchés aux producteurs locaux (place, coût, horaires).
-  **2** Mettre à disposition des habitants d'un quartier des espaces à co-gérer, espaces intérieurs et extérieurs.
Exemple : Mettre en place des espaces "détente" pendant les vacances scolaires en fermant les voiries et permettre aux habitants d'y organiser des activités (sports, cuisine, goûter...).
-  **3** Adapter les règles de l'AFSCA pour faciliter les transformations alimentaires dans les établissements communautaires tout en veillant à respecter des critères de sécurité et de qualité nutritionnelle.
-  **4** Organiser des activités et projets impliquant les différentes catégories d'utilisateurs des espaces publics, des parcs ou des espaces partagés.
Exemple : Renforcer les liens entre les différents lieux communautaires pour favoriser les activités physiques intergénérationnelles.

2. Soutien à l'innovation sociale

 **5** A défaut d'infrastructures à proximité ou adéquate, mettre à disposition des suggestions pour pratiquer le sport non encadré, gratuitement et en toute sécurité.

 **6** Encourager et encadrer l'utilisation d'outils d'innovation sociales (Fluicity, Geocaching, Crowsourcing, Living Lab, Plateforme digitale de participation citoyenne, Gamification, Serious Game, ...) pour soutenir l'action communautaire et/ou citoyenne autour de l'alimentation équilibrée et durable et la pratique régulière d'activité physique

O.O. 2.1.2. Soutenir l'intégration des repères WALAPSanté dans les initiatives citoyennes liées à la transition.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

 **1** Soutenir le développement des "Repairs Cafés" (vélos, outils de jardinage, équipement ménagers, etc.).

 **2** Faciliter l'accès de tous à des initiatives d'approvisionnement collectif local (groupements d'achat local, coopérative, etc.).

 **3** Soutenir et guider les citoyens pour l'adoption de pratiques d'agriculture urbaine qui les aident à diversifier leur assiette.

 **4** Soutenir les initiatives citoyennes ou communautaires pour qu'elles puissent adapter et sécuriser leurs activités à destination des personnes aux profils spécifiques telles que personnes handicapées, malades chroniques et personnes âgées.

Exemples d'adaptations : s'équiper de bacs en hauteur pour potagers collectifs, prévoir un système de co-voiturage, prévoir des adaptations pour personnes avec difficultés sensorielles, ou à mobilité réduite ; adapter les horaires, prévoir un soutien adapté pour soulager l'aidant ou l'intégrer durant l'activité.

 **5** Soutenir les initiatives citoyennes ou communautaires pour assurer des déplacements doux et sécurisés entre les milieux de vie.

Exemple : Pour les trajets domicile-école, permettre à des parents ou grands-parents de prendre en charge des groupes de marcheurs ou cyclistes mineurs au départ de leur quartier.

 **6** Soutenir l'intégration des repères du WALAPSanté dans les initiatives agroécologiques.

O.O. 2.1.3. Soutenir les initiatives qui renforcent l'accessibilité aux services pour les personnes isolées ou peu mobiles.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Mettre en place un réseau de collaborations pour organiser les déplacements des personnes isolées vers les lieux d'activité ou les sources d'approvisionnement de qualité.

Exemple : les fédérations et associations représentatives des personnes âgées.

-  **2** Maintenir les commerces à proximité de la vie des quartiers de façon à les rendre accessibles à pied ou à vélo.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 2.2

Faciliter l'évolution des pratiques au sein de l'HORECA et des cuisines de collectivités vers des menus de qualité, au regard des repères définis par le WALAPSanté.

O.O. 2.2.1. Mettre en place des dispositifs de partage d'expériences et de bonnes pratiques entre professionnels et responsables d'institutions, responsables d'entreprises.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Echanger, puis diffuser les bonnes pratiques autour de la promotion de l'eau et des boissons non alcoolisées dans l'HORECA.

-  **2** Echanger des expériences autour d'un aménagement innovant des lieux de repas collectifs et autour de la consultation des usagers.

O.O. 2.2.2. Développer des plateformes d'achats de transformation pour produits locaux et de qualité.



Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

O.O. 2.2.3. Développer des pratiques qui réduisent le gaspillage en cuisine de collectivités et renforcer les liens avec les services sociaux pour une récupération des surplus respectueuse des bénéficiaires, des repères du WALAPSanté et de la sécurité alimentaire.



Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

O.O. 2.2.4. Encourager à utiliser les cahiers des charges et à rejoindre des initiatives pilotes portant sur la qualité, promus par les pouvoirs publics.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** S'inspirer des repères nutritionnels des pays voisins
Exemple : Normes GEM-RCM françaises pour la restauration collective.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 2.3

Favoriser l'intégration adaptée du numérique et d'objets connectés dans l'accessibilité à une information et à des offres de qualité en matière d'alimentation et d'activité physique.

O.O. 2.3.1. Evaluer les risques et les opportunités liés au développement des applications mobiles et de la « gamification » en matière de promotion d'une alimentation équilibrée et durable et d'une pratique régulière de l'activité physique.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Utiliser des applications mobiles pour favoriser la pratique d'activité physique en dehors des cours d'éducation physique.

O.O. 2.3.2. Sensibiliser les professionnels de la santé et de l'éducation aux conditions d'utilisation du web en général, des réseaux sociaux et des applications mobiles et des objets connectés sur ces deux thèmes de santé.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Soutenir l'utilisation de la robotique pour encourager la mise en mouvement en revalidation et en MR/MRS.

O.O. 2.3.3. Développer des programmes de sensibilisation qui utilisent des applications mobiles dédiées ou non à ces programmes.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Développer et diffuser gratuitement des applications permettant la pratique de sport non encadré par tous et à moindre risque.

2. Soutien à l'innovation sociale

-  **2** Utiliser des applications mobiles pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation équilibrée et durable en fournissant de manière ludique des conseils en matière de santé.
Exemple : « Geocatching »

O.O. 2.3.4. Favoriser une utilisation critique des sites et applications mobiles, et des réseaux sociaux en matière d'alimentation et d'activité physique.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Diffuser largement une information sur la manière d'utiliser les sites, les applications mobiles et les réseaux sociaux en matière d'alimentation et d'activité physique.
-  **2** Développer des outils de vérification des informations en relation avec les repères validés par le WALAPSanté.
-  **3** Développer des outils qui permettent à chacun d'intégrer de façon critique et adaptée les applications mobiles et les objets connectés dans son mode de vie.
-  **4** Développer des outils qui permettent d'utiliser de manière critique le commerce en ligne (offre alimentaire, offre d'équipement sportif)

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 2.4

Promouvoir des études qui accompagnent la transition des modes de vie et des pratiques de promotion de la santé par l'alimentation et l'activité physique.

O.O. 2.4.1. Stimuler la prise en compte des dimensions « santé » et « accessibilité à tous » dans les recherches qui portent sur l'alimentation ou l'activité physique.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Organiser des rencontres avec les équipes de recherche actives en Wallonie dans ces deux domaines pour définir quelles perspectives offrent leurs travaux en lien avec les repères du WALAPSanté.

O.O. 2.4.2. Développer des recherches qui documentent la progression des pratiques et services en lien avec l'accessibilité à une alimentation de qualité et une activité physique régulière.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

2. Soutien à l'innovation sociale

-  **1** Documenter l'intérêt comparé, pour les populations précarisées, des systèmes d'aide alimentaire et d'une augmentation de l'offre de qualité à bas coût dans les circuits de distribution tout venant.
-  **2** Favoriser l'exploitation transversale des études, recherches-action, menées au niveau local, supracommunal, régional ou fédéral, par de acteurs diversifiés, autour de l'alimentation inclusive de qualité, de l'accessibilité des services et infrastructures qui favorisent une pratique régulière de l'activité physique.
-  **3** Etablir et diffuser une base de connaissances sur les études, expériences et projets-pilotes évalués.
-  **4** Etudier l'intérêt et estimer la pertinence de l'utilisation des données récoltées via des applications mobiles dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique.
-  **5** Etudier le coût réel d'une alimentation favorable à la santé en Wallonie.
-  **6** Mettre en place un observatoire de l'activité physique.

O.O. 2.4.3. Développer des recherches qui documentent l'adoption des repères du WALAPSanté dans le mode de vie global des personnes et des groupes.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Soutenir des recherches qui documentent les liens entre l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, l'apparence physique et la santé mentale.
-  **2** Documenter les particularismes des comportements alimentaires et de la pratique d'activité physique auprès des populations non atteintes par les enquêtes en population générale.
-  **3** Documenter l'évolution de la qualité de l'alimentation dans la population par le Nutri-Score ou le NOVA (aliments ultra-transformés).
-  **4** Identifier les freins individuels et environnementaux à l'adoption des repères du WALAPSanté, en particulier dans les populations vulnérables.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3

Accès à une offre de qualité

Renforcer l'accessibilité d'une offre de qualité en matière d'alimentation et d'activité physique.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 3.1

Aménager les environnements pour qu'il favorisent la mise en mouvement et la pratique d'activité physique dans les milieux vie collectifs (crèches, garderies, MR-MRS, écoles, hôpitaux, prisons, entreprises) et accompagner leur utilisation.

O.O. 3.1.1. Développer les infrastructures, équipements et services, indoor et outdoor, qui stimulent la mise en mouvement et la pratique d'activité physique régulière dans les milieux de vie collectifs.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Aménager des abords immédiats des lieux de vie (praticabilité, verdurisation, convivialité).
-  **2** Aménager des jardins thérapeutiques dans les institutions de soins.
-  **3** Aménager et organiser les espaces intérieurs pour favoriser la mise en mouvement et limiter les périodes de sédentarité.
-  **4** Adapter et sécuriser le Réseau Autonomes des Voies Lentes (RAVel) aux abords des milieux de vie collectifs.

O.O. 3.1.2. Accroître les activités pédagogiques, culturelles et de loisirs qui favorisent une mise en mouvement.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Proposer des séances pratiques d'activité physique dans certains milieux de vie caractérisés par la sédentarité élevée (travail administratif, écoles, MR/MRS, hôpitaux, ...)

3. Accès à une offre de qualité

-  **2** Promouvoir le chant et les activités artistiques en MR/MRS.
-  **3** Modifier les organisations en vue d'accroître la pratique de l'activité physique pendant le temps scolaire, péri- et parascolaire.
-  **4** Accorder une place privilégiée à la psychomotricité dans l'enseignement fondamental.
-  **5** Organiser des activités sportives en simultané pour les enfants et leurs parents.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 3.2

Améliorer l'offre alimentaire dans les milieux de vie collectifs (crèches, garderies, MR-MRS, écoles, hôpitaux, prisons, entreprises).

O.O. 3.2.1. Veiller à prévoir des lieux de repas collectifs agréables, dont l'ergonomie est adaptée aux caractéristiques des usagers.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Aménager les lieux de prise des repas (disposition des tables, sonorisation, couleurs, décoration, confort et hauteur du mobilier, etc.).
-  **2** Améliorer l'organisation des repas (moment et durée, libre-service total ou partiel, accueil, etc.).
-  **3** Attribuer du temps pour favoriser les interactions entre le personnel de service et les usagers des restaurants collectifs, surtout pour les enfants et les personnes âgées.

O.O. 3.2.2. Favoriser une diversification de l'offre alimentaire disponible dans les milieux de vie collectifs pour qu'elle s'adapte aux caractéristiques et aux préférences des publics concernés.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Permettre aux utilisateurs d'avoir une prise sur leurs repas (choix « à la carte », choix entre plusieurs préparations, choix dans la manière de manger, par exemple : "finger food" en MR/MRS ou en milieu d'accueil).
-  **2** Permettre aux résidents de poser des choix sur le contexte des repas (heure des repas et pauses, possibilité de manger en dehors de la chambre...).

3. Accès à une offre de qualité

-  **3** Améliorer et diversifier les qualités organoleptiques (couleurs, textures, disposition, température) et gustatives des repas.

O.O. 3.2.3. Soutenir la mise en place d'alternatives aux distributeurs et aux points de vente de sodas, de boissons alcoolisées, d'encas sucrés et salés dans les milieux de vie collectifs.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Réduire la visibilité des boissons sucrées et énergisantes.
-  **2** Limiter l'offre en boissons et en-cas sucrés.
-  **3** Limiter, voire interdire, la présence de restaurants de type «fast food» à proximité directe des écoles.
-  **4** Pour le « cantinage » dans les établissements pénitentiaires, offrir aux détenus des possibilités pour accéder à des produits nutritionnellement intéressants et savoureux.
Exemple : Proposer des fruits et légumes lavés, prêts à consommer, non assaisonnés, plutôt que des plats préparés.
-  **5** Installer des fontaines à eau dans tous les lieux de vie collectifs.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 3.3

Prévoir des conditions d'accès et des aménagements pour des publics spécifiques dans les offres universelles en matière d'alimentation équilibrée et d'activité physique (seniors, malades chroniques, personnes handicapées, personnes à faible revenus).

O.O. 3.3.1. Développer l'offre, soutenir et réorienter l'offre existante en matière d'activité physique et d'alimentation afin de les adapter aux spécificités des personnes concernées par les maladies chroniques.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Soutenir les communes et les acteurs locaux afin qu'ils puissent adapter leurs offres en vue d'une plus grande accessibilité aux personnes concernées par les maladies chroniques.

3. Accès à une offre de qualité

 **2** Proposer des programmes ciblés pour des publics spécifiques pour les sensibiliser au bien-être que procure la pratique d'une activité physique.

 **3** Mettre en place des procédures de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel ainsi que des aptitudes motrices des malades chroniques et des personnes âgées.

 **4** Encourager le dialogue entre les acteurs scolaires et le monde médical sur les questions d'alimentation et de pratique de l'éducation physique pendant le temps scolaire pour les enfants atteints de maladies chroniques.

Exemple : Clarifier les règles et pratiques en matière de dispenses du cours d'éducation physique par des certificats médicaux.

 **5** Aider les services médico-sociaux, tels que les Services d'Aide à Domicile, à adapter leurs pratiques pour favoriser l'application des recommandations auprès de leurs usagers.

O.O. 3.3.2. **Elargir l'offre de proximité pour le sport adapté et handisport.**

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

 **1** Créer de sections handisport au sein des clubs sportifs.

 **2** Financer les clubs pour organiser du sport adapté.

 **3** Augmenter la collaboration intergouvernementale en soutenant les projets relatifs au handisport développés par l'ADEPS et les différentes organisations sport adapté/handisport.

 **4** Mettre du matériel adapté à disposition des clubs sportifs.

 **5** Favoriser les contacts entre les écoles de l'enseignement spécialisé et les différentes organisations de sport adapté/handisport.

O.O. 3.3.3. **Mettre en place des collaborations pour assurer la continuité des activités de rééducation et des adaptations conseillées du mode de vie, lors du retour à domicile à la suite d'un séjour à l'hôpital.**

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

3. Accès à une offre de qualité

-  **1** Systématiser l'utilisation de la feuille de liaison pour un meilleur suivi nutritionnel et des fonctions motrices du patient, entre l'hôpital, la MR-MRS et le secteur des soins à domicile.
-  **2** Assurer la continuité de la prise en charge multidisciplinaire des patients hospitalisés (diététicien, kiné...) lors de leur retour à domicile.
Exemple : "Exercice medecine", Sport sur Ordonnance.
-  **3** Développer des actions de soutien aux aidants proches quant aux nécessaires adaptations du mode de vie.

O.O. 3.3.4. Favoriser une diminution des coûts de l'adoption d'une alimentation équilibrée et durable et de la pratique régulière de l'activité physique.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Renforcer le remboursement des activités favorables à la santé (sport sur ordonnance, suivi diététique, etc.) dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
-  **2** Aménager la possibilité pour les populations précarisées de s'inscrire sans frais à des activités physiques et sportives organisées pour tous.
-  **3** Soutenir l'offre d'une gamme de produits de base de qualité à prix accessibles dans les circuits d'approvisionnement classiques, à savoir la grande distribution et les commerces indépendants.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 3.4

Améliorer le soutien des pouvoirs publics à l'accessibilité d'une offre alimentaire équilibrée et durable.

O.O. 3.4.1. En complémentarité aux politiques visant à abolir la pauvreté en Wallonie, assurer l'accessibilité et la qualité de l'offre d'aide alimentaire.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Soutenir un approvisionnement régulier et stable de l'aide alimentaire en produits de qualité.
-  **2** Adapter les colis alimentaires pour les personnes en situation d'appauvrissement et concernées par les maladies chroniques.

3. Accès à une offre de qualité

-  **3** Veiller à ouvrir les choix pour la constitution des paniers alimentaires en regard des habitudes alimentaires, de la durabilité et de la qualité des produits.
-  **4** Soutenir les systèmes d'aide à la préparation des repas et au stockage des aliments, en complément de l'aide alimentaire.
-  **5** Placer dans chaque espace public (parc, esplanade, place) au moins une fontaine à eau gratuite.

O.O. 3.4.2. Assurer l'accessibilité et la qualité des repas fournis par les pouvoirs publics.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Assurer l'accessibilité et la qualité des repas distribués par les communes au domicile, aux écoles, aux MR/MRS.
Exemple : Evoluer vers une gratuité des cantines scolaires pour tous les enfants
-  **2** Assurer l'accessibilité et la qualité des repas mis à disposition du personnel des services publics.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 3.5

Aménager les espaces publics pour favoriser la pratique d'activité physique.

O.O. 3.5.1. Renforcer l'accès à des espaces publics proches, de bonne qualité et multifonctions comme par exemple des espaces verts, de récréation, de détente, de repos et des équipements sportifs.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Installer dans les espaces publics des équipements incitant à la pratique du mouvement et d'une activité physique.
-  **2** Maintenir une offre de jeux libres dans les espaces publics proches.
-  **3** Inciter à l'utilisation des espaces publics et de leurs équipements par une signalétique adaptée et motivante.
-  **4** Organiser, dans les espaces publics, des activités et projets impliquant les différentes catégories d'utilisateurs : activités sportives, expositions, créations culturelles, pique-nique, maraîchage, etc.

3. Accès à une offre de qualité

-  **5** Aménager des aires conviviales pour le repos, de pique-nique et de jeu libre dans les espaces publics proches, les parcs et les espaces verts *Exemple : tables et bancs, bacs potagers, etc.*
-  **6** Mettre à disposition un steward qui gère un espace public et qui interagit avec les usagers.
-  **7** Accentuer l'aménagement des abords de rivière.
-  **8** Aménager et entretenir les accès aux espaces et bâtiments publics pour les rendre praticables par les cyclistes et piétons, PMR et familles.
-  **9** Favoriser la proximité des équipements sportifs, aménager les accès aux installations pour la pratique d'activités physiques, notamment dans les bassins résidentiels.

O.O. 3.5.2. Favoriser les déplacements actifs, c'est-à-dire renforcer et encourager l'usage des transports en commun ainsi que la mobilité douce pour les déplacements quotidiens (du domicile aux écoles, aux lieux de travail, aux lieux d'approvisionnement alimentaire et aux infrastructures pour l'activité physique sportive et de loisir).

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Améliorer la marchabilité des quartiers : fonctionnalité, sécurité et confort pour la mobilité douce (trottoirs, pistes cyclables, piétonniers, sentiers pédestres, berges).
-  **2** Développer des activités qui apprennent à repérer les itinéraires et leurs difficultés pour se déplacer en toute sécurité, en fonction des caractéristiques du public (enfant, personne handicapée, personne âgée) et du mode de déplacement choisi.
-  **3** Donner la priorité aux actions diminuant les risques pour les passagers des transports en commun et pour les usagers de la route les plus vulnérables : piétons, cyclistes, personnes impliquées dans toute autre forme de mobilité douce (y compris les chaises roulantes et poussettes).

3. Accès à une offre de qualité



4

Favoriser la connexion entre les quartiers et la connexion vers les services et commerces à l'intérieur de ceux-ci, par des aménagements sécurisés qui favorisent la mobilité douce (trottoirs, sentiers pédestres et pistes cyclables) et l'utilisation de transport en commun.

O.O. 3.5.3. Mettre à disposition des navettes gratuites ou des vélos en libre-service (avec sièges enfants) pour faciliter la connexion entre les quartiers et vers les lieux de service et de commerces.



Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4

Gouvernance du WALAPSanté

Mettre en place des mécanismes et organes de gouvernance aux différents niveaux de l'action publique pour assurer l'implantation, le suivi, l'adaptation des objectifs du WALAPSanté.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 4.1

Stimuler, dans les milieux de vie collectifs, des projets d'établissement qui luttent contre la sédentarité, qui favorisent la mobilité active, l'activité physique, l'alimentation équilibrée et durable.

O.O. 4.1.1. Créer ou adopter une charte « activité physique et lutte contre la sédentarité » dans les lieux d'accueil pour enfants, les écoles, les MR/MRS, les hôpitaux, les établissements pénitentiaires, les administrations et les entreprises.

 Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

O.O. 4.1.2. Intégrer, dans les projets d'établissement, des objectifs concrets en matière d'alimentation équilibrée et durable, de pratique de l'activité physique et du mouvement libre.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

 **1** Les intégrer dans les projets d'accueil formulés par les haltes-accueil et l'accueil à domicile.

 **2** Insérer un chapitre spécifique sur l'alimentation équilibrée et durable et l'activité physique dans chaque projet d'établissement scolaire ainsi que dans leur règlement, et dans les futurs plans de pilotage.

 **3** Développer des outils qui soutiennent l'élaboration de projets d'établissement.

Exemples : Projets "école qui bouge" dans certaines écoles primaires, grille d'analyse des temps de repas dans les milieux de vie.

O.O. 4.1.3. Associer les usagers ou résidents des milieux de vie collectifs à la définition de la politique d'établissement en matière d'alimentation et d'activité physique.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Mettre en place des processus d'écoute et d'implication des seniors, de leurs représentants et de leur entourage à propos de l'offre alimentaire et des activités organisées en MR/MRS.
-  **2** Permettre aux usagers ou résidents de participer à l'élaboration des menus.
-  **3** Réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction sur les activités organisées et les repas servis.
-  **4** Permettre aux usagers ou résidents de proposer des recettes aux cuisiniers.
-  **5** Proposer aux personnes détenues de participer, avec un encadrement adapté, à la production des repas sur site, dans le cadre de leurs objectifs de réinsertion.

O.O. 4.1.4. Stimuler des dispositifs et des projets d'entreprises qui luttent contre la sédentarité, qui favorisent la mobilité active, la promotion de l'activité physique, l'alimentation équilibrée et durable.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Réunir un panel interdisciplinaire d'experts pour construire un guide scientifiquement valide et adapté à la diversité présente dans le monde du travail.
-  **2** Veiller à l'adaptation des mesures en fonction des contextes variés : types d'entreprises (taille, secteurs...), statut professionnel, organisation du travail, publics cibles (ouvriers, employés de bureau...).

4. Gouvernance du WALAPSanté

-  **3** Favoriser les déplacements alternatifs du domicile vers le travail ou ceux réalisés dans le cadre du travail (entre les bâtiments ou sites).
-  **4** Adapter l'environnement de travail pour favoriser les modes de déplacements actifs (parking vélos, douches...) et les comportements alimentaires sains (agencement spatial de l'offre).
-  **5** Soutenir l'instauration progressive du sport en entreprise.

O.O. 4.1.5. Veiller à la mise en place d'un « Comité de liaison alimentation et nutrition » (CLAN) en MR-MRS et dans les hôpitaux, en réunissant direction et intervenants internes et externes autour de l'alimentation, sans oublier d'y inclure le patient.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** A défaut de la mise en place d'un CLAN, désigner un « Responsable qualité et nutrition » au sein de l'institution.
-  **2** Promouvoir les synergies et la communication entre le personnel de cuisine, le personnel médical/paramédical et le management.
-  **3** Veiller à la cohérence des stratégies nutritionnelles en faveur des bénéficiaires intra et extra-muros.
-  **4** Créer le dialogue entre d'une part le cuisinier et la personne en charge du service du repas et d'autre part, entre cette personne et le consommateur, notamment par une information commune sur l'origine et les qualités nutritionnelles des repas servis dans les milieux de vie collectifs.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 4.2

Mettre en place au niveau local des processus de concertation entre parties prenantes de divers secteurs d'activité et de divers groupes d'intérêts afin de renforcer l'accessibilité à l'offre.

O.O. 4.2.1. Mobiliser les parties prenantes d'un quartier, d'une commune ou d'un groupe de communes pour mettre en place des solutions adaptées, évaluées et durables, sur les questions d'alimentation, de mobilité, d'activité physique et sportive.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

- 
1 Prévoir des dispositifs ou des relais locaux en vue de soutenir cette dynamique de quartier ou de commune.
Exemple : les conseillers mobilité dans les communes
- 
2 Identifier et développer les réseaux d'acteurs qui, à l'échelle d'un quartier ou d'une commune sont intéressés et interviennent sur les questions d'alimentation, de mobilité, d'activité physique et sportive.
- 
3 Intégrer les dimensions intergénérationnelles, interculturelles dans une réflexion critique sur les facteurs locaux qui influencent l'alimentation et la pratique de l'activité physique.
- 
4 Inclure les services hospitaliers et les soins de première ligne dans le maillage du réseau local.
- 
5 Créer des partenariats entre les acteurs locaux pour l'utilisation des infrastructures communales par les services souhaitant développer des activités en faveur de la santé.

O.O. 4.2.2. Inciter les Conseils Consultatifs des Aînés à se préoccuper de l'offre alimentaire pour les personnes âgées à domicile, de l'offre en matière d'activité physique adaptée et de la marchabilité des espaces publics.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

- 
1 Développer les Conseils Consultatifs des Aînés là où il n'en existe pas.

4. Gouvernance du WALAPSanté

-  **2** Consulter les aînés pour connaître leurs besoins et attentes.
-  **3** Développer les partenariats avec les opérateurs de mobilité (taxis sociaux ou communautaires...).
-  **4** Développer un « guide des aînés » local qui recense l'offre en matière d'activité physique à destination des séniors.

O.O. 4.2.3. Recourir à des évaluations d'impact sur la santé (impact sur l'activité physique, sur l'approvisionnement diversifié et de qualité) lors de l'élaboration de plans d'aménagement et d'urbanisme ainsi que lors de la construction ou de la rénovation d'infrastructures diverses.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Développer un guide d'Evaluation d'Impact Santé
-  **2** Intégrer les objectifs du WALAPSanté dans les évaluations d'impact sur l'environnement.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 4.3

Mettre en place des processus régionaux d'animation et de pilotage du WALAP-Santé.

O.O. 4.3.1. Assurer la continuité et l'implantation du Plan Wallon Nutrition Santé et Bien-être des Aînés (PWNSA) : Prévenir la malnutrition et la dénutrition chez les aînés, à domicile ou en institution.



Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

O.O. 4.3.2. Mettre en place des plateformes régionales réunissant les acteurs publics et privés influençant l'accessibilité de l'offre en matière d'alimentation ou de pratique de l'activité physique.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Créer un Conseil wallon de l'Alimentation en collaboration avec le secrétariat du développement durable (Stratégie "Manger Demain").

4. Gouvernance du WALAPSanté

 **2** Collaborer à la mise en place d'une plateforme intersectorielle réunissant les acteurs de l'offre en matière d'activité physique à des fins de santé, en référence à la norme européenne HEPA.

 **3** Réaliser des analyses de faisabilité quant aux objectifs, à la composition et aux modalités d'organisation de ces plateformes.

O.O. 4.3.3. Soutenir les acteurs locaux et les acteurs institutionnels pour la mise en œuvre des objectifs du WALAPSanté.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

 **1** Développer une communication dynamique et un plaidoyer sur le WALAPSanté auprès de tous les acteurs, en ce compris les citoyens.

 **2** Mettre au point une démarche de repérage, de cartographie, voire de labellisation, des initiatives qui s'intègrent dans les objectifs du WALAPSanté.

 **3** Soutenir l'organisation régulière de forums hybrides territoriaux rassemblant les différentes parties prenantes et les bénéficiaires des actions du WALAPSanté sur un territoire défini (ville, commune, supra-communalité, provinces)

 **4** Adapter l'application des différents programmes OMS pour un environnement favorable à la santé aux objectifs du WALAPSanté
Exemple : Ville OMS, Ville-Amie des Aînés.

 **5** Encourager l'application du WALAPSanté au travers des différents programmes stratégiques wallons déployés au niveau local et supra-communal.

O.O. 4.3.4. Participer à la construction et au suivi des initiatives des entités fédérales, fédérées et des programmes transfrontaliers en relation avec les objectifs du WALAPSanté.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

 **1** Assurer le lien entre le WALAPSanté, le protocole d'accord « Politique de santé à mener à l'égard des maladies chroniques ».

 **2** Assurer le lien entre le WALAPSanté et Intégréo «Des soins intégrés pour une meilleure santé».

4. Gouvernance du WALAPSanté

-  **3** Assurer le lien entre le WALAPSanté et les initiatives du Ministre fédéral de la santé publique en matière d'alimentation.
-  **4** Assurer le lien entre le WALAPSanté et l'AFSCA.
-  **5** Assurer le lien entre le WALAPSanté et les politiques de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière de promotion de la santé à l'école, d'enfance, de sport, de jeunesse et d'éducation permanente.
Exemple : Pacte d'excellence, Décret(s) Sport et version(s) future(s), Décret PSE, ...
-  **6** Assurer le lien entre le WALAPSanté et les projets transfrontaliers en lien avec les thématiques concernées.
Exemple : Projet Intereg Alimentation Durable Inclusive (AD-In).

O.O. 4.3.5. Organiser l'application et l'évaluation participative du WALAPSanté, dans une perspective de santé dans toutes les politiques.

Territoire(s)	Acteur(s)	Secteur(s)

-  **1** Etablir des concertations avec les ministres régionaux et avec les départements du Service Public de Wallonie concernés par la mise en œuvre de certains objectifs et actions du WALAPSanté : cohésion sociale, développement durable, mobilité, infrastructures sportives, agriculture, environnement, économie, pouvoirs locaux, action sociale, aménagement du territoire.
-  **2** Réunir des groupes de travail d'opérateurs liés à certains objectifs opérationnels ou certains milieux de vie de manière à planifier et concrétiser les actions prévues par le WALAPSanté, à tester des actions pilotes, à proposer de nouvelles actions.
-  **3** Définir et récolter des indicateurs en matière de comportements alimentaires, de pratiques de l'activité physique et de modes de vie envisagés globalement, à intégrer dans les enquêtes de Sciensano, de la collecte HBSC et de la collecte HEPA gérée par l'ADEPS (indicateurs de résultats).
-  **4** Définir et récolter des indicateurs d'implantation des objectifs opérationnels et actions prévues dans le WALAPSanté.
-  **5** Evaluer les effets des actions mises en œuvre dans le cadre du WALAPSanté, en particulier en regard des inégalités sociales de santé (creusement, maintien, réduction).

Remerciements

L'APES-ULiège remercie les personnes et organismes ci-dessous pour leurs contributions à l'élaboration de ce plan

ABSOLONNE Jacqueline - Association Belge du diabète

ADANT Myriam - Résidence Le Chalon

ALAOUI Amal - ONE

ANCEAUX Pascale - Question Santé

ANCION Hélène – IEW Fédération Inter-Environnement Wallonie

ARCHAMBEAU Joëlle - Kinésithérapeute en MR-MRS

ARCHAMBEAU Yves - CfWB WBE

BAIJOT Laurent - Formyfit

BALTHASART Anne-Marie - CAS Coordination des Associations de Seniors

BANTUELLE Martine - Educa-santé

BASTIEN Robin - UMons Hainaut Orthopédagogie

BAUDRY Stéphane ULB - Sciences de la Motricité

BECLIN Grégory - AViQ Initiatives spécifiques « Accueil de la petite enfance »

BEGUIN Caroline - CfWB ADEPS

BERHIN Aurore - ULiège DG Enseignement, Service de la Qualité de Vie des Etudiants

BERNARD Muriel - eFarmz

BERTRAND Gilles - SPW Développement durable

BIERNAUX Martin – Solidaris, Plateforme Alimentation de Qualité

BILA Claire - Clinique Saint Luc Bouge

BOURCY Marie - Alzheimer Belgique

BOURGEOIS Thilbert – Solidaris, Latitude Jeunes

BRACCI Raffaele - CVPS Centre Verviétois de Promotion de la Santé

BRICHAUX Françoise - CPCP Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation Namur

BRUWIER Jean-Paul - ASBL Sport et Santé Zatopek

CANTELLI Fabrizio LUSS - Ligue des Usagers des Services de Santé

CASARIEL Cindy - SES Huy Waremme

CASMAN Marie-Thérèse - ULiège Faculté des Sciences Sociales et Département des Sciences de la Santé Publique

CASTERMANS Chantal - FIH Fédération des Institution Hospitalières

CESARETTI Sandrine - Espace Seniors

CHARLIER Vinciane ONE - ATL

CHAUMONT Emmanuel - SEGEC Secrétariat Général de l'Enseignement Catholique

CLAES Nathalie - ONE

Remerciements

CLIJSTERS Jos - R.C.A.E. ASBL ULiège Sports
CLOES Marc - ULiège Département des Sciences de la Motricité, Intervention et gestion en activités physiques et sportives
CLOSSET Laurent - Pêche et santé
CLOSSON Catherine - Good Food Brussels
COLEMONTS Chantal CAS - Coordination des Associations de Seniors
COLIN John - SECUREX
COLLARD Nadine - CfWB AG Enseignement, Service de la Réglementation des Etudes et des Affaires Générales
COMPÈRE Stéphanie - Direction générale Santé, Affaires Sociales, Agriculture de la Province de Liège
COPPEJANS Muriel - CfWB ADEPS
COURTIN Olivier - CfWB ADEPS
CRUCIFIX Carine - Province de Namur, Cellule Promotion Santé
DADOUMONT Benoît - CLPS de Namur
DE JONGHE Karine - Département « Milieux de Vie et Territoires » de la Province du Hainaut
DE POTTER Jean-Claude- CfWB ADEPS
DE RAMMELAERE Christophe - CfWB AG Sport Direction des centres sportifs
DE VUYST Cila - Prison de Paifve
DEBRUYCKER François - CHA de Libramont
DEFER Pierre-Francois - AViQ Santé et Bien-être
DELESPINETTE Françoise - CHU de Charleroi
DELMARCELLE Florence - Service de la Santé de la Province du Brabant Wallon
DELPLANCK James - Prison de Namur
DELVILLE Jacqueline - UNamur Centre Médico-Psychologique
DELWAIDE Marc – AViQ Santé et Bien-être
DEMARET Jean-Philippe - SPMT ARISTA
DEMARTEAU Michel - Observatoire de la Santé du Hainaut
DENGIS Pol CFWB – CfWB AG Enseignement Inspection
DENIS Charlotte CEP - Centre d'Education du Patient
DERAMAIX Christophe - Féma Fédération Multisport Adapté
DERUYTER Olivier - Hôpital de Jolimont
DESCHUYFFELEER Nick – Févia Fédération de l'Industrie Alimentaire Belge
DESGAIN Stéphane - CNCD 11 11 11
DESTINE Michel - CfWB AG Enseignement
DEVOS Aurore - ENEO Sport
DEWILDE Sabine - CLPS de Huy-Waremme
DILLIS Aude - UPDLF Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française
DOGUET Catherine - ONE
DRADIN Olivier - CfWB AG Enseignement
DUBOIS Karin CPCP - Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation Hainaut
DUBRUGilles - ULiège Département des Sciences de la Motricité, Intervention et gestion en activités physiques et sportives

Remerciements

DUFOUR Anouk - Ligue Alzheimer Belgique
DUMONT Anne - APAQ W Agence Wallonne pour la promotion d'une agriculture de qualité
DUPUIS Patricia - Le Serac Asbl
DUPUIS Pascale - Administration de la Santé Publique, de l'Action Sociale et Culturelle de la Province de Namur
DUSSELDORF Carine - CPCP Centre permanent pour la Citoyenneté et la participation Liège
EBOKO Rose - ASPH
ELSEN Christian - SSPFAIB Société Scientifique des Pharmaciens Francophones Sprl
EVRARD Steve - Plan de Cohésion Sociale Ottignies-Louvain-la-Neuve
FALIER Eric SPW - DGO1 Routes et Bâtiments
FEDERINOV Sophie - CPAS Charleroi
FELE Dalia ULB - Ecole de Santé Publique
FILOT Gérard FCCWB - Fédération des Cuisines de Collectivités Wallonie-Bruxelles
FONTAINE Sophie - SES Huy-Waremme
FRANCAUX Marc - Commission Prévention des Risques pour la Santé dans le Sport et UCL
GASPAR Philippe - Vivalia
GASPARD Isabelle FIMS - Fédération des Institutions Médico-sociales
GAUTHIER Sarah FAPEO - Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel
GERARD France Infor-Santé - Mutualité Chrétienne
GERIN Sophie - OSH Observatoire de la santé du Hainaut
GERNAY Marie-Martine - Santé et Handicap mental, Fonds de soutien Marguerite Marie Delacroix, ARAPH-PATH
GILLET Nicolas - GymSana Asbl
GILLET Colette - Grand Hôpital de Charleroi
GOEDERT Jean-Paul - CfWB ADEPS Centre Sportifs Les Arcs
GOFFIN Stéphanie - Bio Wallonie ASBL
GUGGENBUHL Nicolas - Karott
GUILLAUME Georges - CFWB ADEPS
GUISSET Giliane - CEP Centre d'éducation du patient
HALLAERT Johan - Févia Fédération de l'Industrie Alimentaire Belge
HEMDANE Sami - COMEOS
HERTAY Aurélie - Ligue Alzheimer ASBL
HESPEL David - Formyfit
HICGUET Dominique - ASPASC de la Province de Namur
HOET Dominique - UPBPF Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones
HOFFMAN Coralie - Province du Luxembourg, Observatoire de la Santé, Cellule Education Santé
HOUIOUX Geneviève - OSH Département « Ressources »
HUBAUX Anne-France - Province de Namur, Promotion de la Santé
JACQUET Nicolas - ULiège Faculté des Sciences sociales, Panel Démographie Familiale
JANSSEN Anne-Françoise - RWLP Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté
JANSSEN Catherine - HELMO Cellule Inclusion

Remerciements

JEHOLET Pascale - Départements Santé, Affaires sociales, Agriculture et Ruralité de la Province de Liège
JEUNEHOMME Martine - HELB Prigogine
JAUMOULE Christel - CfWB ADEPS
KAISER Françoise - CfWB ADEPS
KENNES Sébastien - RDC Rencontre des continents
KESTELOOT Thierry - Oxfam Solidarité
KINTS Henriette - CLPS du Hainaut Occidental
KLASS Malgorzata - ULB Prévention des seniors
LAFALIZE Aurélie - CVPS Centre Verviétois de Promotion de la Santé
LAMBOTTE Pierre-Yves - Santhea
LANNOIS Christophe - Directeur général des services communaux, les participants à la table ronde et le Collège Communal de Châtelet.
LANNOYE Godelieve - Administration de la cohésion sociale et de la santé de la Province du Brabant Wallon
LAPLANCHE Bernard - Résidence Alegria
LECHIEN Mailis - Ligue Handisport Francophone
LECLERCQ Anne - RWLP Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté
LEFÈBVRE Céline - Directrice des PSE de la Province du Luxembourg
LEFEVRE Marie-Hélène - FEF Fédération des Etudiants francophones
LEFEVRE Sophie - ONE
LEGUIZAMON Diana - UPBPF Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones
LEJEUNE Hélène - CPAS Charleroi
LEKEUX Isabelle - Maison du Diabète
LEMAITRE Catherine - CEF Comité des élèves francophones
LEMAITRE Julien - CCA Esneux
LENNARTS Marc - Directeur général des services communaux, ainsi que les participants à la table ronde et le Collège Communal de Braine-le-Château.
LEPOUTRE Stephane - CSC
LEROY Martine - Directrice de l'Observatoire de la Santé de la Province du Luxembourg
LEVA Chantal - CLPS de Liège
LEVERT Carrie - ASEUS Association Sportive de l'Enseignement Universitaire et Supérieur
LIBOTTE Renée- FEDAJE Fédération des Accueillantes de Jeunes Enfants
LINKENS Isabelle - Hôpital de Jolimont
LONFILS Marjolaine - Culture & Santé ASBL
LORENT Philippe - SPW/DGO2 - Mobilité
LORIE Jeremy - GymSana asbl
LUYCKX Olivier - AViQ
MAHY Christine - RWLP Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté
MANNNAERTS Denis - Culture & Santé ASBL
MARCHAND Annick - FEDAJE Fédération des Accueillantes de Jeunes Enfants
MARGOT Anne-Catherine - Altéo sport

Remerciements

MARICHAL Michèle - Présidente du CPAS ainsi que les participants à la table ronde et le Collège Communal Libin.

MARTENS Sylvie - Mutualité Chrétienne

MARTIN Gwenaëlle - FUGEA-Fédération Unie de Groupements d'Éleveurs et d'Agriculteurs

MATOS DA SILVA Delphine - Question Santé

MERCIER Michel - UNamur, ARAPH et PATH

MERTENS France - CfWB AG Enseignement et WBE

MICHAUX Julia - UPDLF Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française

MISERQUE Yannick - UMons, Haute Ecole Condorcet et ASEUS

MOUTON Alexandre - ULiège Département des Sciences de la Motricité et CIFEN Centre Interfacultaire de Formation des Enseignants

MOUYART Philippe - CLPS Charleroi-Thuin

NAVEAUX Frédéric - Prison de Lantin

NIBUS Marc - Dimension Sport ASBL

NICOLET Maryline - CLPS Brabant-Wallon

NISEN Laurent - ULiège Faculté des sciences sociales

NOEL Claude - CHU de Charleroi

PENSON Florence - ULB ESP Ecole de Santé Publique

PETERS Gaëlle - RWLP Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté

PETIT Bernard - Educa Santé

PETIT-JEAN Christine - Cheffe de Projet du Plan de Cohésion Sociale, ainsi que les participants à la table ronde et le Collège Communal de Dison

PIERON Véronique – ARC Auto Région du Centre

PIETTE Alain - SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale

PLANCHE Patrice SPW - DGO5 Pouvoirs Locaux, Action Sociale et Santé

POLOME Lydia - CLPS du Luxembourg

PONCELET Anne-Sophie - Univers Santé ASBL

QUINET LEDOCTE Michèle - SES Huy-Waremme

RENOTTE Frédéric - UMons Haute Ecole Condorcet et ASEUS Association Sportive de l'Enseignement Universitaire et Supérieur

REUL Anne- Févia Fédération de l'Industrie Alimentaire Belge

REYNDERS Philippe - Prison de Paifve

RIBESSE Nathalie - ONE Direction Santé

ROELAND Anabelle - Alzheimer Belgique

RUSSO Christopher - Pêche et santé

SARETTO Valérie - UCM

SARLET Charlotte Ligue - Alzheimer ASBL

SCHANER Liliane - Infor Allaitement

SCHOTTE Dominique - CfWB WBE Conseil pédagogique

SCOYEZ Viviane - Résidence Les Charriers

SEPUL - Isabelle Service Santé mentale Ciney

Remerciements

SIMON Alain - CPEONS Conseil des Pouvoirs Organisateur de l'Enseignement Officiel Neutre Subventionné et FSEOS Fédération Sportive de l'Enseignement Officiel Subventionné
SIMON Frédérique - CPMS
SOLOT Jérémy - Belgian Paralympic Committee et Ligue Handisport Francophone
SPARACINO Antonina - CHC
STAINIER Véronique - Solidaris
STEIFER Patricia - Pôle Social et Santé de la Province du Luxembourg
STEJKENS Marie - AES-Association des Etablissements Sportifs et AISF Association Interfédérale du Sport Francophone
TAEYMANS Bernadette - Question Santé
TAQUIN Lucie - Handicap et Santé, ARAPH et PATH
TELLIER Véronique - Direction de la Santé Publique de la Province de Namur
TERWAGNE Kateline - Maison Médicale de Bommel
THEUNISSEN Frédérique - ASAH Association des Services d'Accompagnement et d'Actions en Milieu Ouvert pour Personnes Handicapées
THIBAUT Anne - IEW Fédération Inter-Environnement Wallonie, RAWAD Réseau des acteurs wallons pour une alimentation durable
THIEBAUT Isabelle - CEDE Club Européen Des Diététiciens de l'Enfance
THIRIFAYS Véronique - CSC Namur
TIEN NGUYEN Nam - CLPS du Hainaut Occidental
TISON Aurélie - CLPS de Mons-Soignies
TORREKENS Baptiste - LUSS Ligue des Usagers des Services de Santé
VAN CLEYNENBREUGEL Diane - Chambre Syndicale Dentaire
VAN DEN BERG Joelle - Réseau Idée
VAN DYCK Ingrid - GymSana Asbl
VAN LOO GarryUCL - Restaurants universitaires
VAN SIMAEY Delphine - Prison de Namur
VANESSE Virginie UCL- CHU Dinant Mont Godinne
VANOVERBERGHE Marie - SES Huy-Waremme
VERBEKE Guy ACSCWB - Association des Clubs Sportifs pour Cardiaques Wallonie Bruxelles
VERECKE Bénédicte - SPW/DGO2 Mobilité
VERELLEN DUMOULIN Christine - UCL Institut de pathologie génétique, Inclusion ASBL
VERSTRAETE Marie SPW - SPW/DGO2 Mobilité et Voies hydrauliques
XHONNEUX Marc - CfWB ADEPS
ZUINEN Natacha - SPW Développement Durable

Sans oublier les chercheurs de l'APES-ULiège impliqués dans les travaux préparatoires du WALAPSanté entre 2016 et 2018

ABSIL Gaëtan, BOUCQUIAU Anne, DALIMIER Isabelle, DETAILLE Emilie, de WINTER Mélanie, FRANCOIS Pauline, GEORGIN Estelle, GISSENS Philippe, LENTINI Laura, VANDOORNE Chantal et VAN HOYE Aurélie (Université de Lorraine).

