

Vers une politique concertée et inclusive pour la promotion de l'alimentation et de l'activité physique à des fins de santé

Document de travail préfigurant une note d'orientation
12 mai 2016

Gaëtan Absil, Mélanie De Winter, Chantal Vandoorne (APES-ULg),
Aurélie Van Hoyer (Université de Lorraine)

1. La vision : un plan multiniveaux et durable	2
2. Les défis posés par la progression de l'obésité et des maladies non transmissibles	3
3. Les arguments	5
4. La structure des objectifs et stratégies	10
5. Les acteurs	14
6. Le calendrier	16
7. La bibliographie	17



Wallonie

1. LA VISION : UN PLAN MULTINIVEAUX ET DURABLE

Le projet est d'impulser une dynamique wallonne pérenne autour des enjeux de la santé, en prenant pour point d'entrée les questions d'alimentation et d'activité physique et pour leviers, l'ensemble des politiques exerçant une influence sur ces déterminants de la santé (« Santé dans toutes les politiques »).

Cette politique transversale (appelée « plan » par commodité ci-dessous) se donne pour buts

- de 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 ;
- de créer et d'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 ;
- de 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.
- de prévoir 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

Il est donc proposé de construire, puis d'adopter, une politique **évolutive à long terme, concertée et transversale et inclusive, pour l'alimentation et l'activité physique à des fins de santé**. Seule une telle politique sera en mesure de contrer la progression de l'obésité et des maladies non transmissibles et de contribuer à qualité de vie des wallon-ne-s.

La politique en voie de construction sera ainsi conforme aux orientations définies dans la déclaration de politique régionale et en totale synergie avec les intentions du protocole d'accord entre entités fédérées du 21 mars 2016 sur la prévention des maladies chroniques.

Cette politique doit prendre la mesure des transformations à l'œuvre, elle ambitionne d'influer sur la transition des environnements et des modes de vie des Wallons et des Wallonnes. Le but est de favoriser la construction d'un environnement matériel, social et culturel porteur de santé sur le long terme, cela en incluant les personnes les plus précarisées et fragilisées. Cette politique animera donc des transformations favorables à la santé, idéalement pour une période de 20 ans.

2. LES DÉFIS POSÉS PAR LA PROGRESSION DE L'OBÉSITÉ et DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

LES TEXTE INTERNATIONAUX

Le plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 (OMS Europe) 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 :

- 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 politiques.

« 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 contribuent 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 ». (OMS, stratégie vieillissement, 2020, p.4) Une alimentation de qualité et une activité physique suffisante préviennent une grande partie des maladies chroniques liées au vieillissement. Elles favorisent aussi un processus de vieillissement dès la cinquantaine dans de bonne condition de bien-être et de santé, ce y compris du point de vue des relations sociales, si l'on considère qu'alimentation et activité physiques sont vecteurs de liens sociaux.

D'une manière générale, l'accent est mis sur une transformation des contextes, des milieux, des environnements, des normes, donc sur des stratégies visant les déterminants collectifs.

LES DONNÉES SOCIO-SANITAIRES POUR LA POPULATION BELGE ET/OU WALLONNE

L'enquête nationale de consommation alimentaire de 2014-2015 de l'ISP montre que 49,6% de la population wallonne est en surpoids (dont 19,5% est obèse). En Belgique, en 2014, 29 % de la population est considérée comme étant en surcharge pondérale et 16 % comme étant obèse. A l'inverse, 3,7 % de la population possède une carence pondérale.

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 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 diminue.

De tels résultats peuvent s'expliquer par différents éléments :

- les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur possèdent une meilleure connaissance des risques liés à l'obésité et des habitudes alimentaires saines ; elles sont donc moins touchées par ce problème ;
- le niveau d'éducation des parents influence les habitudes familiales (habitudes alimentaires et nutrition, niveau d'activité physique, présence de la télévision), celles-ci ayant un impact sur l'état nutritionnel des enfants et de la famille ;
- 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 étant 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 ;
- d'un point de vue économique, les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur ont davantage de moyens financiers pour acheter des aliments sains, tels que des fruits et des légumes ;
- les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur sont moins nombreuses à avoir des loisirs physiquement actifs.

C'est donc en influençant conjointement les apports alimentaires et le niveau d'activité physique que le niveau d'éducation se voit relié à la proportion de surpoids et d'obésité dans la population.

Les facteurs environnementaux et le style de vie sont aussi 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. 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 a tendance 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 adulte.

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 de construire et faire vivre un Plan Wallon Alimentation et Activité Physique ambitieux, mobilisateur et inclusif. Il devra mobiliser largement la société pour soutenir des transitions de mode vie favorables à la santé et contrer les effets d'un environnement qui lui est défavorable.

3. LES ARGUMENTS QUI FONDENT LA VISION

Afin de bien communiquer sur les enjeux et les ambitions d'un plan innovant par sa vision, ses objectifs et ses stratégies, la traduction d'une volonté politique et d'un horizon pour la santé dans toutes les politiques (Health in All Policies) est présentée au moyen d'une série d'arguments. Ces arguments constituent la colonne vertébrale du plan qui en fixe les enjeux sociétaux et les valeurs.

UNE VISION POLITIQUE ANNONCÉE ET NÉGOCIÉE

Les maladies de civilisation et les maladies chroniques ont un coût pour la société et pour la Région. Ce coût s'exprime en terme de soins, de prévention, de protection de la qualité de vie, mais aussi en terme de performance économique pour les entreprises.

Un rapport de l'OCDE¹ (2010) 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. Les conclusions de ce rapport indiquent de plus que toutes les stratégies répertoriées pour faire face à ce problème (promotion et éducation pour la santé ; mesures réglementaires et financières ; conseil en soins primaires) sont efficaces. « 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. (p. 21)» Le conseil en soin primaire est le plus efficace mais aussi le plus couteux. « 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 (p.21) ». Selon ce rapport, les interventions isolées ont impact limité. Il est préférable d'opter pour des approches globales portées par des « multi-partie-prenantes »

Dans sa déclaration de politique régionale 2014-2019, la Région Wallonne se donne divers objectifs en matière de santé. Elle met notamment en évidence le fait que, pour permettre à tous de vivre en bonne santé, il faut d'abord agir sur de multiples déterminants de notre santé, dont l'alimentation et l'exercice physique. Pour ce faire, le Gouvernement exprime sa volonté de :

- « favoriser l'émergence de réseaux de promotion de la santé afin de disposer d'information sur les initiatives prises localement et d'assurer une plus grande cohérence et une meilleure couverture du territoire
- assurer la complémentarité et la cohérence des politiques et dispositifs de promotion de la santé notamment entre les compétences régionales et communautaires ».

Le protocole d'accord sur la prévention des maladies chroniques des entités fédérées du 21 mars 2016 porte l'ambition des différentes autorités à la fois de réaliser des gains de santé au niveau de la population par une politique préventive efficace et de mener une politique efficiente de santé curative individuelles. Les ministres s'engagent, pour rencontrer les principes de l'OMS de « la santé dans toutes les politiques », à négocier avec leurs collègues au sein de leurs gouvernements respectifs les mesures évidentes collatérales qui doivent être prises dans d'autres domaines de la politique.

¹ <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/l-obesite-et-l-economie-de-la-prevention-9789264084889-fr.htm>

« L'harmonisation des politiques tiendra compte des préoccupations suivantes : la continuité des soins (prévention, détection et intervention précoces, soins et traitement), la promotion de la participation de tous les groupes de population aux programmes de prévention, la réduction des inégalités de santé, une politique basée sur un universalisme proportionnel. Cela signifie que la politique est destinée à tous les citoyens mais les ressources sont déployées avec une intensité variable dans les sous-groupes selon le niveau socio-économique ou l'état de santé. »

UNE CONCEPTION ÉLARGIE DE L'ALIMENTATION ET DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE.

Cette note se dote de définitions de l'alimentation et de l'activité physique. Ces définitions servent de point de référence tout au long de cette note. Elles annoncent aussi 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) (Alimi, Desjeux et Garabuau-Moussaoui, 2009).

❖ *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. » (Helman, 2007, p. 52).

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 plus faible possible en contaminants divers. 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'alimentation recouvre l'ensemble des actes alimentaires concernant la production, la vente, la préparation, les rites de consommation de la nourriture solide et de boissons. L'alcool, pour les consommations non problématiques (alcoolisme, sécurité routière, protection de la maternité) constitue un aliment.

❖ *Activité physique et mouvement*

L'activité physique inclut des formes multiples de mouvement 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.

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 (2010), 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.

La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible en position assise ou allongée comme le temps passé en voiture, devant les écrans, ... La sédentarité (ou comportement sédentaire) est donc définie et considérée distinctement de l'inactivité physique, avec ses effets propres sur la santé.

L'activité physique comprend à la fois les modes de déplacements actifs, les loisirs actifs, l'activité physique quotidienne et le sport. Tout comme l'alimentation, l'activité physique est pensée dans ses dimensions biologiques et sociales.

La politique concertée définit l'alimentation et l'activité physique comme étant liées pour garantir la qualité de vie et diminuer la prévalence de maladies chroniques et non transmissibles. Les définitions larges, sociétales et collectives de l'alimentation et de l'activité physique impliquent une attention aux modes de vie.

DES INÉGALITÉS SOCIALES CROISSANTES DANS UN CONTEXTE DE MODES DE VIE ET DE SOCIÉTÉS EN TRANSITION

Le plan ambitionne de protéger la santé et le bien-être des wallon-ne-s dans un contexte de transition des modes de vie.

La transition alimentaire désigne la transformation d'un environnement social en environnement obésogène. Par transition, nous désignons l'ensemble des transformations sociales, sur le temps long de l'histoire et au sens le plus large, qui ont un impact sur l'alimentation et l'activité physique. Cette transition est caractérisée 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... Dans le contexte des sociétés en transition, 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.

L'accroissement des inégalités sociales de santé est un effet fondamental de cette transition.

Le paysage des maladies non transmissibles et chroniques est fragmenté par les inégalités sociales de santé. Les données épidémiologiques montrent clairement que les populations wallonnes (au sens statistique) dont le statut social est le plus bas sont plus fréquemment touchées par les maladies non transmissibles et chroniques. 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 des inégalités sociales de santé manifeste les rapports de hiérarchisation sociales dépendant des rapports sociaux de sexe, de l'accès à une offre alimentaire équilibrée et de qualité, de la possibilité d'adopter un mode vie actifs, de l'accès au sport, de l'aménagement du territoire, de l'exclusion, ...

Le plan est attentif aux enjeux éthiques de la promotion et de la prévention, et plus particulièrement à ne pas accroître les inégalités sociales de santé.

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 précarisées.

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 réappropriier le quartier ou la ville, qui soutiennent l'organisation de potager 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 pour le plus grand nombre, via la distribution des invendus alimentaires, un soutien accordé aux épiceries sociales via agréments et subventions et le développement de plateformes d'achats solidaire.

La politique wallonne concertée à partir de l'alimentation et de l'activité physique initie un projet de société qui vise une transformation culturelle et démocratique des rapports individuel et collectifs à l'alimentation et l'activité physique.

Les experts en santé publique sont maintenant d'accord sur le fait qu'une véritable politique de santé qui vise des changements tant structureux qu'infrastructuraux et un réel impact sur l'ensemble de la population, doit se dérouler sur une période d'au moins 15 ans. En deçà de cette temporalité, la politique ne se donne pas les moyens d'un impact en profondeur et durable de la société wallonne dans ses rapports à l'alimentation et l'activité physique.

C'est pourquoi la politique wallonne concertée est conçue comme une dynamique continue et cyclique qui a comme finalité, une modification du paysage des maladies chroniques et l'augmentation de la qualité de vie des wallon-ne-s quant au déterminant de l'alimentation et de l'activité physique par des modifications structurelles et durables favorisant l'adoption de modes vie favorable à la santé. Les mesures qui la constituent ne sont pas fixées une fois pour toutes ; elles seront progressives et cumulatives. Dans le cadre d'une dynamique à long terme et incrémentale, les mesures prises seront revues, affinées complétées tous les deux ans, cela dans un objectif d'amélioration du processus. La politique alimentation et activité physique qui sera mise en œuvre s'étalera sur une période de 10 à 15 ans.

Le plan articule les mesures sur les déterminants de l'alimentation et de l'activité physique et les objectifs pour soutenir l'innovation sociale à des fins de santé.

Les mesures sur les déterminants de santé visent à promouvoir une alimentation de qualité et une activité physique suffisante pour la population wallonne, principalement par des transformations des cadres de vie et par la promotion des recommandations internationales sur les comportements de santé. Les objectifs pour soutenir l'innovation sociale instituent des cycles de négociations, d'expertise, de construction et de participations citoyennes. L'émergence et le soutien à l'innovation sociale en matière d'alimentation et d'activité physique constitue une des originalités de ce plan.

LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES

Une politique concertée sur l'obésité, les maladies non transmissibles et les maladies de civilisation de transition socio-culturelle, liées à l'alimentation, au manque d'activité physique, aux modes de vie sédentaires, au vieillissement de la population et aux inégalités sociales.

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 de la population par une plus grande diversité de déterminants comme la cohésion sociale, les relations inter-culturelles, la diminution des pollutions, ... Cette prise en compte amène à prendre en compte les cultures de l'alimentation, dont les rites de commensalité, et de l'activité physique.

le plan s'appuiera donc 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, ...

La politique concertée sur l'alimentation et l'activité physique favorise le continuum entre la promotion de la santé, la prévention, le soin et la prise en charge.

Cette articulation inclut la réduction de l'obésité dans la politique qui ne fait pas, comme en France par exemple, l'objet d'un plan spécifique.

Par ailleurs le spectre des maladies chroniques et non transmissibles liées à l'alimentation et/ou l'activité physique est large, incluant certaines troubles tels que les troubles du sommeil, le stress. 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.

EN SYNTHÈSE, LES POINTS FORTS DU PLAN

Pas de mesures à court terme, pas de mesures qui portent en germe le manque d'équité, des mesures qui utilisent les leviers présents dans d'autres politiques de la FWB et de la Wallonie pour influencer l'activité physique et l'alimentation.(cf annexe analyse des autres plans de la Wallonie), des mesures « santé » et « promotion de la santé » qui s'inscriront en synergie avec celles prises par d'autres niveaux de pouvoirs.(cf projet-pilotes « soins intégrés pour les malades chroniques »)

4. LA STRUCTURE DES OBJECTIFS ET DES STRATÉGIES DU PLAN

QUATRE NIVEAUX D'OBJECTIFS ET D'INDICATEURS

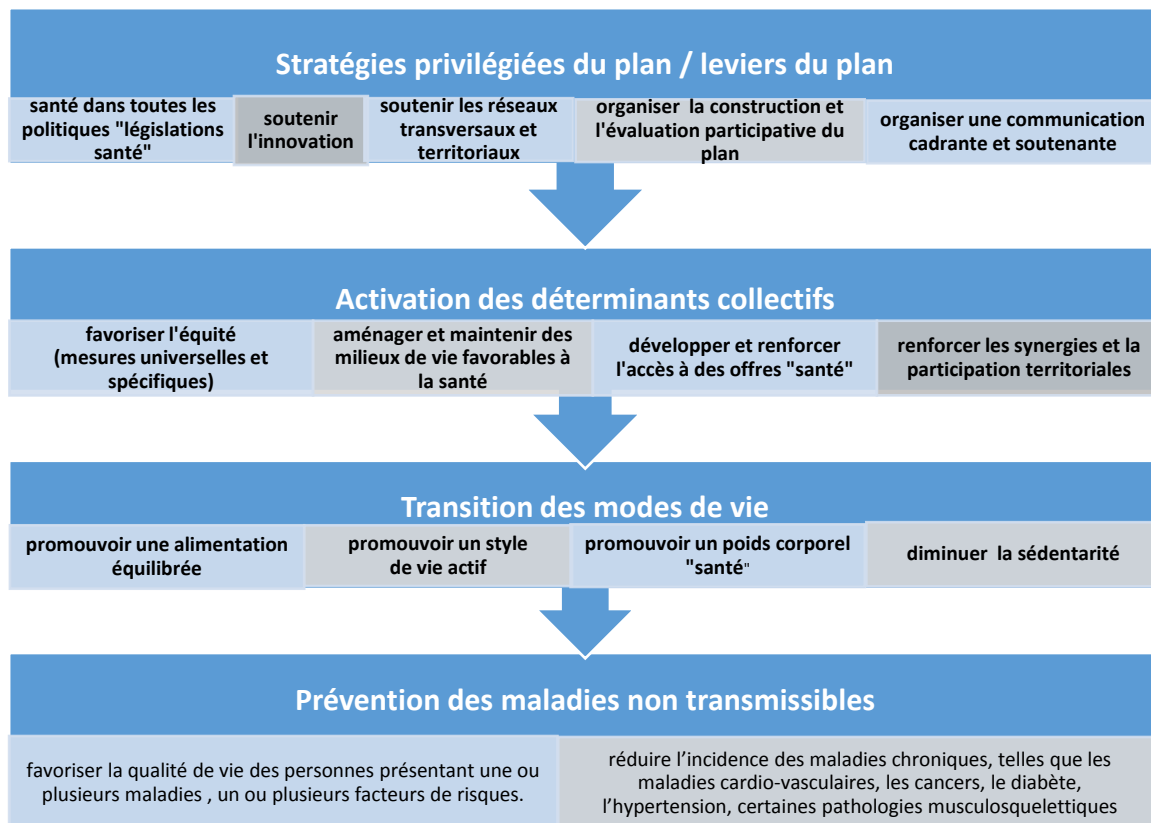
Les objectifs généraux peuvent se classer en quatre catégories distinctes. Tout d'abord, des objectifs centrés sur les bénéficiaires en terme de santé de la population wallonne (maintien d'un état de santé optimal pour les personnes tout venant, qualité de vie pour les malades chroniques et les patients présentant déjà certains facteurs de risque), une deuxième catégorie porte sur l'adoption de comportements, de modes de vie qui favorisent le maintien d'un bon état de santé et/ou la qualité de vie, des objectifs structurels de la troisième catégorie portent sur les déterminants collectifs des milieux de vie et modes de vie, et enfin des objectifs stratégiques qui représentent les leviers activés par le plan.

Ces objectifs généraux seront décomposés en objectifs opérationnels et se traduiront en actions qui seront ciblées vers certains groupes identifiés, adaptés à différents cadres de vie, adaptés à différents territoires ou différents secteurs en lien avec l'alimentation et l'activité physique.

Dans un premier temps, cette déclinaison sera produite à partir des objectifs et indicateurs dégagés lors des nombreuses concertations menées par le projet Cap Cœur. Ces groupes de travail intersectoriels, rassemblant opérateurs, experts, acteurs administratifs et institutionnels, représentant des associations de patients ou d'acteurs de la précarité devront sélectionner, parmi les nombreuses suggestions, celles qui s'avèrent encore pertinentes 5 ans après ce travail et qui sont potentiellement les plus efficaces ; ils devront éventuellement les actualiser. Ceci devrait mener à une première série de mesures pour le développement de la politique de la Wallonie et de la FWB en 2017-2018. Ces groupes de travail seront structurés au plus proche des milieux de vie et publics cibles sélectionnés par Cap Cœur : petite enfance (famille et milieu d'accueil), enseignement primaire et activités extra scolaires, enseignement secondaire et activités extrascolaires, enseignement supérieur, monde du travail, seniors à domicile et en résidence, interactions avec les soignants de première ligne, politiques locales, populations précarisées.

Dans un second temps, on utilisera le fruit de la collecte des initiatives de promotion de l'alimentation et de l'activité physique développées au niveau local, l'apport des échanges et des mutualisations de pratiques dans les réseaux et les forums hybrides territoriaux pour générer des pistes pour l'adaptation des politiques actuelles et le développement des politiques futures. Les plateformes permanentes des relais territoriaux, celles rassemblant les acteurs de l'offre alimentaire et de l'offre d'activité physique permettront aussi de pointer des freins et des leviers qui pourront être soumis alors des forums hybrides.

Des indicateurs devront être formulés pour chacun de ces niveaux d'objectifs. Les indicateurs sur l'état de santé et les prévalences des maladies non transmissibles sont disponibles mais ne devraient bouger que très lentement. Les indicateurs sur l'évolution des modes de consommation et modes de vie devraient être possibles à recueillir via les enquêtes périodiques des instituts scientifiques et observatoires (ISP, IWEPS, OWS, OEJAJ, BDMS). Le comité de pilotage et les experts devront cependant se mettre d'accord sur les indicateurs utiles à suivre l'évolution des éléments structurels notamment dans les milieux de vie et le suivi de l'implantation du plan (bilan des réalisations)



Voici quelques exemples d'objectifs principaux du plan :

Objectifs santé/prévention des MNT:

- réduire l'incidence des maladies chroniques, telles que les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, l'hypertension, certaines pathologies musculosquelettiques comme l'ostéoporose ou la sarcopénie.
- stabiliser et puis réduire le nombre de personnes souffrant d'obésité et de surpoids, avec un focus particulier chez les enfants
- réduire la prévalence de la dénutrition, notamment des personnes âgées

Objectifs « modes de vie » :

- Augmenter l'activité physique régulière des adultes et des enfants
- Réduire la sédentarité des adultes et des enfants
- Augmenter la consommation de fruits et de légumes et, de préférence, de saison et issus de productions locales
- Réduire la consommation d'alcool et favoriser la consommation d'eau

Objectifs d'action sur des déterminants collectifs

- Promouvoir activement une alimentation de bonne qualité nutritionnelle dans les différents cadres de vie, notamment lorsqu'il y a une restauration collective
- Promouvoir activement une alimentation de bonne qualité nutritionnelle et accessible par tous dans les différents cadres de vie, notamment lorsqu'il y a une restauration collective
- Adapter l'aménagement des lieux d'accueil de la petite enfance, des écoles, des lieux de travail et des maisons de repos afin de diminuer la sédentarité et engendrer une activité physique régulière chez les différents publics concernés
- Développer des offres de santé de qualité, accessibles par tous (financièrement, géographiquement, culturellement, etc.), et respectant les besoins spécifiques de chacun
- Promouvoir l'accès pour tous à des espaces verts, des infrastructures routières et autres lieux publics conçus pour répondre aux besoins en matière d'activité physique

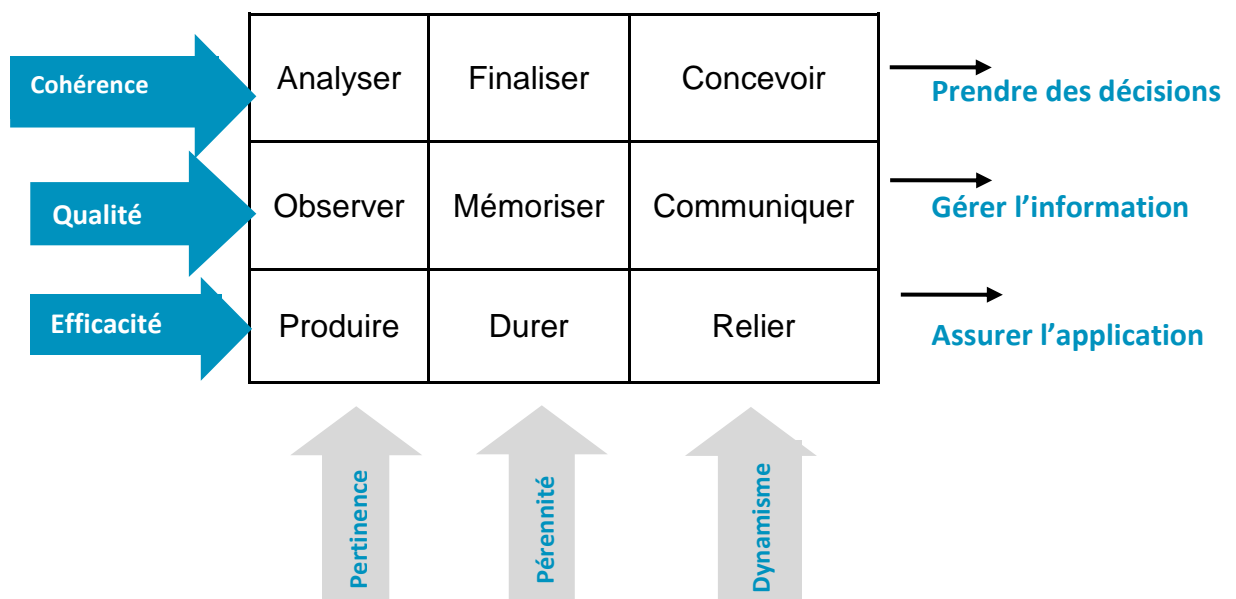
Objectifs stratégiques

- Réaliser un travail législatif intersectoriel envisageant la santé dans toutes ses dimensions et incluant des propositions innovantes
- Développer des offres de santé et de soutien social de proximité via des réseaux transversaux et territoriaux (circuits courts et alimentation durable, par exemple)
- Organiser des enquêtes participatives sur les modes de consommation alimentaire et les modes de vie afin de construire et évaluer le plan en impliquant les bénéficiaires eux-mêmes
- Communiquer de façon claire et précise sur le plan et par le plan (recommandations en matière d'alimentation et activité physique, rôle des différents professionnels de la santé reconnus comme tels, initiatives portées par différents acteurs correspondant à la vision du plan, etc.)

DES FONCTIONS CLAIREMENT IDENTIFIÉES POUR ASSURER LE PILOTAGE ET LA RÉGULATION DU PLAN

La qualité de la gestion du plan déterminera directement l'efficacité de celui-ci et sa mise en place sur le long terme. Il faudra lister dès le départ les moyens budgétaires et ressources humaines nécessaires à sa réalisation mais aussi repérer les politiques et initiatives connexes sur lesquelles le plan peut s'appuyer afin de créer une synergie de moyens.

Le pilotage et les mécanismes de gestion/régulation du plan doivent être réfléchis et s'installer dès le début de sa conception. Une attention privilégiée à la dynamique même du plan lui permettra de s'inscrire dans la durée et d'être en évolution constante. Pour développer le pilotage et la régulation du plan, nous utilisons neuf fonctions, inspirées du modèle inforgétique de Le Moigne.



L'intégration de ces neuf fonctions dans le système de gestion du plan le dotent d'un système de décisions pour les réorientations cycliques, d'un système de gestion des informations et d'un système d'opérationnalisation. L'exercice de ces neuf fonctions est favorable à la mise œuvre, à la durabilité et à l'efficacité du plan. Ces neuf fonctions représentent aussi des critères pour une évaluation de la gestion du plan. A ces fonctions peuvent être rattachés des acteurs et des outils privilégiés. Les éléments du tableau ci-dessous en fournissent quelques exemples.

Fonctions du pilotage et de régulation du plan selon le modèle inforégétique de Le Moigne		Acteurs	Outils
OBSERVER	Le plan se dote d'outils pour observer les initiatives et réalisations en matière d'alimentation et d'activité physique ainsi que la mise en place et le développement de ses propres stratégies	Comité de pilotage Equipe technique rapprochée/AViQ et relais territoriaux	Repérage et représentation cartographique des initiatives en faveur d'une alimentation équilibrée et d'une promotion de l'activité physique
ANALYSER	Le plan dispose d'un organe de régulation des objectifs en fonction de son avancement Le plan se dote d'un ensemble de critères et d'indicateurs sur son développement	Groupe d'experts Groupes de travail temporaires	Données issues de la cartographie Données socio-sanitaires Indicateurs de réalisation
COMMUNIQUER	Le plan est soutenu par une campagne de communication sur l'existence du plan lui-même	Comité de pilotage Equipe technique rapprochée/AViQ	Site web, y compris un accès public à la cartographie
CRÉER	Le plan est capable de réorienter ou de mettre en place de nouvelles actions de manière périodique, en fonction de son développement	Forums hybrides territoriaux des alliés du Plan Plateformes permanentes Groupe d'experts	Méthode de construction participative (Cap Coeur, groupes de travail temporaires, Forums hybrides récurrents)
MÉMORISER	Le plan garde ses archives (prises de décision, évolution)	Equipe technique rapprochée/AViQ	
RELIER	Le Plan met en lien l'existant. Il favorise une synergie intersectorielle des politiques, plans, programmes et actions existants directement dédiés à l'alimentation et à l'activité physique, mais aussi ayant des effets indirects par une action sur les déterminants collectifs de la santé.	Comité de pilotage interministériel Forums hybride territoriaux des alliés du Plan Plateformes permanentes	Méthode de construction participative à partir de la Cap Coeur
PRODUIRE	Le Plan met en place et maintient des mesures législatives, des soutiens aux opérateurs, des soutiens aux réseaux locaux intersectoriels, des incitants à l'innovation, des mesures d'universalité proportionnelle.	Opérateurs divers Comité de pilotage intersectoriel Relais locaux	Relevé et actualisation permanente des initiatives couplées à l'utilisation des méthodes d'évaluation d'impact santé.
DURER	Le plan institue des modes de gestion, un dispositif d'évaluation et de communication, groupes d'alliés et d'experts, qui permettent au plan d'être actif pendant 10 ans	Equipe technique rapprochée/AViQ Comité de pilotage	Organisation récurrente des forums hybrides territoriaux Cycle de révision des objectifs
FINALISER	Le plan vise une meilleure santé des wallons et des wallonnes	Comité de pilotage	Engagements politiques

5. LES ACTEURS QUI PRÉPARENT, PILOTENT, GÈRENT, **ET ANIMENT et SOUTIENNENT LA POLITIQUE**

Equipe de coordination de l'APES-ULg

Cette équipe a essentiellement pour fonction d'assurer un soutien scientifique et méthodologique à la conception du plan et à la mise en place des mécanismes d'expertise, de planification, de gestion et de participation nécessaires à en assurer la pertinence, la durabilité, l'efficacité.

Au cours des trois premières années, l'APES-ULg prend en charge la coordination de l'organisation des groupes de travail, des rencontres d'experts, des forums hybrides.

L'APES-ULg travaille pour ce faire en étroite collaboration avec le comité de pilotage, l'AViQ et toute autre administration ou OIP impliqués dans le plan ainsi qu'avec l'équipe technique et scientifique rapprochée.

Equipe technique et scientifique rapprochée

Cette équipe est composée des services communautaires de promotion de la santé et de tout autre organisme (éventuellement issu d'autres secteurs) qui pourrait dégager des ressources afin de soutenir les actions régionales nécessaires à assurer les fonctions d'observation, d'analyse/ d'évaluation, de communication, de concertation,

Il serait sans doute pertinent et efficace que les agents de l'AViQ et/ou d'autres administrations chargés du suivi du Plan ou de certaines de ces mesures fassent partie intégrante de cette équipe.

Cette équipe peut aussi fonctionner en sous-groupes de travail selon les fonctions du plan à assurer.

Comité de pilotage : décideurs, cabinets et administration(s)

Le pilotage du plan est confié à un comité de pilotage.

Le Comité pilotage du Plan devrait inclure le Ministre-Président dont dépend notamment la Cohésion sociale (Paul Magnette), le Ministre des travaux publics, de la santé, de l'action sociale et du patrimoine (Maxime Prévot), le Ministre de l'Economie, de l'industrie, de l'Innovation et du Numérique (Jean-Claude Marcourt), le Ministre de l'Agriculture, de la nature, de la Ruralité, du Tourisme et des infrastructures sportives et des Aéroports (René Collin), le Ministre de l'Environnement, de l'Aménagement du territoire, de la Mobilité et des Transports, et du Bien-être animal (Carlo Di Antonio).

Le Comité de pilotage est ouvert à la Fédération Wallonie Bruxelles : la Ministre de l'Education (MM. Schyns), la Ministre de la Culture et de l'enfance et Vice-présidente du gouvernement de la FWB (Alda Gréoli), le Ministre de l'Enseignement supérieur, des Médias et de la Recherche scientifique (Jean-Claude Marcourt), le Ministre de l'Aide à la jeunesse, des Maisons de justice, des Sports et de la Promotion de Bruxelles (Rachid Madrane).

Les organismes tels que l'AViQ, l'ADEPS, l'Observatoire Wallon de la santé et l'ONE feront partie du comité de pilotage de même que les administrations référentes des compétences identifiées auprès des ministres cités ci-dessus.

Plate-formes permanentes : relais territoriaux, offre alimentation, offre activité physique

Grâce à ces plateformes, il s'agit d'un côté d'organiser les interactions du plan avec les dynamiques territoriales et de l'autre d'organiser la concertation avec les opérateurs du secteur marchand en matière d'offre alimentaire et d'offres pour la pratique de l'activité physique.

Des interactions devront être prévues avec le Conseil de stratégie et de prospective de l'AViQ, notamment pour l'intégration des dimensions qui concernent l'alimentation et l'activité physique dans le suivi des malades chroniques et dans les institutions d'accueil et de soins.

Groupes de travail temporaires : ces groupes seront organisés à l'automne 2016 pour actualiser et valider les propositions de la Cap Cœur: (Cf Point 4 P 10)

Forums hybride territoriaux des alliés du Walap : ces forums devraient être organisés une première fois durant le premier semestre 2017, sur base du recensement et de la représentation cartographique des initiatives locales. Ces forums hybrides auront ensuite lieu tous les deux ans pour une révision des objectifs, des stratégies, voire des modes de fonctionnement du plan.

Groupe d'experts : personnes identifiées pour leur expertise sur différentes facettes de la politique concertée et qui acceptent de faire partie du comité d'experts « officiels » du plan. Il est en effet important que le plan puisse afficher un comité d'experts, à consulter de façon préférentielle par des acteurs extérieurs et qui examineront les options prises par le plan sur d'un point de vue scientifique.

Ces personnes seront réunies toutes ensemble l'une ou l'autre fois, mais elles pourront aussi être sollicitées pour un avis ponctuel ou la participation à l'un ou l'autre groupe de travail pour formuler un consensus d'experts sur des points particuliers ou encore être appelées dans des groupes de travail avec d'autres opérateurs (voir ci-dessous).

Etant donné la prise en compte des Inégalités Sociales de Santé, le réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté, ainsi que d'autres associations représentant les personnes vivant dans la Pauvreté tiendront une place importante parmi les experts. Etant donné l'optique d'une santé de la prise en charge et de la prévention, une place sera donnée aux associations de patients représentées au sein de la LUSS.

6. LES TEMPORALITÉS : PRÉPARATION, LANCEMENT ET CYCLES DE LA POLITIQUE

Année 2016 Construction du plan	
Janvier- avril 2016	Travaux préparatoires par l'APES-ULg, en interaction avec le Cabinet du Ministre wallon de la santé : analyses des autres plans et politiques publiques potentiellement liées aux objectifs du Plan alimentation et activité physique, benchmarking, analyse des expertises et textes de cadrage internationaux, démarrage de la réflexion sur la communication et le repérage des initiatives
Avril-mai 2016	Préparation de la note d'orientation
Mai-Juin-Juillet 2016	Mise en place du comité de pilotage Préparation des groupes de travail sur la Cap Cœur Préparation du recensement dynamique et cartographique des initiatives Préparation de la stratégie de communication Mise en place des collaborations institutionnelles Constitution du groupe d'experts
Septembre-octobre 2016	Validation par les experts des recommandations à diffuser par le plan en matière d'alimentation et d'activité physique Réunion des groupes de travail temporaires Affinement des modes de gestion du plan Analyse et synthèse des propositions.
Novembre 2016	Lancement de la communication sur le plan Sélection et préparation des premières mesures du plan Préparation des collaborations avec des relais territoriaux
Décembre 2016	Lancement public du plan
Année 2017 : mise en place de dynamiques participatives pour l'enrichissement/la diversification du plan	
Premier trimestre	Lancement du recensement dynamique et cartographique des initiatives locales et préparation du site
	Mise en place des plateformes permanentes sur l'offre alimentaire et l'offre de soutien de l'activité physique
	Forums hybride territoriaux
	Enrichissement et réorientation des mesures des stratégies et des mesures sur base des discussions des forums
Cycles de deux ans à développer sur le long terme	
TOUS LES DEUX ANS	Soutenir des forums hybrides tous les deux ans pour une révision des objectifs, des stratégies, voire des modes de fonctionnement du plan
	Evaluation et réorientation des mesures sur base des discussions des forums

7. BIBLIOGRAPHIE ET DOCUMENTS DE RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIE

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

Drieskens, S. (2013). La pratique d'activités physiques. Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance. Bruxelles, Institut Scientifique de la Santé Publique 82.

Gouvernement Wallon (2014). Déclaration de Politique Régionale 2014-2019 : Oser, innover, rassembler: 121.

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

Institut scientifique de la Santé Publique (2013). Enquête de santé 2013 Rapport 2 : comportements de santé et de style de vie. D. O. S. p. e. surveillance. Bruxelles: 35.

Organisation de coopération et de développement économiques (2010). L'obésité et l'économie de la prévention. Paris, OECD Publishing,.

Organisation Mondiale de la Santé (2013). Global Action Plan for the prévention and control of non communicable diseases 2013-2020. Genève: 55.

Organisation Mondiale de la Santé (2014). Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020. Comité Régional de l'Europe, soixante-quatrième session. Copenhague (Danemark): 27.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCES

Autres politiques touchant à l'alimentation et à l'activité physique pour la population wallonne

Cuypers, K., Lebacqz, T., & Bel, S. (2016). Introduction et méthodologie. (PHS Report 2016-008). Bruxelles: Institut Scientifique de la Santé Publique ISP. En ligne : https://fcs.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20documenten/FRANS/Rapport%201_FR.+pdf.pdf

Drieskens, S. (2013). La pratique d'activités physiques. (PHS Report 2014-48). Bruxelles: Institut Scientifique de la Santé Publique

Conseil Wallon de l'Environnement pour le Développement Durable (2014). Plan régional de la mobilité durable (PRMD). En ligne : <http://www.cwedd.be/uploads/Autres%20Avis/Avis%20non%20sollicites%20par%20le%20GW/14.AV.1527%20PRMD.pdf>.

Gouvernement de Wallonie (2015). *Plan de lutte contre la pauvreté 2015-2019*. En ligne: <http://gouvernement.wallonie.be/sites/default/files/nodes/file/8096-planwallondeluttecontrelapauvrete.pdf?q=sites/default/files/nodes/story/7852-planwallondeluttecontrelapauvrete.pdf>.

Gouvernement Wallon. (2014). *Déclaration de Politique Régionale 2014-2019 : Oser, innover, rassembler*. En ligne:

<http://gouvernement.wallonie.be/sites/default/files/nodes/story/6371-dpr2014-2019.pdf>

Gouvernement Wallon, & Communauté Européenne. (2015). *Programme Wallon Développement Rural 2017-2013*. 447p.

Institut scientifique de la Santé Publique. (2013). *Enquête de santé 2013 Rapport 2 : comportements de santé et de style de vie*. (PHS Report 2014-50). Bruxelles.

Ministère de l'Agriculture. (2013). *Plan Stratégique pour le développement de l'agriculture biologique à l'horizon 2020*. En ligne :

http://agriculture.wallonie.be/apps/spip_wolwin/IMG/pdf/plan_bio_final_juin_2013.pdf

CESW services publics et pauvreté (2016). *Avis relatif au Rapport 2014-2015 du service de lutte contre la pauvreté intitulé « Service publique et pauvreté, contribution au débat et à l'action politique »*.

Sonocom – OWS – Pouvoirs locaux et Inégalités sociales de santé. (2012). *Pouvoirs locaux et inégalités sociales de santé. Des responsables locaux vous en parlent. Rapport de recherche Sonocom, pour l'Observatoire wallon de la Santé*. SPW Ed.

SPF Santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement (2016). *Protocole d'accord du 21 mars 2016 en matière de prévention relatif au "Maladies chroniques"*.

Stercq, C. (2005). *Plan d'alphabétisation : garantir le droit à une alphabétisation de qualité pour tous*. Bruxelles: Communauté Française de Belgique. En ligne :

http://publications.alphabetisation.be/images/documents/leectefr/droit_alpha_qualite.pdf.

Velge, I. M. (2014). *Code Wallon de l'agriculture*. En ligne :

<http://agriculture.wallonie.be/BG/CodeWallonAgricultureVersionMoniteur.pdf>.

Wallon, G. (2013). *Schéma de développement de l'Espace régional (SDER)*. SPW Eds. En ligne : http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/publications/sder_complet.pdf

Ministère de la Région Wallonne (2012). *Plan Marshall 2022 : le coeur de l'audace pour doper l'économie et l'emploi*. En ligne :

<http://gouvernement.wallonie.be/sites/default/files/nodes/story/5513-pm2022coeurgjv14.pdf>

Fédération Wallonie-Bruxelles (2015). *Etude Nutrinet- Santé. Cohorte d'internautes francophones européens pour l'étude des relations nutrition-santé, des comportements alimentaires et de leurs déterminants*. En ligne : www.etude-nutrinet-sante.be.

Expertises étrangères

Anses. (2016). Actualisation des repères du PNNS, révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. En ligne:

<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

Le Bodo, Y., Blouin, C., Dumas, N., De WaLs, P., & Laguë, J. (2016). Comment faire mieux ? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité. Canada: Presses de l'Université de Laval. En ligne :

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2121_comment_faire_mieux.pdf

Institut national de santé publique Québec. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Canada.

Inserm. (2014). Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. En ligne: <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>.

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2008). *Programme national alimentation et activité physique 2008 – 2012*. Suisse.

Textes de cadrage internationaux (Normes)

Organisation de coopération et de développement économiques. (2010). L'obésité et l'économie de la prévention. Paris: OECD Publishing. En ligne:

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264084889-fr>.

Organisation Mondiale de la Santé. (2013). Global Action Plan for the prévention and control of non communicable diseases 2013-2020. Genève En ligne:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf.

Organisation mondiale de la Santé. (2013). Santé 2020. Un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. Copenhague.

Organisation Mondiale de la Santé. (2014). Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020. Copenhague (Danemark) En ligne:

<http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/governance>.

Organisation mondiale de la santé. (2014). Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 Atteindre les neuf cibles mondiales : une responsabilité partagée.

En ligne:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149294/1/WHO_NMH_NVI_15.1_fre.pdf?ua=1.

Organisation mondiale de la Santé. (2015). European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020.

Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Europe (2015). La Déclaration de Minsk. Copenhague En ligne:

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/289963/The-Minsk-Declaration-fr.pdf?ua=1

The european food information council. Food-Based Dietary Guidelines in Europe.