



APES-ULG

Appui en Promotion en Education pour la Santé

Quartier Hôpital B23
Avenue Hippocrate 13
4000 Liège
BELGIQUE

apes@ulg.ac.be
www.apes.be
T. +32 4.366.28.97
F. +32.4.366.29.89

Wallonie PPPSanté Horizon 2030
Promotion d'une alimentation équilibrée et durable,
du mouvement et d'une activité physique régulière

Synthèse des pistes **et objectifs issus** **des groupes d'impulsion**

Document de travail – 21 mars 2017

SOMMAIRE

Introduction	3
Transversalités	8
Liste des objectifs spécifiques (impulsion /moyen et long terme) issus des travaux des groupes d'impulsion	13
G1: « Personnes handicapées dans leurs milieux de vie »	20
G2 : « Personnes âgées en MR-MRS »	27
G3: « Personnes âgées hors institution »	34
G4: « Patients concernés par les maladies chroniques »	42
G5: « Enseignement maternel, primaire et secondaire »	49
G6: « Enseignement supérieur »	57
G7 : « Petite enfance »	62
G8: « Approche des modes de vie par les médias »	68
G9 : « Mode de vie au travail »	75
G10 : « Acteurs de quartier »	79
G11 : « Personnes détenues »	84
G12 : « Aménagement des espaces publics »	90
Stratégie de marketing/communication sur le plan	98
Développer et alimenter une cartographie dynamique	100

Annexe 1 – Note d'avis du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté

Annexe 2 – Liste des participants aux groupes d'impulsion

Introduction

Vision

Le Plan de prévention et de promotion de la santé «**Wallonie PPPSanté Horizon 2030** » a pour ambition de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population wallonne grâce à un dispositif solide et durable. Il importe donc d'impulser une dynamique wallonne pérenne autour des enjeux de la santé, et cela dès les travaux préparatoires du plan.

Il est donc proposé de construire, puis d'adopter, 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 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.

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. Il s'agit donc d'identifier les leviers qui exerceront une influence sur ces déterminants de la santé. 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.

L'axe « alimentation et activité physique » du PPP Santé 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**

Principes de la planification

Dans cette optique, trois grands principes ont guidé la démarche de l'APES pour définir les objectifs, stratégies et actions de l'axe alimentation et activité physique

1. S'inscrire dans la logique de « santé dans toutes les politiques » et favoriser l'intersectorialité

- D'une part, le plan doit être pensé en lien avec les autres instruments politiques exerçant une influence sur l'alimentation et l'activité physique. Ainsi il doit s'inscrire dans un faisceau de **politiques publiques** engageant d'autres compétences que la santé et émanant des différentes entités (notamment : agriculture, développement durable, mobilité, développement rural, lutte contre la pauvreté, urbanisme, éducation, petite enfance);
- D'autre part, il s'agit d'encourager l'**intégration intersectorielle** et les **pratiques inclusives** à l'échelon local et supra-local.

2. Penser la mobilisation, la communication et le plaidoyer, en s'appuyant sur un processus de construction participatif et itératif, dès le début de la préparation du plan

Cette dynamique doit être soutenue par une **stratégie globale de communication sur le Plan**, c'est-à-dire une communication sur la vision défendue par le plan ainsi que sur les processus démocratique de concertation et de mobilisation du plan.

3. Penser la continuité de la gestion du plan, dans une perspective à long terme

Pour ce faire, plusieurs dispositifs devraient être mis en place :

- Une **phase d'impulsion** pour lancer la dynamique en impliquant une diversité d'acteurs;
- Un **Comité de pilotage interministériel** pour réguler le plan;
- Des rencontres territoriales, sous la forme de **forums hybrides** (« espaces composites associant savants, experts, professionnels de la politique, citoyens, etc. autour de controverses sociotechniques »), pour soutenir la mobilisation des acteurs à long terme;
- Des **plateformes de l'offre** alimentaire et d'activité physique, pour associer les acteurs économiques;
- Une **cartographie**, comme outil d'animation, de gestion et d'évaluation du Plan.

Ce document présente une première proposition illustrant les résultats de la phase d'impulsion et se veut être un **outil de soutien à la décision politique**. Il constitue un reflet synthétique de la production des acteurs impliqués dans la phase d'impulsion, enrichi si nécessaire de références, commentaires et analyses formulés par l'équipe de l'APES.

Méthodologie de la phase d'impulsion

Pour rappel, la phase d'impulsion avait pour but de lancer la dynamique du plan par une mobilisation de différents acteurs, répartis en 12 groupes d'impulsion, définis par publics-cibles et/ou milieu de vie, autour de la définition d'une première série d'objectifs en matière d'une alimentation équilibrée et durable, d'une activité physique régulière et de lutte contre la sédentarité.

Au total, 160 personnes représentant une diversité d'acteurs et de secteurs d'activités (annexe 2) ont ainsi été mobilisées dans le cadre d'une procédure de consultation organisée en deux phases. Dans un premier temps, l'APES s'est appuyée sur une analyse des travaux de 2009 du projet « CAP CŒUR », de différents plans nationaux et internationaux existants pour construire une enquête préalable envoyée par mail. Dans un deuxième temps, une réunion a été organisée pour chacun des groupes autour des résultats de cette enquête (12 réunions entre le 17/11 et le 17/1/2017). Des comptes rendus exhaustifs de ces rencontres ont été réalisés et approuvés par les référents des groupes.

La procédure de consultation a abouti à la définition d'une première série de **48 objectifs**. Ceux-ci sont présentés ci-dessous groupe par groupe et répartis en;

- Objectifs spécifiques d'impulsion l'intérêt de leur implémentation et leurs modalités d'application (les acteurs, les critères de qualité, les pistes d'action, et le cas échéant, les indicateurs et les éléments relatifs au financement);
- Principes d'action;
- Objectifs opérationnels ou pistes d'action;
- Objectifs spécifiques sur le moyen et long terme.

Les objectifs d'impulsion font l'objet d'une description plus détaillée; intérêt de leur implémentation, modalités d'application (acteurs, critères, de qualité) et le cas échéant sont déclinés en quelques objectifs opérationnels.

Les objectifs spécifiques sont ceux qui sont les plus conformes aux points de consensus des participants de chacun des groupes. Chaque groupe débute par une contextualisation de la problématique et se termine par une bibliographie.

La présentation de ces fiches groupe par groupe est précédée d'une analyse des **transversalités**. Les stratégies rencontrant les préoccupations prioritaires et convergentes issues des différents groupes. Une liste des différents plans d'actions en lien avec les thématiques figure également dans ce document. Au vu de l'attention portée à la prise en compte des inégalités sociales de santé, la note d'avis rédigée par le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté à l'issue des groupes est également annexée à ce document (annexe 1).

Afin d'assurer la dynamique du plan, deux fiches supplémentaires accompagnent celles résultant des groupes : l'une concernant la communication liée au plan et l'autre portant sur la **cartographie** des initiatives liées à l'alimentation et à l'activité physique. Des éléments relatifs aux **plateformes permanentes** de l'offre et aux **forums hybrides** sont aussi avancés.

Perspectives

Ce travail de consultation devra être poursuivi et approfondi, suite aux décisions prises par les autorités concernant les thématiques prioritaires de l'axe activité physique/alimentation. Il s'agira notamment de décomposer les objectifs spécifiques en objectifs opérationnels et de les traduire en actions qui seront ciblées vers certains groupes identifiés, adaptés à différents cadres de vie, à différents territoires ou différents secteurs en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Nous nous attèlerons également à définir des critères et indicateurs de mesure de l'efficacité des objectifs retenus. La consultation d'acteurs devra se poursuivre pour définir les conditions d'application de ces objectifs opérationnels. Elle devra aussi être organisée autour des thématiques complémentaires telles que l'innovation, les clubs sportifs et les hôpitaux, et il conviendra d'évaluer la mise en place des plateformes et forums hybrides.

Transversalités

Alors que le choix de mobilisation des acteurs a porté sur une approche par groupe d'impulsion définie par une thématique et/ou un milieu de vie, l'analyse transversale identifie les préoccupations prioritaires et convergentes issues de ces groupes. Les catégories d'objectifs présentés dans la note d'orientation et repris dans la figure ci-dessous ont alimenté notre réflexion (cf. figure 1). La première catégorie prise en compte porte sur le mode de vie (activité physique, sédentarité, poids sain, alimentation) ciblé par les mesures d'impulsions. La seconde catégorie porte sur les déterminants collectifs (favoriser l'équité, aménager et maintenir des milieux de vie favorables à la santé, développer et renforcer l'accès à des offres « santé », renforcer les synergies et la participation territoriale) décrivant les types de mobilisations nécessaires pour impulser ces mesures. Une troisième catégorie cible les stratégies privilégiées comme leviers du plan (santé dans toutes les politiques, soutenir les réseaux transversaux et territoriaux, organiser la construction et l'évaluation participative du plan, former les relais, organiser une communication cadrante et soutenante).

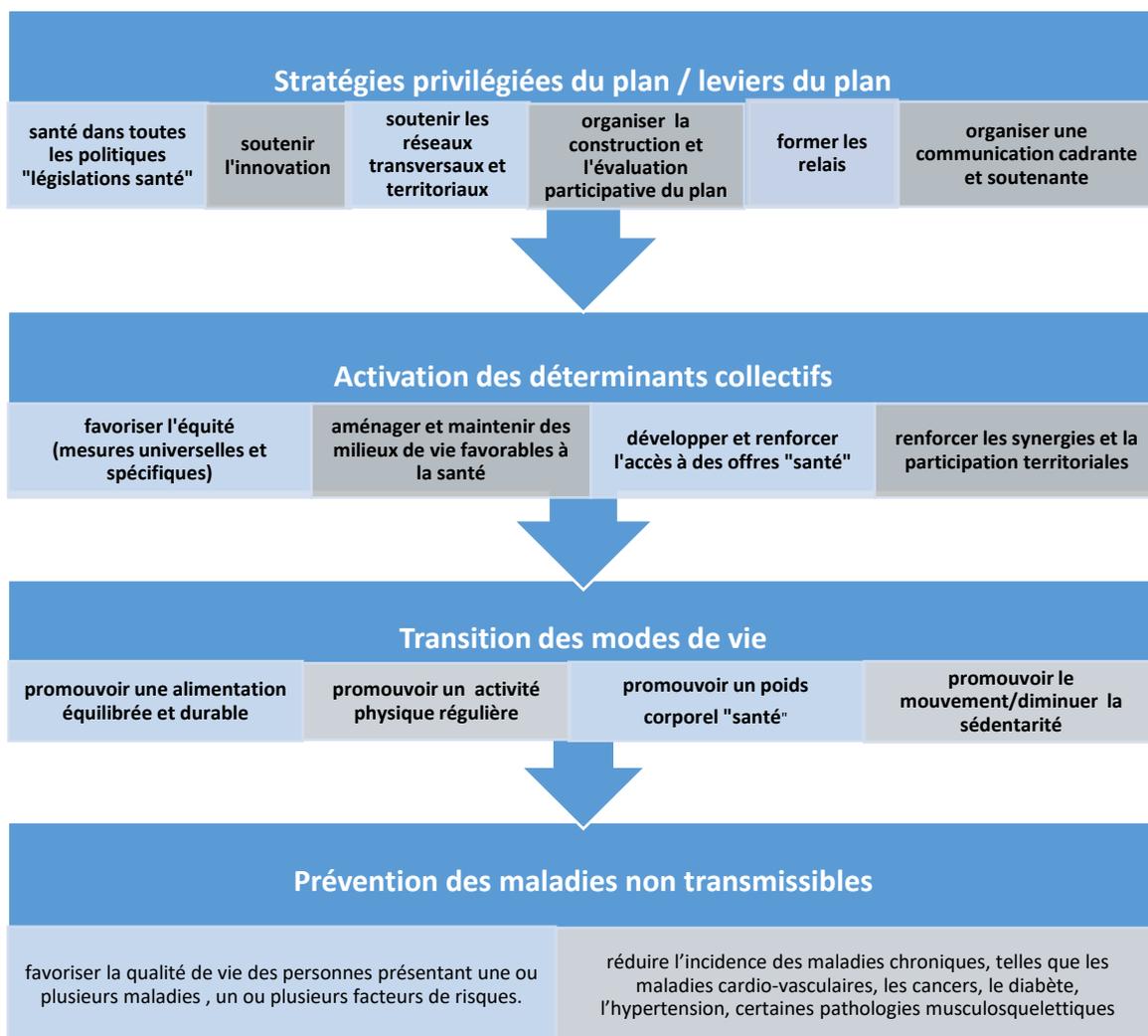


Figure 1 : Structure des objectifs et des stratégies du plan

Axes thématiques

Nous constatons un **relatif équilibre entre l'alimentation et l'activité physique** (79% alimentation, 67% activité physique, 30% sédentarité et 21% poids sain). Trois objectifs (6%) ciblent les quatre types de comportements (mesures 1, 14, 28) alors que 12 objectifs (25%) sont centrés sur une seule thématique.

Pour l'ensemble des thématiques, une **attention particulière a été accordée aux publics en situation de pauvreté, d'appauvrissement et/ou fragilisés**. On s'inscrit ainsi dans une stratégie d'universalisme proportionné.

Par ailleurs, la plupart des objectifs sont convergents avec **une perspective de développement durable**, en reprenant particulièrement les volets social et environnemental.

Déterminants collectifs

Les déterminants collectifs plébiscités sont **l'aménagement de milieux de vie favorables à la santé** (63% des objectifs) et **l'accessibilité à l'offre** (56% des objectifs).

- Les objectifs sur **l'aménagement de milieux de vie favorables** à la santé figurent dans les propositions des groupes « Personnes handicapées », « Personnes âgées en MRS », « Personnes âgées hors institution », « Enseignement obligatoire », « Enseignement supérieur », « Petite enfance », « Approche des modes de vie au travail », « Acteurs du quartier », « Personnes détenues », « Espaces publics ».
- L'amélioration de **l'accessibilité à l'offre** est recommandée par les participants des groupes « Personnes handicapées », « Personnes âgées hors institution », « Enseignement obligatoire », « Petite enfance », « Acteurs du quartier », « Personnes détenues », « Espace publique ».

Se dégagent ainsi de manière marquée, des préoccupations et des champs d'action transversaux aux différents publics:

- disponibilité en suffisance;
- proximité de l'offre et/ou accessibilité en termes de mobilité;
- adaptation de l'offre aux besoins et aux spécificités des publics;
- accessibilité financière;
- disponibilité et accessibilité de l'information sur l'offre existante.

La question de l'accessibilité sociale et culturelle devrait être approfondie.

Enfin, nous constatons que **l'équité** et la **participation** sont considérées par une majorité de groupes comme des conditions fondamentales de la mise en œuvre des objectifs du plan.

- La nécessité d'**assurer l'équité** est explicitement énoncée dans plus de la moitié des objectifs (60%). Elle est formulée dans les groupes « Personnes handicapées », « Personnes âgées en MRS », « Personnes âgées hors institution », « Enseignement obligatoire », « Petite enfance », « Acteurs du quartier », « Personnes détenues », « Aménagement des espaces publics », « Modes de vie par les médias », « Maladies chroniques ». Cette nécessité peut se traduire de deux façons : d'une part, il s'agit de renforcer l'accès financier à l'offre collective, par exemple en favorisant la gratuité, et d'autre part de travailler à l'adaptation inclusive d'une offre universelle, pour prendre en compte les profils particuliers.
- Le **renforcement de la participation** apparaît dans la formulation de 30% des objectifs, issus des groupes « Personnes âgées hors institution », « Enseignement obligatoire », « Enseignement supérieur », « Acteurs du quartier », « Aménagement des espaces publics », « Modes de vie par les médias ». Il s'agit d'impliquer l'ensemble des acteurs dans la définition et la mise en œuvre des projets, de l'aménagement et de l'organisation des milieux de vie.

Stratégies

Au sein des stratégies identifiées comme leviers dans la Figure 1, nous avons exclu, dans cette partie de l'analyse, les leviers « soutenir l'innovation » et « organiser la construction et l'évaluation du plan », puisque ce n'était pas l'objet des groupes d'impulsions.

Dès lors, on observe que 19 objectifs (44%) portent sur **principe de la santé dans toutes les politiques**. Nous avons considéré qu'un objectif se focalise sur la santé dans toutes les politiques dans la mesure où il est explicitement connecté à un instrument politique ou juridiquement contraignant. La liste des Plans d'actions en lien avec les thèmes de l'axe alimentation/activité physique figure dans ce document. Parmi ces objectifs liés aux leviers législatif et politique, la **création de politiques** est évoquée explicitement dans 4 objectifs (exemple objectif 23).

Le **développement de réseaux transversaux et territoriaux** est ciblé dans 5 objectifs (12%), notamment l'objectif 41. Il s'agit d'une des conditions qui renforcent les différentes modalités de l'accessibilité. Il rejoint également l'objectif de la réalisation d'une cartographie.

La **formation des professionnels** apparaît explicitement dans la formulation de 8 objectifs, (19%) répartis sur les groupes « Personnes handicapées », « Personnes âgées MR-MRS », « Personnes âgées hors institution », « Petite enfant », « Mode de vie travail », « Personne détenu » et « Approche des modes de vie par les médias » (exemple objectif 22). Cet élément représente également un levier très présent dans les modalités d'application des objectifs des autres groupes.

La **communication** est mise en avant dans 14 objectifs (33%). Nous prenons ici en compte plusieurs formes de communication : la sensibilisation, la diffusion de l'information sur l'offre existante et les stratégies éducatives. La **sensibilisation** en matière d'alimentation équilibrée et durable, et d'activité physique et de mouvement est citée dans 11 objectifs (26%) répartis sur les groupes « Personnes handicapées », « Personnes âgées en MR-MRS », « Petite enfance », « Modes de vie au travail », « Personnes détenues », « Approche des modes de vie par les médias » (exemple objectif 12). Le soutien à la mise en pratique est défini comme un complément nécessaire à la sensibilisation. La **diffusion de l'information sur l'offre existante** est reprise dans la formulation de 4 objectifs (8%). Enfin, on relève des objectifs portant plus directement sur les **stratégies éducatives**, comme par exemple le développement de l'esprit critique.

Par ailleurs, sans être formulés directement dans les autres objectifs, ces différents éléments liés à la communication reviennent régulièrement dans les modalités d'application. Dans ce cadre, il s'agit de toucher les publics et leur entourage, d'adapter la communication aux contextes et aux groupes ciblés en répondant à leurs besoins, et de soutenir l'appropriation et la mise en pratique des recommandations.

Thèmes	Plans
Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Marshall 2022 : http://gouvernement.wallonie.be/sites/default/files/nodes/story/5513-pm2022coeurgiv14.pdf - Deuxième stratégie wallonne de développement durable: http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/pages/fichiers/160825_swdd2_sans_annexes.pdf - Plan de développement durable 2016-2019, Wallonie, SPW : http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/pages/fichiers/2016-2019_-_pdd_brochure_de_communication.pdf - Digital Wallonia. Stratégie numérique pour la Wallonie : https://www.digitalwallonia.be/ - Projet de Pacte pour un Enseignement d'excellence : http://www.pactedexcellence.be/
Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Stratégique pour le développement de l'agriculture biologique à l'horizon 2020 : http://agriculture.wallonie.be/apps/spip_wolwin/IMG/pdf/plan_bio_final_juin_2013.pdf - Code Wallon de l'agriculture : http://agriculture.wallonie.be/BG/CodeWallonAgricultureVersionMoniteur.pdf - Programme Wallon Développement Rural : http://agriculture.wallonie.be/n/PDR2007-2013.pdf - Plan circuits courts : http://agriculture.wallonie.be/apps/spip_wolwin/IMG/pdf/vademecum-circuit-court.pdf
Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> - Projet de plan FWB de promotion de l'activité physique en prison
Modes de consommation et de production	<ul style="list-style-type: none"> - Projet de Plan wallon des déchets ressources : http://www.wallonie.be/fr/actualites/presentation-du-plan-wallon-des-dechets-ressources
Santé	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Santé-Environnement : http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/sante-environnementale/missions/programme-actions-regionales-environnement-sante http://www.iewonline.be/IMG/pdf/338_position-lares09-2005.pdf - INAMI Plan Global pour Soins Bucco Dentaires durables chez les Personnes à Besoins Particuliers : http://www.specialdent.be/fr/publique/concernant-specialdent/les-rapports - Plan conjoint en faveur des maladies chroniques, des soins intégrés pour une meilleure santé : http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_cim_plan_soins_integres_malades_chroniques.pdf
Mobilité	<ul style="list-style-type: none"> - Schéma de développement de l'Espace régional (SDER) : http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/publications/sder_complet.pdf - Plan régional de la mobilité durable : http://www.cwedd.be/uploads/Autres%20Avis/Avis%20non%20sollicites%20par%20le%20GW/14.AV.1527%20PRMD.pdf
Précarité	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Wallon de lutte contre la pauvreté : http://gouvernement.wallonie.be/sites/default/files/nodes/file/8096-planwallondeluttecontrelapauvrete.pdf?q=sites/default/files/nodes/story/7852-planwallondeluttecontrelapauvrete.pdf

Liste des objectifs spécifiques (impulsion /moyen et long terme) issus des travaux des groupes d'impulsion

G1 : « Personnes handicapées dans leurs milieux de vie »

Impulsion

1. Réaliser (et mettre à disposition) une cartographie de l'offre : Recenser les initiatives locales, plus particulièrement au niveau communal, en pointant les activités gratuites.
2. Encourager le sport adapté/handisport entre autres par un élargissement de l'offre de proximité au travers de la création de sections « handisport » au sein des clubs « valides ».

Principe d'action

3. Promouvoir une approche sociale du handicap, c'est-à-dire favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap, et garantir les conditions de leur autodétermination.

Moyen et long terme

4. Sensibilisation et accompagnement des personnes handicapées concernant l'hygiène de vie alimentaire et physique.
5. Sensibilisation, formation et accompagnement des intervenants auprès des personnes handicapées concernant l'autodétermination et l'hygiène de vie alimentaire et physique.
6. Les personnes handicapées auront accès à des activités relatives à l'alimentation et à l'activité physique, adaptées, de proximité, et financièrement accessibles.

G2 : « Personnes âgées en MR-MRS »

Impulsion

7. Le plan wallon soutient les objectifs déjà formulés et validés par le Plan Wallon Nutrition Santé et Bien-être des Aînés.
8. Renforcer l'activité physique et la mise en mouvement au sein des MR-MRS.
9. Améliorer l'état bucco-dentaire des résidents de MR-MRS.

Principe d'action

10. Favoriser l'auto-détermination et la participation des résidents de MR-MRS.

Moyen et long terme

11. Impliquer familles et visiteurs dans la politique de l'institution en matière d'alimentation saine et de mouvement.
12. Sensibiliser le personnel, les usagers et leur famille aux saveurs et enjeux d'une alimentation équilibrée, responsable, et financièrement soutenable.
13. Former les professionnels à la prise en charge des problèmes spécifiques aux personnes âgées (dénutrition, sarcopénie, ostéoporose, équilibre, causes de chutes...).

G3 : « Personnes âgées hors institution »

Impulsion

14. Développer une offre de proximité, adaptée et accessible financièrement, favorisant le lien social et le lien intergénérationnel, et basée sur les demandes et préoccupations formulées par les seniors eux-mêmes.

Moyen et long terme

15. Impliquer les représentants des personnes âgées.
16. Former les professionnels aux spécificités du vieillissement et au « bien vieillir ».
17. Promouvoir auprès des personnes âgées une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée et suffisante.
18. Améliorer la prise en charge de la dénutrition, à travers la formation des professionnels, et à travers la mise en place de procédures de dépistages et de suivi de l'état nutritionnel des personnes par les intervenants de première ligne.

G4 : « Patients concernés par les maladies chroniques »

Impulsion

19. Proposer une offre de base universelle en matière d'alimentation, d'activité physique et de lutte contre la sédentarité (marche, marche par intervalle, renforcement musculaire, danse, marche contée, ...).
 - Soutenir ce qui existe et développer l'offre pour favoriser l'alimentation équilibrée et la pratique de l'activité physique par les personnes concernées par les maladies chroniques.
 - Réorienter l'offre existante en matière d'activité physique et d'alimentation afin d'en faciliter l'accès pour les personnes concernées par les maladies chroniques
20. Grâce à l'information et aux conseils donnés en colloque singulier, le patient aura accès:
 - aux installations (centres sportifs, piscines, parcs...) et services d'aide (diététiciens, sophrologues, tabacologues, assistants sociaux...) favorables aux modes de vie sains (loisir, alimentation saine, sport, arrêt du tabac, gestion du stress...) et adaptés à son âge, mobilité et pathologie éventuelle;
 - aux mesures d'accessibilité financière.
21. Favoriser l'accès à l'information pour les professionnels. Les professionnels de proximité (santé, social) et les personnes concernées par une maladie chronique disposeront et auront connaissance des sources d'informations pour trouver les installations, les associations et services d'aide via un centre référence accessible sur le web et une ligne verte.

G5 : « Enseignement obligatoire »

Impulsion

22. Rendre obligatoire l'insertion d'un chapitre spécifique sur l'alimentation équilibrée et durable et l'activité physique dans chaque projet d'établissement ainsi que dans leur règlement, en étant attentif à l'aspect participatif, dans la construction et dans le suivi. Deux éléments doivent retenir l'attention : l'articulation avec le Pacte d'excellence, ainsi qu'avec les futurs plans de pilotage.

Moyen et long terme

23. Travailler sur l'offre et l'accessibilité liée à l'alimentation
 - Proposer aux enfants, aux jeunes et à la communauté éducative une offre alimentaire en milieu scolaire et extrascolaire (repas, lunch, tartines, collations et boissons) accessible financièrement, diversifiée, de qualité, locale, de saison, équilibrée, de préférence bio et limitant le gaspillage;
 - Supprimer les distributeurs et les points de vente d'encas sucrés et salés et proposer une aide à la mise en place d'alternatives aux distributeurs.
 - Veiller à prévoir des lieux de repas agréables.
24. Travailler sur l'offre et accessibilité liée à l'activité physique et sportive:
Proposer une offre diversifiée d'activités physiques et sportives en milieu scolaire et extrascolaire, accessible à tous culturellement, socialement et financièrement et adaptée aux besoins des élèves
25. 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.

G6 : « Enseignement supérieur »

Impulsion

26. Encourager les acteurs de l'enseignement supérieur à développer et mettre en œuvre des projets promouvant l'activité physique et l'alimentation saine auprès des étudiants et des membres du personnel, en collaboration avec les organisations représentatives des étudiants.

Moyen et long terme

27. Permettre aux étudiants de valoriser des crédits en s'investissant dans des projets qui touchent la sensibilisation à la qualité de vie
28. Renforcer l'accessibilité liée à l'alimentation
 - Proposer aux étudiants une offre alimentaire non seulement équilibrée, idéalement locale, de saison et bio en les sensibilisant au plaisir d'une alimentation équilibrée.
 - Favoriser une accessibilité culturelle, sociale, financière aux offres alimentaires équilibrées (accès géographique, adapté aux modes de vie, attractivité).
29. Renforcer l'accessibilité liée à l'activité physique et au sport
Favoriser une accessibilité culturelle, sociale, financière aux offres d'activités physiques et sportives

G7 : « Petite enfance »

Impulsion

30. Intégrer dans les projets d'accueil des objectifs concrets en matière d'alimentation équilibrée et durable, et de mouvement libre, en précisant les besoins en accompagnement des professionnels et en ressources financières, afin d'assurer l'accessibilité à tous les enfants, en étant particulièrement attentif aux haltes accueil et accueil à domicile.
31. Les structures et services de proximité organiseront des moments d'échanges, des ateliers collaboratifs et des groupes de paroles entre parents autour de l'alimentation et du mouvement.

Moyen et long terme

32. Privilégier les actions sur les conditions de vie qui permettent l'accès à une alimentation de qualité et à la pratique d'activité physique pour la famille

Pour ce faire, viser l'universalisme des mesures proposées et assurer l'inconditionnalité d'accès à un droit/service qui favorise l'alimentation équilibrée et le mouvement ; cela passe notamment par la gratuité. Ce faisant favoriser la mixité sociale, notamment via des démarches intergénérationnelles.

33. Placer le bénéficiaire au centre de l'intégration des politiques, en définissant les objectifs de ces politiques sur base des besoins et vécus formulés par les bénéficiaires eux-mêmes
34. Former les professionnels à infléchir leur posture : s'éloigner de la prescription pour rencontrer les préoccupations des familles, notamment précarisées, aider les familles qui sont déroutées par la surinformation.

Pour ce faire, il importe de soutenir les professionnels de différentes manières:

- par la formation (de base, continue) qui permet d'intégrer les références en matière d'alimentation dans une conception globale d'un mode de vie en santé;
- par l'accompagnement continu leur réflexion en lien avec le vécu des familles;
- par la diffusion et la mutualisation des outils et de ressources existants;
- par l'attribution du temps nécessaire à installer le dialogue avec les bénéficiaires et à respecter le rythme des enfants.

G8 : « Approche des modes de vie par les médias »

Impulsion

35. Une priorité sera donnée à construire la notoriété des critères de communication de l'axe alimentation et activité physique du plan wallon de prévention et de promotion de la santé afin que ces critères fassent référence pour tout acteur voulant communiquer dans ces domaines.
36. Mener un travail avec les professionnels de la santé et de l'éducation pour analyser les conditions d'utilisation du web en général, des réseaux sociaux et des applications plus spécifiquement dans le cadre des actions de promotion de la santé et de prévention visant l'alimentation et l'activité physique.

G9 : « Mode de vie au travail »

Impulsion

37. Etablir un guide de bonnes pratiques à l'intention du monde du travail pour développer un soutien permettant de favoriser l'activité physique, de lutter contre la sédentarité et de promouvoir une alimentation saine.

G10 : « Acteurs de quartier »

Impulsion

38. Identifier et développer un réseau d'acteurs qui agissent à l'échelle du quartier sur les déterminants qui favorisent l'adoption d'une alimentation équilibrée et la pratique de l'activité physique.
39. Le réseau d'acteurs mettra en place des activités à court terme
 - Identifier les besoins relatifs à l'alimentation et à l'activité physique ainsi que les leviers et les freins à l'adoption d'une alimentation équilibrée et à la pratique d'une activité physique;
 - Identifier l'offre en matière d'alimentation équilibrée et de pratique de l'activité physique et communiquer sur celle-ci dans un langage clair, qui corresponde au contexte et réponde à l'expression des besoins.

Moyen et long terme

40. Le réseau d'acteurs mènera une réflexion critique et collective sur le contexte par rapport à l'alimentation et à l'activité physique, en prenant en compte les dimensions intergénérationnelles et culturelles.
41. Le réseau d'acteurs développera des projets liés à l'activité physique et la lutte contre la sédentarité, en étant attentifs à adapter l'offre aux besoins et diversifier les canaux de communication et utiliser les relais informels.

G11 : « Personnes détenues »

Impulsion

42. Encourager l'activité physique régulière, une attention prioritaire sera accordée aux prévenus et aux personnes ayant des problèmes de toxicomanie.
43. Offrir aux acteurs des prisons des possibilités pour accéder à une alimentation saine et équilibrée, une attention prioritaire sera accordée aux personnes internées.
44. Sensibiliser les détenus à une vision de l'alimentation saine et équilibrée, une attention prioritaire sera accordée aux personnes internées.

G12 : « Aménagement des espaces publics »

Impulsion

45. Aménager des espaces conviviaux dans les lieux publics permettant la consommation d'aliments et l'accès à une source d'eau potable gratuite en concertation avec l'ensemble population.
46. Renforcer et encourager l'usage des transports en commun ainsi que la mobilité douce pour les déplacements quotidiens et notamment pour relier les logements aux écoles, aux lieux de travail, aux lieux d'approvisionnement alimentaire et à l'offre d'activité physique sportive et de loisir, pour l'ensemble des utilisateurs.

Moyen et long terme

47. Favoriser, sur le long terme, l'autoproduction, les jardins collectifs, la production locale de qualité, par exemple en mettant à disposition des terrains sains en secteur urbanisé ou en soutenant le développement de ceintures alimentaires.
48. « Recourir à des évaluations d'impact sur la santé lors de l'élaboration de plans d'aménagement et d'urbanisme ainsi que lors de la construction ou de la rénovation d'infrastructures diverses »

G1 : « Personnes handicapées dans leurs milieux de vie »

Plus de 15% des personnes seraient en situation de handicap au niveau européen [1; 2; 3]. Ces personnes peuvent être confrontées à des réalités de vie très différentes selon le type de déficience (sensorielle, physique, intellectuelle...), l'âge, le milieu de vie (institution ou non), le degré d'autonomie, les revenus – en sachant que 39% des personnes handicapées bénéficiant d'une allocation vivent sous le seuil de pauvreté européen, selon l'enquête HandiLab, menée en 2012 par la KUL, à la demande du SPF Sécurité sociale et du Service public de programmation (SPP) Politique scientifique [4] . Ces différents éléments doivent être pris en compte pour déterminer une **approche de santé adaptée et inclusive**.

En matière de santé, comme dans tout autre domaine, il est en effet primordial de **promouvoir une approche sociale du handicap**, c'est-à-dire de **viser et favoriser l'inclusion** des personnes, et de leur **assurer un « droit au choix »**. Ainsi, il est important d'agir d'une part sur l'apprentissage des capacités de choix, et d'autre part sur l'environnement et les occasions que celui-ci propose en intervenant sur les champs suivants :

- Offre adaptée aux différents handicaps;
- Formation des professionnels;
- Accessibilité financière de l'offre;
- Proximité de l'offre;
- Accessibilité des structures;
- Solutions de transports adaptées et financièrement accessibles;
- Aménagement des espaces publics;
- Accessibilité des informations.

En outre, une réflexion devrait être menée sur les **mécanismes d'assistance sociale** qui peuvent soutenir l'accès aux soins et aux services liés à l'alimentation et à l'activité physique. D'après l'enquête de la KUL citée plus haut, « les allocations actuelles ne couvrent pas suffisamment les frais supplémentaires liés au handicap (...) », et ne permettent pas aux personnes d'accéder à des activités, notamment socioculturelles : « 46% ne participent à aucune activité socioculturelle à cause du prix » [4].

Dans ce cadre, il est essentiel de **mobiliser et de faire respecter les dispositions des outils normatifs et législatifs existants**, par exemple sur l'accessibilité des contenus en ligne (la directive européenne « web accessibility » adoptée en mai 2016 devrait amener les états membres à intégrer l'accessibilité du web dans leur législation dans les prochains mois) ou l'accessibilité des lieux publics (articles 414 et 415 du Code Wallon de l'Aménagement du Territoire, de l'Urbanisme et du Patrimoine ; loi du 10 mai 2007 contre les discriminations).

Impulsion OS 1

Réaliser (et mettre à disposition) une cartographie de l'offre en matière d'alimentation et d'activité physique : Recenser les initiatives locales, plus particulièrement au niveau communal, en pointant les activités gratuites et adaptées.

Intérêt

Cette mesure répond à 4 préoccupations:

- prendre en compte les initiatives existantes, ce qui fonctionne sur le terrain;
- assurer la diffusion de l'information sur l'existant auprès des professionnels et des publics;
- favoriser la participation des personnes handicapées aux activités organisées au niveau local, et plus particulièrement communal : clubs de randonnée gratuite, potager partagé... ;
- prendre en compte les freins de participation liés aux revenus.

Critère de qualité

L'accessibilité de l'information doit être assurée en adaptant le format aux différents types de handicap: facile à lire, braille, sous-titres... et en diversifiant les canaux de communication.

Transversalités

- **WALAP** objectif cartographie
- Projet Plan Cocof, **axe 1 « Etat des lieux », stratégie 3**: « Elaborer un cadastre de ce qui est proposé en Région bruxelloise en matière de promotion de modes de vie et d'environnements favorables à la santé et l'actualiser annuellement ».

Impulsion OS 2

Encourager le sport adapté/handisport entre autres par un élargissement de l'offre de proximité, au travers de la création de section « handisport » au sein des clubs « valides ».

Intérêt

Créer des sections handisports au sein des clubs valides permet de s'appuyer sur des infrastructures et activités existantes, et tend vers une plus grande intégration des personnes handicapées. Au-delà de l'organisation de sections, d'activités spécifiques, on peut aussi envisager d'inclure les personnes handicapées dans les activités "ordinaires". Les deux types d'offre devraient probablement coexister.

Critères de qualité

- **L'accessibilité des infrastructures** est un facteur essentiel. Une étude relative à l'accessibilité dans les centres sportifs pour les personnes handicapées devrait être réalisée, d'ici 2018, par la Direction Générale des Infrastructures (DGI) de la Fédération Wallonie Bruxelles (Source : Contrat d'administration FWB).
- Il ne faut pas vouloir « faire de l'inclusion » à tout prix : les conditions du succès doivent être mises en place, aussi bien en termes de **matériel et d'encadrement adéquats**, que de « **stratégies préparatoires à l'acceptation réciproque** (...) l'acceptation de sportifs handicapés et a fortiori leur intégration sont fortement conditionnées par une politique d'accessibilité qui doit être comprise comme une démarche autant architecturale que psychosociale » [5].

Pistes d'action / OO 2.a

Soutenir le projet « handisport friendly » de l'ADEPS au niveau régional

- Mettre à disposition du matériel adéquat.
- Accompagner les encadrants sportifs pour l'adaptation de leurs pratiques.
- Augmenter la promotion/publicité du projet auprès des clubs sportifs et assurer une plus grande diffusion de l'information auprès des publics concernés.

Transversalités

- Projet ADEPS « handisport friendly »
- Projet Plan Cocof, **axe 4 « Soutien à la population bruxelloise »**, stratégie 20 « Renforcer et développer les opportunités de pratiquer une activité physique ».

Principe d'action

Promouvoir une approche sociale du handicap, c'est-à-dire favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap ; et garantir les conditions de leur autodétermination.

Intérêt

Il s'agit d'une **recommandation générale qui doit guider toutes les politiques relatives aux personnes en situation de handicap**, dans toutes les matières, dont la santé.

C'est aussi un **mode d'action transversal** : il est important d'impliquer les personnes concernées, selon le principe « Rien sur nous sans nous ».

Tous les handicaps et milieux de vie doivent être pris en compte : handicaps intellectuels, sensoriels, physiques, personnes en institution, personnes en autonomie etc. Ces réalités différentes recouvrent en effet des problématiques spécifiques, et impliquent des réseaux d'acteurs et des modes d'intervention différents.

Une attention particulière doit aussi être portée à la **précarité croissante** des personnes handicapées, qui sont nombreuses à vivre des situations de pauvreté et d'exclusion sociale.

Moyen/long terme OS 4

Sensibiliser et accompagner les personnes handicapées concernant l'hygiène de vie alimentaire et physique.

Intérêt

Certaines situations de handicap mènent à une moindre connaissance ou à une difficulté d'appréhension du fonctionnement de son corps et de sa santé. Cela a un impact notamment sur le rapport à l'alimentation, à la pratique de l'activité physique et à l'hygiène ou encore sur la consommation de tabac, d'alcool ou de stupéfiants [6].

Critères de qualité

- Étant donné l'importance du rapport au **corps et à soi-même** pour prendre soin de soi, la sensibilisation ne peut être efficace qu'en prenant en considération les aspects d'identité, d'estime de soi, dans le cadre d'une optique de bien-être. Il faut donc **développer l'estime de soi et travailler sur la notion de bien-être**;
- La sensibilisation doit être pensée comme une mise en action et pas seulement une mise à disposition d'information. C'est par la participation à des **activités adaptées**, qui ont du **sens** pour elles, que les personnes peuvent être sensibilisées : ateliers cuisines, potagers, ateliers bien-être...; (participation dans la) gestion de la cafeteria de l'institution: distribution de pommes, de yaourts...

- En outre, le travail de sensibilisation avec les personnes handicapées doit se penser dans le cadre d'un **accompagnement des personnes à long-terme. En institution** (dont les maisons de soins psychiatriques), c'est tout le **dispositif de vie quotidienne** qui doit être adapté pour favoriser une vie harmonieuse. Dans ce cadre, il est important d'avoir un projet d'institution pour soutenir le travail quotidien.

Transversalités

Projet Plan Cocof, axe 4 « Soutien à la population bruxelloise » stratégie 14 « Renforcer les connaissances de la population en matière de modes de vie et d'environnements favorables à la santé ».

Moyen/long terme OS 5

Sensibiliser, former et accompagner les intervenants auprès des personnes handicapées concernant l'autodétermination et l'hygiène de vie alimentaire et physique.

Intérêt

Cette proposition répond aux besoins exprimés par les professionnels:

- Accompagnement pour analyser le sens des actions menées au quotidien;
- Partage d'outils; recueil et diffusion des actions qui peuvent être menées par les intervenants en matière d'autodétermination et d'hygiène de vie alimentaire et physique;
- Documentation sur l'offre existante afin d'orienter les personnes vers des activités ad hoc.

Critères de qualité

- Toucher les différents intervenants auprès des personnes handicapées : accompagnants et professionnels (logopèdes, kinésithérapeutes, éducateurs (sportifs), enseignants du spécialisé, personnel de collectivités, psychomotriciens...);
- Toucher les futurs professionnels;
- Répéter les sensibilisations régulièrement, notamment afin de prendre en compte le turnover parmi les travailleurs sociaux;
- Importance du témoignage de personnes en situation de handicap dans le cadre des sensibilisations et formations à destination des professionnels.

Transversalités

- Projet Plan Cocof, **axe 3 « Soutien aux acteurs de terrain »** stratégie 10 « Outiller les acteurs de terrain sur les thématiques de l'alimentation, l'activité physique, l'alcool, le tabac ».

Moyen/long terme OS 6

Les personnes handicapées auront accès à des activités relatives à l'alimentation et à l'activité physique, adaptées, de proximité, et financièrement accessibles.

Transversalités

- Projet Plan Cocof, axe 4 « Soutien à la population bruxelloise » stratégie 20 « Renforcer et développer les opportunités de pratiquer une activité physique ».

Références

[1] CENTRE DE DOCUMENTATION SUR L'ÉDUCATION DES ADULTES ET LA CONDITION FÉMININE (CDEACF). Consulté le février 2017. Des pistes pour améliorer l'orientation socioprofessionnelle des personnes handicapées. Lien url:

<http://cdeacf.ca/actualite/2012/11/28/pistes-pour-ameliorer-lorientation-socioprofessionnelle>

[2] EUROPEAN DISABILITY FORUM (FEPH). (2010). Rapport annuel

[3] PLAKALO S. (2013). Orientation socioprofessionnelle des personnes handicapées: les cas de la France et de la Belgique. Bruxelles, Belgique. 30p. Lien url:

http://www.pourlasolidarite.eu/sites/default/files/publications/files/24as_orientationpersonneshandicapeesfr-etbe.pdf

[4] VERMEULEN B., VAN DER NIET M., DEMAERSCHALK E., VAN AUDENHOVE C., HERMANS K. (2012). Handilab effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen. Louvain, Belgique. 185p. Lien url:

https://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2012_eindrapport%20HANDILAB%20LUCAS%20effectiviteit%20IVT%20IT_def.pdf

[5] COMPTE R. (2010). Sport et handicap dans notre société : un défi à l'épreuve du social. Empan, 79(3), p13-21.

Lien url: <http://www.cairn.info/revue-empan-2010-3-page-13.htm>

[6] ANESM. (2013). L'accompagnement à la santé de la personne handicapée. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. France. 130p. Lien url:

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Accompagnement_sante-Juillet_2013.pdf

Pour en savoir plus

[1] BIBLIOAIDANTS. (2017). Incapacités physiques : documentation à l'intention des aidants. Québec, Canada.60p. Lien url: http://biblioaidants.ca/cahiers/cahier_incapacites_physiques_2017.pdf

[2] CONSEIL DE L'EUROPE C. D. M. (2006). Recommandation du Comité des Ministres aux Etats membres sur le Plan d'action du Conseil de l'Europe pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe 2006-2015. 45p. Lien url: https://www.aviq.be/handicap/pdf/AWIPH/handicap_Belgique/conventionONU/Rec_2006_5%20Plan_d_actio n%20personnes_handicapees.pdf

[3] RIVIÈRE D.,HORNUS-DRAGNE D. (2010). Sport et handicap mental. Empan, 79(3), p22. Lien url : <https://www.cairn.info/revue-empan-2010-3-page-22.htm>

[4] VILLAIN S. (2014). Les soins en santé mentale, aujourd'hui. Belgique. Service Public de Wallonie. Lien url: http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/conference%20totalite_1.pdf

[5] VITALREST. (2014). L'Alimentation de la personne en situation de handicap. La lettre d'information en diététique et nutrition N°22.France. 4p. Lien url: http://www.vitalrest.com/images/stories/PDF/lettre_dietetique/LETTRE-DITTIQUE-N22.pdf

G2 : « Personnes âgées en MR-MRS »

Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses en raison de l'accroissement de l'espérance de vie [1]. Cette augmentation de la longévité les rend vulnérables à l'apparition de multiples pathologies et à une perte d'autonomie, qui pour nombre d'entre elles, nécessitera leur entrée dans une maison de repos (MR) ou une maison de repos et de soins (MRS) [2]. En Wallonie, 15 % des personnes entre 80 et 89 ans vivent en maison de repos ; ce chiffre monte à 38% après 90 ans (données 2012) [3].

Le public accueilli en MR-MRS présente des spécificités qui définissent autant d'enjeux incontournables en matière d'alimentation et d'activité physique.

- L'âge moyen des résidents de MR-MRS est de 85 ans, augmentant la prévalence des **troubles cognitifs et physiques**; toute mesure mise en œuvre dans le cadre du WALAP devrait être adaptée à la spécificité des profils de la population vivant en MR-MRS.
- Les MR-MRS accueillant une population plus particulièrement confrontée à un **risque de dénutrition** [4], il est important de continuer à lutter contre ce phénomène, et de soutenir les recommandations du Plan Wallon Nutrition, Santé et bien-être des Aînés en maison de repos.
- On constate une **sédentarité** importante des personnes vivant en MR-MRS (voir par exemple les données d'une étude menée en 2014 dans les MR-MRS bruxelloises [5]). Ainsi il est essentiel de soutenir les pratiques favorisant les opportunités de déplacements et d'exercice d'une activité physique adaptée.
- Enfin, la proportion de personnes âgées ayant de **faibles revenus** est plus importante parmi les personnes vivant en MR-MRS puisque 15,7 % des résidents d'institutions perçoivent la GRAPA ou le RGPA, contre 5,3 % chez les personnes vivant hors institution [6]. Une attention doit donc être portée à la répercussion financière des mesures, et aux mécanismes d'assistance sociale qui peuvent soutenir l'accès aux soins et aux services liés à l'alimentation et à l'activité physique.

Par ailleurs, le secteur est en changement. Il existe de plus en plus de **résidences services** dans lesquelles des actions en faveur de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée et durable peuvent être entreprises. Enfin, les **courts séjours**, par exemple dans les services post hospitaliers de transition, sont aussi des **moments/lieux d'intervention potentielle** en matière d'activité physique et d'alimentation.

Impulsion OS 7

Soutenir les objectifs déjà formulés et validés par le Plan Wallon Nutrition, Santé et bien-être des Aînés en maison de repos (PWNS-be-A) [2]

Le PWNS-be-A est basé sur la mise en place de la Charte qualité alimentation-nutrition dans les MR-MRS (dont le plan d'opérationnalisation a été présenté et approuvé par le gouvernement wallon en 2010), laquelle comprend les piliers suivants:

- Mettre en place des procédures de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel;
- Présence d'un « Responsable qualité & nutrition » au sein de l'institution;
- Mise en place d'un « Comité de liaison alimentation et nutrition » réunissant direction et intervenants internes et externes autour de l'alimentation;
- Créer un environnement agréable et une atmosphère favorable lors des repas;
- Garantir l'accès à une alimentation saine et équilibrée;
- Qualification et formation de l'ensemble du personnel intervenant en maisons de repos;
- Feuille de liaison nutritionnelle entre l'hôpital, la MR-MRS et le secteur des soins à domicile.

Transversalités

- Plan Wallon Nutrition Santé-bien-être des Aînés
- Projet Plan Cocof, **axe 4 « Soutien à la population bruxelloise »** stratégie 19 « Lutter contre la dénutrition des personnes âgées ».

Impulsion OS 8

Renforcer l'activité physique au sein des MR-MRS par la mise en mouvement au quotidien et l'organisation d'activités adaptées

- Favoriser le mouvement en stimulant les personnes à participer aux tâches quotidiennes qui les concernent.
 - ❖ Sensibilisation des familles et proches, intervenants médicaux et paramédicaux, personnel des MR-MRS ;
 - ❖ Révision de l'organisation.
- Proposer des activités dans l'enceinte de la maison de repos : ateliers équilibre, gym douce, jardins thérapeutiques, danses, chants, jeux de société, etc....
 - ❖ Collaboration avec des organismes extérieurs, organisation et aménagement de la MR-MRS ;
 - ❖ Sensibilisation des familles, proches, et de l'ensemble du personnel.
- Encourager quand c'est possible la participation à des activités extérieures.
 - ❖ Offre adaptée ;
 - ❖ Aménagement adapté des espaces publics [WALAP Objectif Spécifique 46 ; projets Ville Amie des Aînés.

Intérêt

L'activité physique chez les personnes âgées est non seulement un facteur protecteur des maladies non transmissibles, mais elle les protégerait également de la détérioration de la fonction cognitive, des problèmes de santé mentale, et ralentit le processus de diminution de la masse maigre et osseuse [7; 8]. En outre, l'activité physique concourt à préserver force musculaire et équilibre, et de ce fait contribue à diminuer les risques de chute et les fractures qui peuvent en découler [9]

Critères de qualité

- La mise en activité devra être basée sur une **évaluation initiale de la condition physique** des personnes. En outre, une **analyse des besoins en lien avec les profils** devra être réalisée : difficultés physiques et cognitives, démences, problèmes de vue, santé bucco-dentaire, (poly)médication..., notamment afin que les activités proposées soient adaptées aux **spécificités des différents publics** présents en MR-MRS.
- L'activité physique doit-être **régulière**, avec une intensité **adaptée**, et doit stimuler le fonctionnel. Une approche pluridisciplinaire doit être privilégiée. L'activité physique peut se pratiquer individuellement ou en groupe, elle peut être ludique, et doit être envisagée en prenant en compte la notion de **plaisir du mouvement**, et de **bien-être des personnes**. Il s'agit aussi d'avoir une approche différente selon leurs envies ; il faut **être à l'écoute** des résidents et favoriser **l'autodétermination**.
- Les participants du GI ont souligné l'importance de ne pas aggraver la surcharge horaire déjà observée dans de nombreux établissements. Afin de mettre en **œuvre** ces objectifs, il est primordial de prendre en compte les aspects concrets d'organisation du travail au sein des MR-MRS et de leur assurer les moyens humains et financiers nécessaires.

Transversalités

- **PPPSanté** « Prévention des traumatismes non intentionnels et promotion de la sécurité »
- **PPPSanté** « Promotion du bien-être et d'une bonne santé mentale »
- Projet Plan Cocof, **axe 4 « Soutien à la population bruxelloise »** stratégie 20 « Renforcer et développer les opportunités de pratiquer une activité physique »WALAP « Aménagement des espaces publics » - Objectif spécifique 46
- Projets « Ville Amie des Aînés »

Pistes d'action / OO 8.a

Développer une charte « activité physique et mouvement »

- Procéder par appel à projet pour valoriser les initiatives existantes et susciter de nouvelles pratiques ensuite définir le levier normatif sur base de ce test;
- Elaborer un guide de bonnes pratiques;
- Prévoir un mécanisme d'audit pour vérifier le suivi de la charte.

Impulsion OS 9

Améliorer l'état bucco-dentaire des résidents de MR-MRS

- Sensibiliser l'ensemble du personnel à la promotion et au maintien d'une bonne hygiène dentaire.
- Former un référent en soins buccodentaires dans chaque MR-MRS.
- Favoriser le déplacement des dentistes vers les institutions.
 - ❖ Unités mobiles de soins

Intérêt

La perte des dents et la mauvaise santé bucco-dentaire sont fréquentes chez nos aînés, et particulièrement chez les personnes âgées institutionnalisées, dont 50% sont totalement édentées. Cela réduit le potentiel masticoire et influence le type d'alimentation en favorisant les régimes pauvres en fruits, fibres et protéines, et riches en hydrates de carbone. Cela a donc un impact direct sur les apports nutritionnels, mais aussi sur le confort et le bien-être des personnes [10; 11; 12].

C'est un aspect de santé sur lequel se marquent particulièrement les clivages socio-économiques car les soins bucco-dentaires coûtent très cher. Les inégalités de prise en charge adéquate tout au long de la vie amène un niveau de dégradation important à la vieillesse, et les soins sont inaccessibles financièrement pour certaines personnes âgées. Pour les résidents de MR-MRS, il y a en outre des frais connexes liés par exemple au transport médicalisé.

Financement

Le dispositif d'assurance autonomie doit être mis en place début 2017 en Wallonie. Pour les personnes résidant en MR-MRS, elle permettra une « réduction de la facture d'hébergement en fonction des revenus du pensionnaire ; à ce niveau, elle remplacera l'actuelle Aide aux personnes âgées (APA) ». [13]. La prise en compte du remboursement de certaines prestations de soin dans le cadre de la nouvelle assurance autonomie, dont la visite préventive des dentistes en MR-MRS, est une piste de financement évoquée par les participants du GI.

Pistes d'action / OO 9.a

S'appuyer sur le projet fédéral de soins bucco-dentaires basé sur le Plan Global pour Soins Bucco-Dentaires durables chez les Personnes à Besoins Particuliers.

Transversalités

- PPPsanté « Prévention des traumatismes non intentionnels et promotion de la sécurité »;
- Plan Global pour Soins Bucco Dentaires durables chez les Personnes à Besoins Particuliers [14];
- Protocole d'accord PREVENTION, Conférence interministérielle Santé publique, Groupe de travail intercabinets « maladies chroniques », Section 7 : Santé buccodentaire ».

Principe d'action

Favoriser l'autodétermination et la participation des résidents de MR-MRS

La charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée définit le droit à l'autodétermination comme le droit à faire ses propres choix et au respect de sa volonté, en dépit de la dégradation des capacités physiques et cognitives [15]. Dans son étude de 2015 sur l'autodétermination en MR-MRS, Espace Seniors complète cette définition du droit d'être consulté et de prendre part à toute décision nous concernant [16]. Assurer l'autodétermination et la participation de tous, en utilisant les capacités des personnes, et en ayant une approche diversifiée selon les profils, est apparu au sein du groupe d'impulsion comme une recommandation générale incontournable. L'autodétermination et la participation des résidents apporte une reconnaissance, une valorisation, avec un impact moral, physique, psychologique, et donc sur la santé et le bien-être des personnes. C'est également un élément clé pour la réussite à long terme de tout projet à mettre en place en MR-MRS: on ne peut arriver à rien sans l'accord et la participation effective des personnes!

Moyen/long-terme OS 11

Impliquer familles et visiteurs dans la politique de l'institution en matière d'alimentation et de mouvement.

Moyen/long-terme OS 12

Sensibiliser le personnel, les usages et leur famille aux saveurs et enjeux d'une alimentation équilibrée et durable.

Moyen/long-terme OS 13

Former les professionnels à la prise en charge des problèmes spécifiques aux personnes âgées (dénutrition, sarcopénie, ostéoporose, équilibre, causes de chutes...).

Références

- [1] SPF ÉCONOMIE.(2013), consulté le 23/09/16. Tables de mortalité et espérance de vie. Lien url: http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/deces_mort_esp_vie/tables
- [2] BARBIER C., JACOBS M., RUIDANT L.,TAEYMANS B. (2012). Plan Wallon nutrition. Santé et bien-être des aînés. Guide pour les maisons de repos.Namur, Belgique.50p.Lien url: https://www.questionsante.org/assets/files/PS/Collaborations/31237_SPW_Br_Plan_Nutrition_MR.pdf
- [3] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE. (2005). Plan National nutrition et santé pour la Belgique 2005-2010.Bruxelles.1-60p.
Lien url: <http://www.infor-allaitement.be/pdf/PNNS-B%20DEF.PDF>
- [4] BRYM M., COPPIETERS Y.,DE BREUCKER S. (2014). Étude sur les connaissances et les pratiques en lien avec la dénutrition des personnes âgées en maison de repos Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement, 12(4), p387-393. Lien url: http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/etude_sur_les_connaissances_et_les_pratiques_en_lien_avec_la_denuitration_des_personnes_agees_en_maison_de_repos_303448/article.phtml?tab=texte
- [5] DEFLOOR T., GEURDEN B., BOCQUAERT I., CLAYS E., DARDENNE O., DE BONHOME A., DE RYKE H., VANDERWEE K., VAN HERK K., S. V.,GOBERT M. (2011). Dépistage et évaluation de l'état nutritionnel des résidents des MRPA – MRS. .Belgique.182p. Lien url: <http://docplayer.fr/12863326-Depistage-et-evaluation-de-l-etat-nutritionnel-des-residents-des-mrpa-mrs.html>
- [6] SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE. Consulté le 12/11/16. le site du service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Liens url: http://www.luttepauvrete.be/publications/rapport7/4_pension.pdf et http://www.luttepauvrete.be/chiffres_personnes_agees.htm
- [7] FERRY M. (2010). Nutrition, vieillissement et santé. Gérontologie et société, 134(3),p123-132. Lien url: <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-3-page-123.htm>
- [8] OMS.(2017), consulté le. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : L'activité physique des personnes âgées. Recommandations les personnes âgées de 65 et plus. Lien url: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/
- [9] GREGG E. W., PEREIRA M. A.,CASPERSEN C. J. (2000). Physical Activity, Falls, and Fractures Among Older Adults: A Review of the Epidemiologic Evidence. Journal of the American Geriatrics Society, 48(8),p883-893. Lien url: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2000.tb06884.x/epdf>
- Personnes âgées en MR-MRS**
- [10] LAMY M. (2014). La santé bucco-dentaire des personnes âgées. Revue Médicale de Liège, 69(5-6), p357-360. Lien url: <http://www.rmlg.ulg.ac.be/show.php>
- [11] LAMY M., MOJON P., KALYKAKIS G., LEGRAND R.,BUTZ-JORGENSEN E. (1999). Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. Journal of Dentistry, 27(6), p443-448.
- [12] POISSON P., LAFFOND T., CAMPOS S., DUPUIS V.,BOURDEL-MARCHASSON I. (2016). Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. Gerodontology, 33(2), p161-168. Lien url: <http://dx.doi.org/10.1111/ger.12123>
- [13] SOLIDARIS.(2016), consulté le. Assurance autonomie : solidarité nouvelle entre tous les Wallons. Lien url: <http://www.wallonie.be/fr/actualites/assurance-autonomie-solidarite-nouvelle-entre-tous-les-wallons>

[14] INAMI. (2012). Plan Global pour Soins Bucco Dentaires durables chez les Personnes à Besoins Particuliers.36p.

Lien url: <http://www.specialdent.be/fr/publique/concernant-specialdent/les-rapports>

[15] UNION EUROPEENNE (2010). Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée, 2010. Lien url :

http://www.age-platform.eu/images/stories/22495_guide_accompagnement_FR_low.pdf

[16] ESPACE SENIORS. (2015). L'autodétermination, une valeur forte pour la maison de repos de demain. Lien url :

<http://www.espace-seniors.be/SiteCollectionDocuments/Etude-autod%C3%A9termination.pdf>

Pour en savoir plus

[1] BUCKINX F., REGINSTER J.-Y., CROISIER J.-L., PETERMANS J.,BRUYÈRE O. (2016). Physical and muscle performances among elderly nursing home residents. Osteoporosis International, 27(supplement 1), p217. Lien url: <http://hdl.handle.net/2268/195526>

[2] BURCKINX F., REGINSTER J. Y., PETERMANS J., CROISIER J.-L., BEAUDART C., BRUNOIS T.,BRUYÈRE O. (2016). Relationship between frailty, physical performance and quality of life among nursing home residents: the SENIOR cohort. . Aging Clinical and Experimental Research, p1 - 9.

[3] CONSEIL WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ. (2011). Proposition pour améliorer la nutrition en maison de repos.Namur,Belgique.15p. Lien url:

http://www.uvcw.be/no_index/cpas/grandage/Rapport-nutrition-projet-final.pdf

[4] ISNPQ. (2013). Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées. Le point des experts. Québec.16p. Lien url:

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1640_SynthAccConnCondMiseOeuvreResServIntPersAgees.pdf

[5] JANSEN C.-P., CLABEN K., WAHL H.-W.,HAUER K. (2015). Effects of interventions on physical activity in nursing home residents. European Journal of Ageing, 12(3),p261-271. Lien url:

<http://dx.doi.org/10.1007/s10433-015-0344-1>

[6] MOUTON A., HENRIOULLE M.,CLOES M. (2014). Effets d'un programme d'activité physique intergénérationnel réunissant seniors et enfants d'âge préscolaire. Science & Sports,29, Supplement, pS8. Lien url:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0765159714001452>

[7] OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES-CAPITALE. (2016). Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en Région bruxelloise. Aperçu en 2016 et focus sur les résidents aux profils O ou A. Les Notes de l'Observatoire, 3, p1-44. Lien url:

<http://www.observatbru.be/documents/news-items/pdf/2016-03-note-observatoire-personnes-agees-et-maison-de-repos-et-de-soins-bruxelles-et-focus-pr.pdf>

[8] PNNS FRANÇAIS. (2016). Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées. La santé en mangeant et en bougeant. Guides alimentaires du Programme national nutrition-santé (PNNS).France.68p. Lien url:

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/959.pdf>

G3 : « Personnes âgées hors institution »

En raison de l'accroissement de la longévité, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses dans notre pays [1], et pour une grande majorité d'entre elles, vivent à domicile, seules ou en famille [2].

Dans ce cadre, l'alimentation saine et l'activité physique adaptée ont un rôle capital dans le **maintien, voire l'amélioration de la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées** [3; 4; 5], car elles permettent de conserver une capacité fonctionnelle, tout en améliorant les fonctions cognitives et les relations sociales [6].

Toutefois, les personnes âgées sont confrontées à des **problématiques spécifiques** qui impactent leur alimentation et leur capacité de mouvement. Par exemple, les personnes âgées sont sujettes à une perte d'appétit, leur sensation de soif peut être atténuée, l'appareil masticatoire est souvent altéré et les prothèses dentaires, mal adaptées [7; 8]; Elles présentent un risque accru de chute et de fractures...

En outre, les personnes âgées peuvent éprouver des difficultés d'accès aux lieux de services ou activités, par manque d'opportunités de transports adaptées, ou faute d'aménagement des espaces publics adapté et sécurisé. Or, la santé des aînés passe par leur **participation à la vie de la communauté** et par **l'accès à une offre de services et d'activités adaptés** [9].

Parallèlement, le maintien de l'autonomie et de la santé peut être soutenu par une quantité de **services d'aide à domicile**, dont certains touchent directement à l'alimentation et l'activité physique: la livraison de repas, l'assistance à l'entretien du domicile, les interventions d'ergothérapie, de kinésithérapie... [2] Les professionnels de ces services sont ainsi des **intervenants de choix pour promouvoir une approche santé auprès des personnes âgées**. Néanmoins ces professionnels sont confrontés à un rétrécissement toujours plus grand de leur temps d'intervention, qui ne leur permet bien souvent plus d'aller au-delà de la fonction et de ses aspects techniques.

Enfin, plus d'un senior sur cinq vit avec moins de 1000 euros par mois dans notre pays [10]. Or, on le sait, plus on avance en âge, plus des soins de santé sont nécessaires : pour une prothèse dentaire, des lunettes, un appareil auditif, un aménagement du logement adapté aux difficultés de mobilité ou de motricité... L'autonomie et la santé des personnes âgées implique ainsi de se pencher sur les **difficultés financières vécues par les aînés**, à travers les questions connexes du logement, de la mobilité, de l'accessibilité des soins de santé...

Impulsion OS 14

Développer une offre de proximité, adaptée et accessible financièrement, favorisant le lien social et le lien intergénérationnel, et basée sur les demandes et préoccupations formulées par les seniors eux-mêmes.

Intérêt

En portant sur le milieu de vie et l'offre de proximité, cet objectif est aligné avec les travaux relevant l'importance des déterminants socio-environnementaux de santé. Les **caractéristiques du quartier de résidence** (présence de trottoirs, accès à des installations sportives, possibilités d'achat d'aliments santé, etc.) interviennent en effet dans l'adoption et le maintien de comportements liés à la santé chez les personnes âgées, comme les habitudes alimentaires et de mouvement. [9]

Par ailleurs, l'objectif place les personnes âgées au centre des décisions qui les concernent, en reconnaissant leurs capacités et en favorisant leur **participation**, en cohérence avec la littérature et le programme de l'OMS « Villes amies des aînés » [11].

Acteurs et leviers incontournables

- Les CPAS, les pouvoirs locaux, communaux (dont associations de communes) et régionaux, pour la mise à disposition de ressources disponibles et accessibles à tous, et le soutien aux projets;
- Les aînés, eux-mêmes, notamment à travers les commissions et conseils communaux consultatifs des aînés (CCCA), les fédérations et associations représentatives, la coordination des associations de seniors (CAS);
- Les acteurs de l'offre : Associations, services, traiteurs, ADEPS, Clubs sportifs...
- Les associations de lutte contre la pauvreté et acteurs locaux de proximité comme les maisons de quartier...
- Les professionnels de la santé et de l'aide aux personnes (médecins généralistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides familiales...) qui peuvent avoir un rôle de relai, mais aussi avoir une fonction d'alerte, de veille;
- Les mutuelles (intervention dans le remboursement de certaines prestations).

Pistes d'action / OO 14.a

Ecouter et impliquer les seniors et leurs représentants

- Recenser les CCCA existants et en créer dans les communes où il n'y en n'a pas.
- Collaborer avec les fédérations et associations représentatives pour informer les personnes.

Critères de qualité

- Impliquer les fédérations et associations représentatives des aînés.
- Consulter et collaborer avec les CCCA.

Transversalités

Projet Plan Cocof, **axe 3 « Soutien aux acteurs de terrain »** stratégie 9 « Soutenir et encourager les démarches de qualité dont les actions communautaires qui abordent les aspects liés au renforcement des ressources et compétences psychosociales et/ou les modes de vie et environnement sains ».

Pistes d'action / OO 14.b

Adapter l'offre aux besoins

- Réaliser un recueil des besoins/attentes du public concerné (par les communes).

Critères de qualité

- Prendre en compte les spécificités des publics concernés. Par exemple : activités accessibles pour les personnes désorientées et leurs aidants, repas diététiquement adaptés...
- Prendre en compte et respecter les habitudes et différentes cultures
- Prendre en compte l'infrastructure (cuisine pour se faire des repas) et matériel (sportif) disponible à domicile
- Examiner la possibilité de prescription d'activité physique via le médecin généraliste

Pistes d'action / OO 14.c

Assurer l'accessibilité financière

- Harmoniser l'intervention des mutuelles dans le remboursement de prestations.
- Tendre vers la gratuité des activités ;
- Mettre à disposition des fiches d'activités pour autonomiser les personnes (reproduction à la maison d'activités, de recettes, d'exercices appris avec un professionnel) ; accompagner la livraison de repas à domicile par des recettes ;
- Soutenir le sport associatif à moindre coût ;
- S'appuyer sur les NTICs ou applications simples et peu coûteuses, comme le smartphone des personnes, ou un podomètre (10€) ;
- Développer le dispositif points jaunes pour favoriser l'utilisation du vélo (dispositif similaire à celui des "points verts ADEPS" pour la marche et la course à pied) ;
- Organiser des ateliers cuisine avec la possibilité de repartir avec 1 ou 2 plats préparés pour la suite de la semaine ;
- Assurer le remboursement des consultations diététiques pour tous – quid à travers l'assurance autonomie ?

Transversalités

- Projet Plan Cocof, axe 4 « Soutien à la population bruxelloise » stratégie 21 « Favoriser l'accès financier de la population à une alimentation de qualité et à des activités sportives».

Pistes d'action / OO 14.d

Assurer l'accessibilité physique/géographique

- Améliorer l'aménagement des espaces publics;
- Améliorer les possibilités de transports;
- Développer des partenariats avec opérateurs de mobilité privés ou publics, en favorisant les taxis sociaux et communautaires;
- Collaborer avec les fédérations et associations représentatives pour organiser des déplacements vers les lieux d'activité.

Transversalités

- WALAP « Aménagement des espaces publics » - Objectif Spécifique 46

Pistes d'action / OO 14.e

Favoriser le lien social et intergénérationnel

- Favoriser les lieux communautaires et les logements partagés;
- Favoriser les initiatives/lieux communautaires pour partager des repas;
- Installer des équipements et une communication adaptés pour développer l'activité physique en milieu urbain (attention, il faut un encadrement de l'utilisation de ces lieux) ;
- S'appuyer sur la présence d'un Plan de Cohésion Sociale au niveau (inter)communal pour soutenir cette dynamique;
- S'appuyer sur les événements thématiques existants, par exemple la « semaine des seniors ».

Pistes d'action / OO 14.f

Assurer l'accessibilité de l'information

- Recenser les activités communales existantes ;
- Informer sur les initiatives existantes et les groupements locaux de seniors ;
- Développer un guide des aînés (papier/web), un portail de l'offre qui recense l'offre en matière d'activité physique et d'alimentation;
- Utiliser les liens existants pour sensibiliser, promouvoir, initier des projets ;
- Etiqueter les aliments selon leur intérêt nutritionnel.

Transversalités

- Projet Plan Cocof, **axe 1 « Etat des lieux »** stratégie 3 « Elaborer un cadastre de ce qui est proposé en Région bruxelloise en matière de promotion de modes de vie et d'environnements favorables à la santé et l'actualiser annuellement » ; axe2 « Cadre institutionnel stratégie 6.2 Renforcer l'information sur la composition nutritionnelle et l'origine des denrées et rendre les étiquettes plus lisibles et plus claires » ; axe 4 « Soutien à la population » stratégie 15 « Proposer une information de proximité sur les démarches communautaires/citoyennes qui abordent les aspects liés au renforcement des ressources et compétences psychosociales et aux modes de vie et environnements favorables à la santé et sur les offres d'activité physique ».
- **WALAP** objectif cartographie de l'offre

Principe d'action

Impliquer les représentants des personnes âgées.

Transversalités

- Projet Plan Cocof, axe 3 « Soutien aux acteurs de terrain » stratégie 9 « Soutenir et encourager les démarches de qualité dont les actions communautaires qui abordent les aspects liés au renforcement des ressources et compétences psychosociales et/ou les modes de vie et environnement sains »

Moyen/long terme OS 16

Former les professionnels aux spécificités du vieillissement (Implications nutritionnelles, impact de la surmédication, déterminants de la santé...) et au « bien vieillir ».

Transversalités

- Projet Plan Cocof, axe 3 « Soutien aux acteurs de terrain » stratégie 10 « Outiller les acteurs de terrain sur les thématiques de l'alimentation, l'activité physique, l'alcool, le tabac ».

Moyen/long terme OS 17

Promouvoir auprès des personnes âgées une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée et suffisante.

Transversalités

- PPPsanté « Prévention des traumatismes non intentionnels et promotion de la sécurité »
- Projet Plan Cocof, **axe 4 « Soutien à la population bruxelloise »**, stratégie 14 « Renforcer les connaissances de la population en matière de modes de vie et d'environnements favorables à la santé ».

Moyen/long terme OS 18

Améliorer la prise en charge de la dénutrition, à travers la formation des professionnels, et à travers la mise en place de procédures de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel des personnes par les intervenants de première ligne.

Transversalités

- PWNS-be-A: L'AViQ organisera courant 2017 des formations à destination du personnel des MR-MRS, en partenariat avec les écoles de promotion sociale ; le projet d'étendre la formation au secteur de l'aide à domicile sera envisagé dans un 2ème temps. Par ailleurs, la mise en place de procédures de dépistage par les intervenants de 1ère ligne sera abordé mi-2017.
- Projet Plan Cocof, **axe 4 « Soutien à la population »** stratégie 19 « Lutter contre la dénutrition des personnes âgées ».

Références

- [1] SPF ÉCONOMIE.(2016), consulté le 04/10/2016. Tables de mortalité et espérance de vie [En ligne]. Lien url: http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/deces_mort_esp_vie/tables/
- [2] OBSERVATOIRE WALLON DE LA SANTÉ. (2014). Les services pour personnes âgées en Wallonie. Offre et utilisation. Wallonie santé, n°5, 44p. Lien url : <http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/OWS%20WS%205.pdf>
- [3] DOUMONT D.,DECCACHE A. (1999). Besoins de santé de promotion santé et d'éducation pour la santé des personnes âgées. Série de dossiers documentaires. p15.
Lien url : <http://ot-ds.sipr.ucl.ac.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos2.PDF>
- [4] OMS.(2015), consulté le 04/10/2016. 10 faits sur le vieillissement et la santé.
Lien url: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/>
- [5] OMS.(2016), consulté le 04/40/2016. Centre des médias : Santé mentale et vieillissement. Lien url: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
- [6] BLAIN H., VUILLEMIN A., BLAIN A.,JEANDEL C. (2000). Médecine préventive chez les personnes âgées. Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées La Presse Médicale, 22, p1240-1248. Lien url : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docdeuxannee/0107Aaactphys2004.pdf>
- [7] BOUTHIER-QUINTARD F. (2012). Vieillissement bucco-dentaire. In M. Ferry, D. Mischlich, E. Alix, P. Brocker, C. Constants, B. Lesourd, P. Pfitzenmeyer, & B. Vellas (Eds.), Nutrition de la personne âgée. Aspects fondamentaux cliniques et psycho-sociaux (4° ed., pp. 354). France: Elsevier-Masson.
Lien url: <http://biblioteca.usv.ro/Carti/Nutrition/Nutrition-de-La-Personne-Agee.pdf>
- [8] DEFLOOR T., GEURDEN B., BOCQUAERT I., CLAYS E., DARDENNE O., DE BONHOME A., DE RYKE H., VANDERWEE K., VAN HERK K., S. V.,GOBERT M. (2011). Dépistage et évaluation de l'état nutritionnel des résidents des MRPA – MRS. .Belgique.182p. Lien url: <http://docplayer.fr/12863326-Depistage-et-evaluation-de-l-etat-nutritionnel-des-residents-des-mrpa-mrs.html>
- [9] INPES. (2011). Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés. La Santé de l'homme, 411
Lien url: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-411.pdf>
- [10] VERMEULEN M. Les revenus des plus de 65 ans. Vivre chez soi ou en maison de repos : des coûts différents. 7p.
Lien url: https://vivre-ensemble.be/IMG/pdf/les_revenus_des_plus_de_65_ans.pdf
- [11] OMS. (2007). Global Age-friendly Cities : A Guide. 82p.
Lien url:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43755/1/9789241547307_eng.pdf

Pour en savoir plus:

- [1] BIBLIOAIDANTS. (2017). Aînés et vieillissement : Documentation à l'intention des proches aidants.Québec, Canada.75p.
Lien url: http://biblioaidants.ca/cahiers/cahier_aines_vieillissement_2017.pdf
- [2] COLLINET C., SCHUT P.-O. (2016). Les modes de prise en charge du public dans la prévention du vieillissement par les activités physiques au niveau local. Santé Publique, 28(HS), p41-49. Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-41.htm>
- [3] CRAES-CRIPS RHÔNE-ALPES. (2006). Nutrition des personnes âgées. Synthèse documentaire. Programme "Mieux se nourrir, mieux vivre quand on avance en âge". France.18p.
Lien url: http://education-sante-ra.org/publications/2006/nutrition_personnes_agees.pdf

[4] ESPACE PARTAGÉ DE SANTÉ PUBLIQUE (EPSP NICE). (2011). Sport Santé Séniors Saint-Roch : Evaluation du projet 4S.Nice, France.2p.

Lien url: http://www.epsp06.fr/wp-content/uploads/FicheEPSP_Parcours4S_Scan.pdf

[5] FWB. (2014). Synergies en santé 2. Cahier Bien vieillir, préserver l'autonomie. 64p.

Lien url: https://www.iweps.be/sites/default/files/synergies_bien_vieillir.pdf

[6] HANSON H. M., ASHE M. C., MCKAY H. A., WINTERS M. (2012). Mobilité des aînés et intersection entre cadre bâti et environnement social : examen des données probantes. Vancouver, Canada.16p. Lien url:

http://www.ccnse.ca/sites/default/files/Aines_environnements_bati_et_social_nov_2012.pdf

[7] INPES B. L.(2014). Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique.

Lien url: <https://www.youtube.com/watch?v=5UZ4gwxThvl>

[8] IRNS. (2004). Le point des connaissances sur ...vieillesse, santé et travail. Travail et Sécurité, 636, p4. Lien

url: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%205022>

[9] ISNPQ. (2013). Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées. Le point des experts. Québec.16p. Lien url:

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1640_SynthAccConnCondMiseOeuvreResServIntPersAgees.pdf

[10] KERR J., ROSENBERG D.,FRANK L. (2012). The Role of the Built Environment in Healthy Aging: Community Design, Physical Activity, and Health among Older Adults. Journal of Planning Literature, 27(1) ,p43-60.

Lien url : <http://jpl.sagepub.com/content/early/2012/01/17/0885412211415283>

[11] MOUTON A., HENRIOULLE M.,CLOES M. (2014). Effets d'un programme d'activité physique intergénérationnel réunissant seniors et enfants d'âge préscolaire. 1er Congrès international sur le sport et l'activité physique chez l'enfant. Liège(Belgique). Science & Sports, 29, Supplément, pS8.

Lien url: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0765159714001452>

[12] OBSERVATOIRE WALLON DE LA SANTÉ. (2014). Les services pour personnes âgées en Wallonie. Offre et utilisation. Wallonie santé, n°5, p44.

Lien url: <http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/OWS%20WS%205.pdf>

[13] OMS. (2012). Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020. Malte.32p.

Lien url: <http://www.villesamiesdesaines-rf.fr/images/oms/strategieetPA-2012-2020.pdf>

[14] OMS. (2015). Santé 2020 : l'éducation et la santé tout au long de la vie.Europe.2p.

Lien url:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/286766/H2020-SectoralBrief-Education-health_FRE_rev1.pdf?ua=1

[15] OMS. (2016). Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé. Soixante-neuvième assemblée mondiale de la santé. Point 13.4 de l'ordre du jour provisoire. 46p.

Lien url: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-fr.pdf

[16] ROMPEN J., CLOES M.,MOUTON A. (2013). La promotion de l'activité physique chez les 50+au sein d'une commune: évaluation des effets à court terme d'une intervention via internet Revue de l'Education Physique, 53, p78 - 93. Lien url:

<http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/156675/1/Rompen%2c%20Cloes%2c%20Mouton%2c%202013%2c%20RE P.pdf>

G4: « Patients concernés par les maladies chroniques »

La prévention doit constituer un aspect important dans une approche proactive de soins de santé orientés vers la population. Une personne souffrant d'une affection chronique a des **besoins** qui ne sont pas uniquement **médicaux** (diagnostic, traitement planifié et evidence based, traitement des symptômes et de la douleur, éviter les complications), mais aussi **psychologiques** (besoin d'information, de soutien émotionnel), sociaux (aide dans la vie journalière, intégration dans la société) et **spirituels** [10, p3].

Les maladies et les affections sont donc à considérer sous l'angle de leur prévention et sous l'angle de l'accompagnement des personnes concernées, accompagnement qui ne peut se limiter à la question de la qualité des soins, mais doit aussi tenir compte des difficultés sociales et psychologiques des personnes malades et de leurs proches. Les maladies chroniques, et leur corolaire c'est-à-dire le rôle social de malade chronique, invitent à une prise en compte globale en terme de justice sociale [7]. Sur le versant de la prévention et sur le versant du soin, les acteurs de la lutte contre la pauvreté ne cessent de tirer la sonnette d'alarme. Les maladies chroniques aggravent les inégalités sociales et les capacités de les prendre en charge sont impactées par le statut socio-économique [8]. Même si les résultats des études scientifiques relatifs au fait de souffrir d'une maladie chronique ne permettent pas de mettre en évidence de gradient par rapport au niveau d'instruction, on observe un gradient de comorbidité: plus on est diplômé, moins on risque de souffrir simultanément de plusieurs maladies chroniques. Ce gradient persiste après ajustement pour l'âge [6, p32].

Les maladies chroniques sont l'objet de plans et de mesures tant au niveau fédéral qu'au niveau régional. Les actions du plan wallon sur la prévention des maladies chroniques et l'accompagnement des malades chroniques devrait s'articuler au plan conjoint en faveur des malades chroniques (« Des soins intégrés pour une meilleure santé », 2015). Les « maladies chroniques » sont devenues une catégorie de l'action publique en santé publique. Leur prévalence introduit « le rôle de malade chronique » dans notre société. Isabelle Bazanger [9, pp3-27] avait déjà en 1985 analysé la construction sociale de ce rôle. Ce qui veut dire, en clair, que les personnes atteintes par une maladie chronique, ainsi que leur entourage, courent le risque d'une stigmatisation dommageable pour leur santé et pour leur insertion sociale. Les mesures d'impulsion proposées à l'issue du groupe d'impulsion tiennent compte de ces deux enjeux majeurs que sont (1) la qualité de vie et (2) la reconnaissance des personnes concernées par une maladie chronique. Les mesures répondent aussi aux défis posés par le plan conjoint en faveur des malades chroniques (« Des soins intégrés pour une meilleure santé, 2015).

Avis de la LUSS – Principe d'action

- a. La promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine doit avoir un objectif de valorisation et ne pas laisser de place à quelque mécanisme culpabilisateur que ce soit. La promotion de la santé est ici conçue comme s'effectuant à partir du contexte de vie singulier de chacun et de la maladie chronique qui le concerne. Ainsi, l'exercice physique ne se limite pas au sport mais englobe également tous les gestes du quotidien tandis qu'une alimentation de qualité ne se résume pas à des objectifs chiffrés à atteindre (« cinq fruits et légumes par jour »). De manière générale, il s'agit de promouvoir des activités se réalisant dans un contexte convivial et propice à l'échange mutuel de savoirs et surtout de bonnes pratiques.
- b. Les maladies chroniques et les personnes concernées par celles-ci doivent être appréhendées dans toute leur diversité. Les maladies chroniques, en fonction de leur nature ou de leur stade d'avancement, peuvent être extrêmement invalidantes pour les personnes concernées ou les affecter de manière mineure. De plus, les maladies chroniques peuvent engendrer des troubles d'ordre mental et/ou psychologique. Il convient donc de bien prendre en compte le caractère divers des maladies chroniques dans la mise en œuvre des objectifs.
- c. La dimension participative et l'empowerment des personnes concernées par les maladies chroniques dans la gestion de leur alimentation et de leur activité physique doivent être promus. Cela signifie concrètement que les Quickwins ne peuvent se limiter à informer et développer l'offre de services. Il importe en effet qu'ils intègrent les personnes concernées par les maladies chroniques dans ces démarches et leur donnent un rôle clé à cet effet, ceci dans une perspective d'empowerment développant leur pouvoir d'agir individuel et collectif.

Impulsion OS 19

Une offre de base universelle

Proposer une offre de base universelle en matière d'alimentation, d'activité physique et de lutte contre la sédentarité (marche, marche par intervalle, renforcement musculaire, danse, marche contée, ...).

- Soutenir ce qui existe et développer l'offre pour favoriser l'alimentation équilibrée et la pratique de l'activité physique par les personnes concernées par les maladies chroniques.
- Réorienter l'offre existante en matière d'activité physique et d'alimentation afin d'en faciliter l'accès pour les personnes concernées par les maladies chroniques

Intérêt

Cette mesure souligne l'importance de ne pas considérer les personnes atteintes de maladies chroniques comme étant « à part » à cause de leurs maladies. Cette mesure postule qu'il vaut mieux une offre accessible à tous et qui favorise l'inclusion sociale, qui évite une discrimination due à la maladie chronique. De l'avis des membres du groupe, une alimentation saine et de qualité, de même qu'une pratique du mouvement est, dans la majorité des cas, favorable à la santé : pour les personnes atteintes d'une maladie chronique comme pour la population générale.

Pistes d'action / OO 19.a

Renforcer le remboursement des activités favorables à la santé

Niveau global: Région/Etat

Pistes d'action / OO 19.b

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 (niveau local)

- Des foires aux activités se tiendront régulièrement à l'échelon local pour augmenter la visibilité de l'offre en matière d'activité physique et d'alimentation. Ces foires participeront à la création et au renforcement des réseaux d'acteurs locaux [11];
- Proposer un accompagnement pour les communes et/ou prestataires de services qui souhaiteraient réorienter leur offre;
- Adaptation de colis alimentaires pour les personnes en situation d'appauvrissement et concernées par les maladies chroniques;
- Renforcement des ateliers cuisine en lien avec le Plan Pauvreté [12];
- Promouvoir la notion de bien-être au travers de la pratique d'une activité physique notamment en proposant des programmes ciblés pour des publics spécifiques : cardiaques, diabétiques, personnes en décrochage scolaire ou professionnel, etc.; par exemple dans les centres Adepts.

Pistes d'action / OO 19.c

Niveau local: Inclure les services hospitaliers dans le maillage du réseau local.

- Des activités devraient être conçues pour faire le pont entre les activités de rééducation prescrites et le retour au domicile ou la fin de la prescription;
- Intégrer l'entourage du patient afin qu'il le soutienne dans ses changements de mode de vie et le suivi de son traitement.

Critères de qualité

- Les activités proposées sont inclusives ; elles renforcent le lien social, la convivialité ; elles associent les aidants proches, les familles;
- Elles combinent l'activité physique et l'alimentation;
- Elles s'adaptent aux ressources et difficultés des personnes concernées par une maladie chronique le cas échéant ;
- Les activités faciliteront l'adhésion des personnes concernées par les maladies chroniques à une alimentation plus équilibrée et à une augmentation de leur activité physique.

Impulsion OS 20

Grâce à l'information et aux conseils donnés en colloque singulier, le patient aura accès:

- aux installations (centres sportifs, piscines, parcs...) et services d'aide (diététiciens, sophrologues, tabacologues, assistants sociaux...) favorables aux modes de vie sains (loisir, alimentation saine, sport, arrêt du tabac, gestion du stress...) et adaptés à son âge, mobilité et pathologie éventuelle;
- aux mesures d'accessibilité financière;

Impulsion OS 21

Favoriser l'accès à l'information pour les professionnels

Les professionnels de proximité (santé, social) et les personnes concernées par une maladie chronique disposeront et auront connaissance des sources d'informations pour trouver les installations, les associations et services d'aide via un centre référence accessible sur le web et une ligne verte.

Intérêt

Les professionnels n'ont pas facilement accès à une information de qualité sur l'existence des services pour les personnes concernées par les maladies chroniques. Ce constat vaut aussi pour les personnes concernées par les maladies chroniques. Les professionnels n'ont pas le temps pour chercher eux-mêmes les offres. La connaissance que les professionnels ont de l'offre favorisera l'accessibilité de l'offre pour les personnes concernées par les maladies chroniques.

Critères de qualité

La qualité de l'information sur les services est importante, surtout elle doit tenir compte de la diversité des maladies chroniques, chaque maladie pouvant avoir des spécificités en termes d'alimentation et d'activité physique. « Il faut un endroit où les professionnels peuvent se documenter sur ce qui existe ».

Pistes d'action / OO 21.a

Etablir un cadastre de l'offre.

Le cadastre de l'offre devra s'appuyer sur les bases existantes auprès de l'administration de la Région wallonne.

Pistes d'action / OO 21.b

Développement d'un site web/application [13] et d'une ligne verte

- Mise en place d'une ligne verte pour les personnes concernées par les maladies chroniques et les professionnels. La ligne verte complète le service offert par le site.
- Mise en place d'une cellule de référence dont les missions pourraient être : (1) la mise à jour des informations, (2) fonctionnement de la ligne verte, (3) promotion et formation sur l'utilisation du service.
 - a. Les informations devront être validées afin que les professionnels puissent orienter en toute confiance.
 - b. L'ergonomie du site doit tenir compte des personnes handicapées, des compétences linguistiques, de la capacité à utiliser un site web.
 - c. L'ergonomie doit permettre de trouver facilement l'information.

Pistes d'action / OO 21.c

Formation des acteurs à la diversité culturelle et à l'approche des publics.

Afin d'accompagner les patients et de s'assurer que les maladies chroniques ne soient pas le déclencheur ou le vecteur d'entretien de la précarisation, les acteurs seront formés à l'approche de la diversité culturelle et des publics précarisés et bénéficieront d'une supervision à la demande. Ces aspects pourraient, par exemple, être intégrés dans les curricula de formation, initiale ou continue, des professionnels. Pour faire face à des situations critiques ou mener un projet spécifique, le recours à un soutien externe à l'équipe en place, devrait pouvoir être proposé.

Acteurs

Associations des médecins généralistes, Association des pharmaciens, Agence wallonne qualité de vie, Adeps.

Liste des propositions qui n'ont pas été retenues

12. Enquêter sur les consommations alimentaires et l'activité physique de la population wallonne
11. Intégrer dans le système d'information sanitaire des indicateurs de la morbidité liée à la pratique de l'activité physique.
10. Valoriser le suivi médical pour les pratiques sportives à risques.

Références

- [1] SENDRAIL M. S. (1981). Histoire culturelle de la maladie. G. Baudot & G. Mazars Eds. (Vol. 1). Toulouse: Privat
- [2] BORG T. (2014). L'UE s'engage à agir pour lutter contre les maladies chroniques. Lettre d'information n° 127. Lien url: http://ec.europa.eu/health/newsletter/127/focusnewsletter_fr.htm
- [3] OMS. (2013). Global Action Plan for the prévention and control of non communicable diseases 2013-2020.Genève. 55p. Lien url: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf
- [4] HEALTH BELGIUM (2016). Guide. Projets-Pilotes soins intégrés en faveur des maladies chroniques. Belgique. 48p. Lien url: http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/guide_projets-pilotes_soins_integres_en_faveur_des_malades_chroniques.pdf
- [5] PAULUS D., VAN DEN HEEDE K.,MERTENS R. (2012). Position Paper : Organisation soins maladies chroniques en Belgique. Bruxelles, Belgique. 70p. Lien url: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_190B_organisation_soins_malades_chroniques_Position%20Paper_0_0.pdf
- [6] OBSERVATOIRE WALLON DE LA SANTÉ.(2009). Tableau de bord de la santé des wallons. Lien url: <http://socialsante.wallonie.be>
- [7] WILLEMS S., IMPENS J., ALALUF V.,ROLAND M. (2007). Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. Santé conjugée, 40p. Lien url: <http://www.maisonmedicale.org/Problematique-des-inegalites-socio.html>
- [8] DE MUYLDER R. (2010). Combattre les facteurs de risque de maladies chroniques en milieu de grande pauvreté. Collection «Connaissance et engagement».p1-8. Lien url: http://www.atd-quartmonde.be/IMG/pdf/2010_facteurs_de_risque_A4.pdf
- [9] BASZANGER I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. Revue française de sociologie, p3-27. Lien url : http://www.persee.fr/docAsPDF/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2280.pdf
- [10] SPF SANTÉ PUBLIQUE. (2015). Plan conjoint en faveur des malades chroniques des soins intégrés pour une meilleure santé. 3p. Lien url: http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_cim_plan_soins_integres_malades_chroniques.pdf
- [11] GOUVERNEMENT WALLON. (2017). La Wallonie pérennise les RML pour améliorer le suivi de tous les patients souffrant de maladies chroniques ! Lien url: <http://prevot.wallonie.be/sant-la-wallonie-p-rennise-les-rml-pour-am-liorer-le-suivi-de-tous-les-patients-souffrant-de-maladies-chroniques>

Patients concernés par les maladies chroniques 48

[12] GOUVERNEMENT WALLON. (2015). Plan wallon de lutte contre la pauvreté. Gouvernement de la Wallonie 2015-2019 53p.

Lien url:

<http://gouvernement.wallonie.be/sites/default/files/nodes/story/7852-plcp100915finaliisynthese.pdf>

- p.16 : renforcer les mécanismes favorisant l'accès à une alimentation saine et variée pour le plus grand nombre
- p.16 : distribution des invendus des grandes surfaces
- p. 17 : soutien épicerie sociales
- p. 17 : Encourager le développement de plateformes d'achat solidaires
- p. 18 : intégrer une dimension « lutte contre la pauvreté dans le Plan « nutrition santé ». Les secteurs sociaux encouragent les comportements alimentaires sains auprès des usagers. Organisation d'atelier sur les comportements alimentaires. Encourager le « mieux manger »

[13] GOUVERNEMENT WALLON. Consulté le 17/02/2017. Digital Wallonia. Stratégie Numérique de la Wallonie.

Lien url: <https://www.digitalwallonia.be/>

Pour en savoir plus

[1] DESSERPRIX A., MARCHAND C.,CROZET C. (2016). Enfants atteints de maladies chroniques et activités périscolaires ? : des besoins de formation. Santé Publique, 28(4), p439-449.

Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-4-page-439.htm>

[2] INPES, MINISTÈRE CHARGÉ DES SPORTS,MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ. (2013). Activité physique et personnes atteintes de maladie chronique. Evaluation externe.France.37p.

Lien url: <http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/apsmaladiechronique2.pdf>

[3] OMS. (2003). Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques.Genève.142p.

Lien url: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_fre.pdf

[4] OMS. (2014). Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014. Atteindre les neuf cibles mondiales : une responsabilité partagée. Lien url:

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

[5] PATIENTS C. A. (2016). Guide parcours de santé des personnes malades chroniques. France. 128p. Lien url:

<http://www.chronicite.org/wp-content/uploads/Guide-Parcours-de-sant%c3%a9-2016-ICA-p-p.pdf>

[6] ROBERTS C. K.,BARNARD R. J. (2005). Effects of exercise and diet on chronic disease. J Appl Physiol (1985), 98(1), p3-30. Lien url: <http://jap.physiology.org/content/98/1/3.full.pdf+html>

[7] 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" . 31p.

[8] WIV-ISP. (2016). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Enquêtes, Mode de vie et Maladies chroniques. Bruxelles, Belgique. 221p. Lien url:

https://fcs.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/FRANS/Resume_FR_finaal_web.pdf?Mobile=1

G5: « Enseignement obligatoire »

Depuis plus de trente ans, différents chercheurs se sont emparés du concept d'école promotrice de santé, en proposant différents modèles théoriques, développant des interventions et les testant, partageant leurs connaissances en réseau [1]. La nécessité de travailler à la fois l'alimentation et l'activité physique dans une perspective globale, qui tient compte des dimensions biologique, psychologique et sociales, qui implique la société et mobilise les politiques de manière intersectorielle est établie.

Trois facteurs ont encouragé, à différentes époques, les acteurs à se centrer sur l'école. Premièrement, l'école touche une grande diversité de population ; deuxièmement la quantité de temps passé en son sein augmente sa fonction ; troisièmement, une préoccupation majeure a été accordée à la protection de la santé des jeunes et des enfants ; quatrièmement, l'action sur les élèves peut potentiellement avoir des effets sur la famille et les proches, mais aussi sur la génération de parents futurs.

Pour ce qui concerne l'état des lieux et l'articulation des instruments au **niveau politique**, deux éléments peuvent être relevés. D'une part, le **Décret** de la Communauté française portant diverses dispositions en matière d'enseignement, adopté le 4 février 2016, prévoit, outre la mise en place d'un projet d'établissement (existant déjà précédemment), l'élaboration d'un **plan de pilotage**. Ainsi, au plus tard pour le 1er septembre 2008, chaque établissement doit élaborer un plan de pilotage pour une période de 6 ans. Ce plan comprendra notamment un ensemble de points stratégiques, dont la stratégie d'apprentissage et d'accès aux sports ainsi que les collaborations avec les institutions sportives de la zone, la stratégie relative à la promotion de la santé, et la stratégie en matière de formation continuée de son personnel. D'autre part, les discussions sont toujours en cours concernant le projet de **Pacte d'excellence**. Il conviendra d'articuler au mieux les mesures avec les dispositions prévues dans le cadre de cet instrument.

Par ailleurs, il est important de prendre la question des **inégalités** en considération en vue d'élaborer et d'opérationnaliser les instruments : des inégalités sociales et des différences entre les bassins socio-économiques sont relevées, les moyens financiers et les conditions matérielles (espaces et matériel disponibles) et d'accès peuvent varier.

Au sein même des établissements scolaires, une surcharge administrative, une concurrence entre les différentes activités à réaliser ainsi que des obstacles structurels pour faire des liens entre les différentes matières doivent être évalués.

Impulsion OS 22

Rendre obligatoire l'insertion d'un chapitre spécifique sur l'alimentation équilibrée et durable et l'activité physique dans chaque projet d'établissement et dans le ROI, ainsi que dans les futurs plans de pilotage, en restant attentif à l'aspect participatif, dans la construction et dans le suivi.

Intérêt

Cet objectif à caractère réglementaire agira au niveau structurel ; il permettra de sensibiliser l'ensemble des acteurs scolaires à l'alimentation équilibrée et durable et de promouvoir l'activité physique au sein des écoles, dans une perspective concrète et sur du long terme, en associant l'ensemble des acteurs. Il s'intègre dans les objectifs et stratégie définis aux niveaux international (Charte de Shangaï, OMD), et régional et communautaire (DPC, DPR, DD). Enfin, dans le cadre de la consultation écrite, une proposition relative à la mise en place d'un label a été soumise aux participants et a été rejetée en masse.

Cette mesure permettra d'adopter une attitude cohérente avec le message transmis et de sensibiliser l'ensemble des acteurs à l'alimentation saine et équilibre et de promouvoir l'activité physique au sein des écoles, notamment en mettant en place des projets participatifs concrets et sur du long terme, fondés sur l'expression et les attentes des élèves.

Acteurs

S'agissant d'une mesure réglementaire, le levier essentiel se situe au niveau politique, principalement en FWB.

Pour élaborer et opérationnaliser les instruments, il convient de prendre en compte la variété des acteurs, en intégrant et en mobilisant l'ensemble des parties prenantes.

- le projet d'établissement est préparé par le PO et la Direction, et ensuite discuté au Conseil de participation;
- le ROI est discuté par le PO et par l'ensemble de l'équipe éducative;
- les élèves, leurs parents et leur familles, les associations de parents, l'ensemble des acteurs scolaires, le conseil de participation;
- les médecins scolaires, les centres PMS, les SPSE;
- les Fédérations sportives scolaires, les écoles de devoirs, les centres de vacances, l'accueil extrascolaire et la coordination ATL;
- les Communes ;
- les acteurs de l'environnement et de l'offre alimentaire (et notamment les producteurs locaux);
- les personnes ressources;
- les mutuelles;
- les médias.

Critères de qualité

- préciser l'implication de chaque acteur dans la construction des plans de pilotage;
- définir des actions concrètes avec une visée à long terme;
- décloisonner les secteurs : par exemple, l'éducation à l'environnement participe à l'éducation physique, néanmoins le cours d'éducation physique ne doit pas perdre de sa spécificité;
- prendre en considération la représentation des cultures;
- adopter une approche globale en matière d'alimentation, c'est-à-dire basée sur une découverte alimentaire et sensorielle plus qu'une approche purement nutritionnelle;
- aborder les sujets activités physique et alimentation dans le cadre des cours généraux, par exemple le cours de citoyenneté;
- soutenir les écoles de manière continue, avec une intensité dégressive;
- adopter une attitude cohérente avec le message transmis.

Transversalité

- Décret de la Communauté française portant diverses dispositions en matière d'enseignement (4 février 2016) (Chapitre 11, section 2 « Du projet d'établissement et du plan de pilotage de l'établissement, définition du Plan de pilotage et des stratégies à mettre en œuvre, notamment la stratégie relative à la promotion de la santé);
- Projet de Pacte d'excellence (Axe 1: Enseigner les savoirs et compétences de la société du 21ème siècle et favoriser le plaisir d'apprendre, grâce à un enseignement maternel renforcé, à un tronc commun polytechnique et pluridisciplinaire et à un cadre d'apprentissage révisé et reprecisé, Axe 5 : Assurer à chaque enfant une place dans une école de qualité, et faire évoluer l'organisation scolaire afin de rendre l'école plus accessible, plus ouverte sur son environnement et mieux adaptée aux conditions du bien-être de l'enfant.
- Deuxième Stratégie wallonne de développement durable (Mesure A18 : Sensibiliser les élèves et acteurs scolaires à l'alimentation saine et équilibrée et promouvoir l'activité physique au sein des écoles).
- Projet de Plan Cocof, Axe 4 : soutien à la population bruxelloise, Stratégie 16: Accompagner les écoles dans la mise en œuvre de leur stratégie de promotion de la santé, Stratégie 17 : favoriser une alimentation équilibrée, de qualité, durable et accessible financièrement et culturellement dans les collectivités.

Pistes d'action / OO 22.a

Outiller les personnes ressources

- fournir des instruments d'analyse pour établir les priorités du plan de pilotage, particulièrement dans les zones où les établissements accueillent des populations plus défavorisées;
- organiser des formations interprofessionnelles adaptées à destination des enseignants et des acteurs scolaires, et renforcer leur formation initiale;
- améliorer la collaboration entre le secteur de la promotion de la santé et de l'éducation relative à l'environnement pour les questions relatives à l'alimentation équilibrée, aux activités physiques et à la publicité dans les écoles.

Pistes d'action / OO 22.b

Développer les activités éducatives

- intégrer l'activité physique et l'alimentation de manière interdisciplinaire et transversale dans le curriculum pédagogique;
- mener des recherches action afin d'établir les liens entre les disciplines
- garantir l'accès à une éducation innovante à l'alimentation et à l'activité physique en milieu scolaire et extrascolaire (ateliers du goût, activités pour développer la découverte des aliments, potagers pédagogiques, participation à la conception des menus de l'école, activités « cuisine » avec les légumes récoltés, ...).

Moyen/long terme OS 23

Travailler sur l'offre et l'accessibilité liée à l'alimentation :

- Proposer aux enfants, aux jeunes et à la communauté éducative une offre alimentaire en milieu scolaire et extrascolaire (repas, lunch, tartines, collations et boissons) accessible financièrement, équilibrée et durable [diversifiée, de qualité, locale, de saison, équilibrée, de préférence bio et limitant le gaspillage];
- supprimer les distributeurs et les points de vente d'encas sucrés et salés et proposer une aide à la mise en place d'alternatives aux distributeurs ;
- veiller à prévoir des lieux de repas agréables.

Critères de qualité :

- adapter l'offre alimentaire, qui doit être inclusive, et convenir à tous;
- évaluer la complémentarité des offres ;
- Veiller à la coordination locale de l'offre.

Moyen/long terme OS 24

Travailler sur l'offre et l'accessibilité liée à l'activité physique:

- Proposer une offre diversifiée d'activités physique et/ou sportives en milieu scolaire et extrascolaire, accessible à tous culturellement, socialement et financièrement et adaptée aux besoins des élèves

Critères de qualité

- favoriser la présentation des synergies dans les offres;
- évaluer la complémentarité des offres;
- veiller à la coordination locale de l'offre.

Pistes d'action / OO 24.a

Modifier les organisations pour accroître la pratique de l'activité physique pendant le temps scolaire, péri ou parascolaire

- développer des activités physiques supplémentaires au cours d'éducation physique (liées au curriculum), notamment dans le cadre d'activités péri ou parascolaires;
- permettre aux écoles qui en font la demande, notamment parce qu'elles disposent des structures, d'augmenter le nombre d'heures d'éducation physique;
- accorder une place à la psychomotricité, particulièrement en maternelle et primaire.

Pistes d'action / OO 24.b

Développer des synergies avec d'autres acteurs pour soutenir la diversification, l'accroissement de l'offre ou de l'utilisation de celle-ci

- encourager le dialogue entre le monde scolaire et le monde médical, notamment sur la question des dispenses du cours d'éducation physique par des certificats médicaux, et sur la question des maladies chroniques;
- encourager les synergies actuellement développées entre les administrations du sport et de l'enseignement et assurer une concertation régulière entre les acteurs du mouvement sportif (Fédérations, Associations sportives scolaires, Association interfédérale du sport francophone, Comité olympique et interfédéral belge, etc.), les secteurs transversaux (santé, enseignement, etc.) et les différents niveaux de pouvoir compétents;
- impliquer les services de didactique de l'éducation physique pour aider les diplômés à s'engager.

Moyen/long terme OS 25

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.

Intérêt

Cette proposition peut favoriser la lutte contre les pratiques sexistes et de stigmatisation mettant à mal l'image de soi des jeunes en lien avec leur apparence ou leurs aptitudes physiques.

Référence

[1] DANMARKS PAEDAGOGISKE UNIVERSITETS FORLAG. (2005). The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice. 510p.

Lien url: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/111117/E90358.pdf

Pour en savoir plus

[1] A CONTRE COURANT. (2016), consulté en juin 2016. Cantines scolaires : passer au bio sans passer au bobo, c'est faisable ! Lien url:

<http://a-contre-courant.be/index.php/2016/05/30/cantines-scolaires-passer-bio-passer-bobo-cest-faisable>

[2] AUJEAN S., OBSERVATOIRE DE L'ENFANT COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE. (2016). Enquête sur le temps de midi dans les établissements de l'enseignement fondamental ordinaire de la région bruxelloise. Manger à la cantine: un mauvais moment à passer pour les enfants. Belgique. 32p.

Lien url: <http://www.grandirabruzelles.be/Publications/rapports/Midi/Rapportmidi.pdf>

[3] BROWN E. C., BUCHAN D. S., BAKER J. S., WYATT F. B., BOCALINI D. S., KILGORE L. (2016). A Systematised Review of Primary School Whole Class Child Obesity Interventions: Effectiveness, Characteristics, and Strategies. Biomed Res Int, 2016 ,p16.

Lien url : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27668254>

[4] BRUXELLES ENVIRONNEMENT - IBGE (2016). L'alimentation en classe: l'environnement au menu. Dossier pédagogique niveaux fondamental et secondaire. Bruxelles, Belgique. 68p. Lien url:

http://document.environnement.brussels/opac_css/electfile/DOP_AlimentationEnClasse_FR.pdf

[5] CENTRE DE RECHERCHE ET D'EXPERTISE EN ÉVALUATION (CREXE). (2014). La prévention de l'obésité au québec : Portrait analytique des initiatives et politiques gouvernementales visant les jeunes. Québec, Canada. 183p. Lien url:

https://www.evaluation-prevention-obesite.ulaval.ca/files/content/sites/pepo/files/fichiers/Rapport_CREXE%20%20aout%202014_1.pdf

[6] COMMISSION EUROPÉENNE - EACEA EURYDICE. (2013). L'éducation physique et le sport à l'école en Europe. Rapport Eurydice. Luxembourg. 80p. Lien url:

http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/150FR.pdf

[7] CZAPLICKI G., DONIO V., NOSSEREAU C., FIKOJEVIC M., RICHARD D. (2016). « Bouge ta santé à Clichy-sous-Bois » : une approche intersectorielle de l'activité physique. Santé Publique, 28(HS), p175-178.

Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-175.htm>

[8] DOBBINS M., HUSSON H., DECORBY K., LAROCCA R. L. (2013). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. Cochrane Database Syst Rev, 2, p262.

Lien url: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450577>

[9] EDUSCOL. (2009). Nutrition à l'École « Alimentation et activité physique » Dossier national d'information à destination des équipes éducatives. France. Ministère de l'éducation nationale : Direction générale de l'Enseignement scolaire. 38p. Lien url :

http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/57/3/dossier_national_nutrition_114573.pdf

[10] GODIN I., DECANT P., MOREAU N., DE SMET P., BOUTSEN M. (2008). Santé des jeunes en communauté française de Belgique, activité physique et sédentarité. Résultats de l'enquête HBSC 2006. Bruxelles. ULB. PARTIE II - chapitre IV p 40-47p.

[11] INSPQ. (2016). Analyse des liens entre l'usage de la cigarette et les habitudes alimentaires, l'activité physique de loisir et le poids corporel chez les élèves québécois du secondaire : 2010-2011. Québec, Canada. 71p. Lien url:

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2174_lien_cigarette_alimentaires_loisirs_poids.pdf

[12] INSPQ, BARIL G., PAQUETTE M. C., QUIMET A. M. (2014). Ados 12-14 : les dimensions socioculturelles des pratiques alimentaires et d'activité physique des adolescents. Québec. INSPQ. 29p. Lien url: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1773_Ados12-14DimSocioPratAlimActPhyAdo.pdf

[13] ISP. (2016). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 4 : la consommation alimentaire. Résumé des principaux résultats. Belgique. 88p. Lien url: https://fcs.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/FRANS/Rapport%204/Rapport_4_FR_finaal.pdf

[14] LA MUTUALITÉ SOCIALISTE. (2012). Mener des projets santé en classe. l'alimentation : Des questions, des réponses, des pistes, une sélection d'outils sur le thème de l'alimentation. Bruxelles. Fédération Wallonie-Bruxelles, 16p. Lien url:

<http://www.alimentationdequalite.be/IMG/pdf/projets-alimentation-en-classe.pdf>

[15] LANGLOIS J., OMOROU A. Y., VUILLEMIN A., LECOMTE E., BRIANÇON S. (2016). Participation d'adolescents en surpoids de milieu défavorisé à une intervention de promotion de l'activité physique à l'école. Santé Publique, 28(HS),p135-139.

Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-135.htm>

[16] LE LIGUEUR. (2016), consulté le juin 2016. Peut-on éviter l'obésité chez nos enfants ? Lien url: <https://www.laligue.be/laligueur/articles/peut-on-eviter-l-obesite-chez-nos-enfants>

[17] MAURICE A. (2014). Les préadolescents comme ressorts des actions de santé publique : analyse d'un projet d'éducation alimentaire en collège. Paris, France. 551p.

Lien url: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01088131/document>

[18] MOURGUES M., GOURLAN M., COSTE O., FREGEAC B., MORA L., COUSSON-GÉLIE F. (2016). Promouvoir l'activité physique des enfants : Le « Grand Défi Vivez Bougez ». Santé Publique, 28(HS),p83-88. Lien url:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-83.htm>

[19] MOUTON A., BOONE P., CLOES M. (2015). How to determine the place provided to physical activity in a primary school ? An attempt to identify objective variables. Revista Española de Educación Física y Deportes, 410 (suppl). Lien url: http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/185822/1/Mouton_Boone_Cloes_2015.pdf

[20] MOUTON A., CLOES M., DE RIDDER K., CARDON G., SEPGHERS J., WIJZES A. I., VERLOIGNE M. (2016). The Global Matrix 2.0 : the 2016 Belgium report card on physical activity for children and youth. Journal of Physical Activity and Health, p25.

Lien url: <http://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2016/11/belgium-report-card-long-form-2016.pdf>

[21] OMS. (2016). Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant.

Lien url: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-fr.pdf

[22] TREMBLAY M. S., BARNES J. D., GONZALEZ S. A., KATZMARZYK P. T., ONYWERA V. O., REILLY J. J., TOMKINSON G. R., GLOBAL MATRIX 2.0 RESEARCH T. (2016). Global Matrix 2.0: Report Card Grades on the Physical Activity of Children and Youth Comparing 38 Countries. J Phys Act Health, 13(11 Suppl 2),pS343-S366.

Lien url : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27848745>

[23] WIJZES A. I., VERLOIGNE M., MOUTON A., CLOES M., DE RIDDER K. A. A., CARDON G., SEPGHERS J. (2016). Results From Belgium's 2016 Report Card on Physical Activity for Children and Youth. Journal of Physical Activity and Health, 13(11 Suppl 2), p95-103. Lien [url:http://dx.doi.org/10.1123/jpah.2016-0306](http://dx.doi.org/10.1123/jpah.2016-0306)

G6: « Enseignement supérieur »

Dernière période transitoire avant l'entrée dans la vie active, mais aussi moment de changement, l'entrée dans l'enseignement supérieur est une étape durant laquelle de nombreuses modifications dans le mode de vie et les comportements de santé des étudiants s'installent. Dès leurs premières années universitaires, les étudiants doivent faire face à de nombreux changements, notamment psychosociaux. Ce nouveau contexte sociologique peut favoriser l'apparition ou l'aggravation de certains risques et comportements, notamment addictifs [1].

Ainsi, le passage de l'école secondaire à l'enseignement supérieur serait une période critique concernant le gain de poids des étudiants. En effet, selon une étude menée en 2011-2012 auprès d'étudiants de la VUB, une augmentation significative de l'IMC a été constatée durant la période du premier semestre de la première année du grade de bachelier [2]. Cette augmentation révélerait que des changements du mode de vie, notamment en matière d'alimentation et de sédentarité ont lieu lors de leur entrée dans l'enseignement supérieur. Ces résultats montrent la nécessité d'avoir une meilleure compréhension pour élaborer des stratégies d'intervention adaptées aux populations jeunes [1].

Dans ce contexte, les enjeux reposent sur l'identification des éléments qui permettent la poursuite ou la stimulation de la pratique d'une activité physique ainsi que l'adoption d'une alimentation équilibrée auprès des étudiants, particulièrement dans cette période de transition, c'est à dire dès leur entrée dans l'enseignement supérieur et durant l'ensemble de leur cursus. Cela nécessite d'établir les constats en la matière, d'identifier et analyser les besoins du public cible, de déterminer les leviers majeurs favorisant la pratique, de créer ou adapter une offre en conséquent, d'interroger la question de l'accès, notamment financier. En effet, des difficultés financières sont souvent rencontrées chez les étudiants, doivent faire l'objet de mesures concrètes, complémentaires aux épiceries sociales auxquelles certains étudiants en situation précaire de la Région wallonne ont déjà accès. [3]

Impulsion OS 26

Encourager les acteurs de l'enseignement supérieur à développer et mettre en œuvre des projets promouvant l'activité physique et l'alimentation saine auprès des étudiants et des membres du personnel, en collaboration avec les organisations représentatives des étudiants

Intérêt

Cette proposition rencontre les préoccupations liées à l'alimentation et à l'activité physique formulées dans différentes études relatives à l'enseignement supérieur. Par ailleurs, l'expérience de terrain montre que les messages sont souvent mieux acceptés quand ils sont diffusés par les étudiants eux-mêmes. Par exemple, la Haute Ecole Condorcet a mis à disposition des locaux destinés à l'activité physique en dehors des heures scolaires, pour différents publics. Les étudiants gèrent et encadrent les activités, s'impliquent dans le projet, ce qui favorise une grande mixité sociale. Un autre exemple d'une stratégie impliquant l'ensemble des acteurs est celui des Restaurants Universitaires de LLN : une modification complète de la vision et de la réalisation a été introduite depuis quelques années, par une manière de travailler qui privilégie l'alimentation saine, locale, dans une démarche durable (plateforme d'achat, absence de gaspillage, lien avec les services sociaux, ...). Par ailleurs, les acteurs impliqués dans le groupe de travail ont souligné que la mise en place d'un label au sein des établissements d'enseignement supérieur n'est pas comme une initiative efficiente.

Acteurs

Dans un premier temps, au niveau politique, le levier essentiel se situe au niveau de la FWB. L'ARES doit être impliqué dans la réflexion, ainsi que les pôles académiques. Ensuite, les établissements d'enseignement supérieur, et les différents acteurs et structures de l'établissement ont un rôle à jouer, en complémentarité.

Critères de qualité

- prendre en considération les différences, particulièrement matérielles et financières, entre les institutions : entre les Universités et les Hautes Ecoles, et entre les Hautes Ecoles elles-mêmes ;
- mettre en place des actions régulières, et une promotion permanente, tout au long du parcours académique : éviter absolument toute action « one shot » qui n'aurait pas beaucoup d'impact;
- développer et soutenir la volonté au sein des institutions : mettre en place une vision concrète et à long terme et réunir les acteurs régulièrement;
- tisser des liens entre les pôles académiques, dans le cadre desquels des discussions sur ces thématiques se tiennent déjà;
- décroïsonner les activités;
- changer les modes opératoires d'enseignement et responsabiliser les jeunes (pédagogie, gestion de projets, interdisciplinarité);
- accorder une attention particulière aux spécificités culturelles.

Transversalité

- Décret Paysage (définition et missions de l'ARES et des Pôles académiques, l'article 53 prévoit qu'un pôle académique « offre des services collectifs destinés au personnel et aux étudiants de ses membres notamment des bibliothèques et salles d'études, des restaurants et lieux conviviaux, des services médicaux, sociaux et d'aide psychologique, des activités sportives et culturelles [...] »
- Projet de Plan Cocof : Axe 3, soutien aux acteurs de terrain, Stratégie 9 : Soutenir et encourager les démarches de qualité dont les actions communautaires qui abordent les aspects liés au renforcement des ressources et compétences psychosociales et/ou les modes de vie et environnement sains
- Walap, autre GI (Aménagement des Espaces publics).

Pistes d'action / OO 26 a

Soutenir le développement de projets au sein établissements

- soutenir l'identification des besoins des étudiants et des membres du personnel notamment sur le plan de l'accès (financier, géographique, temporel) à l'offre;
- soutenir les projets de recherche action sur ces thématiques;
- identifier en interne aux institutions une série de relais et envisager de créer une cellule alimentation et/ou activité physique, et d'éventuellement désigner une personne ressource;
- organiser des activités à destination du personnel sur le temps de midi;
- renforcer l'accès à une offre alimentaire de qualité, notamment en transformant la manière de travailler au sein des restaurants universitaires (privilégier l'alimentation saine, locale, dans une démarche durable (plateforme d'achats, absence de gaspillage, lien avec les services sociaux, ...), en intégrant le bio et l'équitable dans les cahiers des charges

Pistes d'action / OO 26 b

Favoriser la construction de bonnes pratiques entre établissements

- partager et diffuser les informations sur les projets déjà réalisés et/ou en cours;
- établir un relevé des bonnes pratiques, opérationnel et exhaustif ;
- mettre en place d'un Observatoire de la Santé en milieu étudiant;
- développer les possibilités offertes par la carte étudiant.

Pistes d'action / OO 26 c

Développer des actions de sensibilisation

- promouvoir la réalisation de capsules vidéos;
- créer et disposer des affiches dans les abris bus;
- intégrer de la promotion de l'activité physique et l'alimentation saine dans l'ensemble des cursus (exemple de l'option audiovisuel).

Moyen/long terme OS 27

Permettre aux étudiants de valoriser des crédits en s'investissant dans des projets qui touchent la sensibilisation à la qualité de vie

Moyen/long terme OS 28

Renforcer l'accessibilité liée à l'alimentation

- Proposer aux étudiants une offre alimentaire non seulement équilibrée, idéalement locale, de saison et bio en les sensibilisant au plaisir d'une alimentation équilibrée
- Favoriser une accessibilité culturelle, sociale, financière aux offres alimentaires équilibrées (accès géographique, adapté aux modes de vie, attractivité)

Moyen/long terme OS 29

Renforcer l'accessibilité Liée à l'activité physique et au sport :

- Favoriser une accessibilité culturelle, sociale, financière aux offres d'activités physiques et sportives

Références

[1] LADNER J., PORROVECCHIO A., MASSON P., ZUNQUIN G., HURDIEL R., PEZÉ T., THEUNYNCK D., TAVOLACCI M.-P. (2016). Activité physique chez les étudiants : prévalence et profils de comportements à risque associés. Santé Publique, 28(HS), p 65-73.

Lien url : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-65.htm>

[2] DELIENS T., CLARYS P., VAN HECKE L., DE BOURDEAUDHUIJ I., DEFORCHE B. (2013). Changes in weight and body composition during the first semester at university. A prospective explanatory study. Appetite, 65, p 111-116. Lien url : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666313000536>

[3] UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN (UCL). Une épicerie solidaire à Louvain-la-Neuve [En ligne]. Consulté le 4/11/16.

Lien url: http://www.placet.be/jgo/images/Dossier_de_presse_epicerie_sept_14.pdf

Pour en savoir plus :

[1] BOUGER-SANTÉ. (2011). Bouger Manger; Un guide pour être Bien dans son corps et dans son assiette. Louvain, Belgique. 66p. Lien url:

http://otds.sipr.ucl.ac.be/cps/ucl/doc/sport/documents/BRO_bougermanger_def_150911.pdf

[2] EL ANSARI W., STOCK C., MIKOLAJCZYK R. T. (2012). Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries - A cross-sectional study. Nutrition Journal, 11(1), p28.

Lien url: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-11-28>

[3] FAGE. Bien dans ton assiette ! La campagne sur l'équilibre alimentaire des étudiants. France. 28p. Lien url:

http://www.fage.org/ressources/documents/2/533,Kit-de-mobilisation_Bien-dans-ton-as.pdf

[4] HOGGE M., WALEWYN S. (2016). Consommation d'alcool en milieu étudiant bruxellois : un projet de réduction des risques. Bruxelles. 28p. Lien url:

<http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Consommation-dalcool-en-milieu-%C3%A9tudiant-un-projet-de-R%C3%A9duction-des-Risques-version-web.pdf>

[5] LADNER J., PORROVECCHIO A., MASSON P., ZUNQUIN G., HURDIEL R., PEZÉ T., THEUNYNCK D., TAVOLACCI M.-P. (2016). Activité physique chez les étudiants : prévalence et profils de comportements à risque associés. Santé Publique, 28(HS), p 65-73.

Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-65.htm>

[6] LANGFORD R., BONELL C. P., JONES H. E., POULIOU T., MURPHY S. M., WATERS E., KOMRO K. A., GIBBS L. F., MAGNUS D., CAMPBELL R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database Syst Rev, 4, p1-270.

Lien url: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24737131>

[7] LONFILS C., PIETTE D. (2006). Santé et bien-être des étudiants de 1ère année : 3ème enquête sur les comportements de santé des nouveaux étudiants inscrits en 1ère année de bachelier à l'ULB. Unité de Promotion Education Santé (ULB-PROMES), ESP-ULB. Bruxelles.

[8] OMS, KELLY P., MATTHEWS A., FOSTER C. (2013). Jeune et physiquement actif : Schéma d'orientation visant à rendre l'activité physique attrayante pour les jeunes. Royaume-Uni, Oxford. OMS europe. 54p.

Lien url: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/195738/e96697F.pdf

[9] RÉSEAU NATIONAL DES MUTUELLES ÉTUDIANTES DE PROXIMITÉ. (2013). Santé des étudiants 2013. France. 47p. Lien url:

<https://www.mep.fr/content/download/22363/687143/version/1/file/Enqu%C3%AAtes%20sant%C3%A9%202013%20-%20rapport%20MEP%20sur%20l%27acc%C3%A8s%20aux%20soins.pdf>

G7: « Petite enfance »

Il existe de nombreux déterminants de la santé des adultes qui agissent dès la petite enfance [1]. De multiples habitudes et apprentissages alimentaires et de mouvement s'intègrent tôt au cours de la vie d'un individu, tant au sein de la famille, que dans les différents milieux de vie.

Les **milieux d'accueil** doivent garantir l'accès à un **cadre de vie favorable à la santé** pour les enfants d'âge préscolaire [2], dont font partie l'alimentation équilibrée et accessible, ainsi que le mouvement libre et spontané. Ces dimensions sont d'ailleurs inscrites par l'ONE dans des recommandations plus globales en termes de conditions de vie saines : respect du rythme de l'enfant, accueil des bébés allaités, accès à une alimentation de qualité, etc.

L'application au quotidien de ces recommandations dans les milieux d'accueil peut néanmoins être rendue difficile par l'organisation du travail, la multiplicité des tâches à réaliser... Les équipes ont ainsi besoin d'une **formation** ancrée et concrète (sur des aspects pratiques : décongélation, respect chaîne du froid...), mais aussi d'un **accompagnement continu sur le terrain** renforcé pour développer d'autres éléments essentiels (lien avec la famille, qualité, notion de plaisir, découverte des aliments et des sens...) et pérenniser les projets.

En outre, les acteurs qui encadrent les enfants doivent avoir les **moyens de rendre accessibles la nourriture saine et l'activité physique**, particulièrement pour les haltes accueil ou les accueillants à domicile qui, par exemple, ne reçoivent aucun financement lié à la nourriture. Plusieurs barrières liées à l'offre de nourriture saine sont en effet relevées par les encadrants, notamment les horaires de travail, le coût de la nourriture, les horaires inadéquats pour faire les courses et préparer les repas ou une combinaison de ces barrières [3].

Parallèlement, les **familles** devraient pouvoir bénéficier d'un **accompagnement adéquat** pour soutenir des changements d'habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique. Une attention particulière devrait être portée aux populations les plus précarisées qui ne fréquentent pas forcément les milieux d'accueil mais les haltes accueil, les consultations, ou les « bébés bus ». Et au-delà des lieux spécifiquement dédiés à la parentalité, les différentes **structures de proximité** représentent aussi des lieux privilégiés pour être à l'écoute du vécu et des besoins des familles, et pour aborder avec elles les questions d'alimentation et d'activité physique.

Impulsion OS 30

Intégrer dans les projets d'accueil des objectifs concrets en matière d'alimentation équilibrée et durable, et de mouvement libre, en précisant les besoins en accompagnement des professionnels et en ressources financières, afin d'assurer l'accessibilité à tous les enfants, en étant particulièrement attentif aux haltes accueil et à l'accueil à domicile.

Intérêt

Le projet d'accueil des structures est essentiel car il permet de soutenir le travail quotidien des équipes, et d'assurer la pérennité de l'engagement (même si les travailleurs se renouvellent au sein de la structure). Tel qu'énoncé, l'objectif permet d'aller plus loin par rapport à ce qui existe déjà, en intégrant dans le projet d'accueil la formulation des besoins, aussi bien en matière d'accompagnement que de moyens financiers, nécessaires pour appliquer les objectifs opérationnels inscrits dans le projet d'accueil.

Critères de qualité

- L'intérêt de l'utilisateur lui-même est prioritaire. L'objectif doit apporter une **amélioration directe des conditions de vie de l'utilisateur**;
- L'application ne doit pas être standardisée; elle doit être réaliste par rapport au **contexte spécifique de chaque structure** ;
- Des **synergies avec les acteurs locaux** devraient être mises en place : partenariat avec le CPAS; lien avec l'école maternelle...

Transversalités

- WALAP « Enseignement maternel, primaire et secondaire » - Objectif spécifique 23
- Projet Plan Cocof, axe 4 stratégies 17, 20
- Prochaine réforme de l'arrêté relatif aux milieux d'accueil

Impulsion OS 31

Les structures et services de proximité organiseront des moments d'échanges, des ateliers collaboratifs et des groupes de paroles entre parents autour de l'alimentation et du mouvement.

Intérêt

C'est particulièrement à travers la rencontre, les échanges, dans une perspective non stigmatisante et non prescriptive, que l'on peut à la fois être à l'écoute du vécu et des besoins des familles, et apporter un réel soutien pour des changements d'habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique. Pour ce faire, il faut toucher les parents à travers les différentes **structures de proximité et d'accompagnement des familles**, dans l'optique de **favoriser le lien social et les échanges**. Le plan wallon devrait donc renforcer les structures qui peuvent animer des groupes de parole, des rencontres ; pas nécessairement dans des lieux dédiés à la parentalité (milieux d'accueil, haltes accueil, consultations et bébé bus, par exemple) mais aussi des épiceries sociales, des lieux d'aide alimentaire, projet santé parentalité... Il s'agit de soutenir les structures existantes, et d'en développer là où elles manquent.

Acteurs

- Les communes doivent soutenir la création de ce type de structures, via les CPAS, les PCS...
- Les actions ne doivent pas nécessairement être portées par des travailleurs médico-sociaux, mais peuvent faire appel à des relais autres : secteur de la jeunesse, de la culture, de l'éducation permanente. Il est important qu'une diversité des acteurs soit représentée.

Critères de qualité

- Travail de **maillage**, de **synergies à l'échelle du quartier**;
- Prévoir **l'accompagnement des professionnels**;
- Avoir le **temps** de construire du **lien social**, une **dynamique de soutien et de convivialité**.
- Ces actions s'inscrivent dans une démarche de long terme qui ne peut être soutenue que par une **continuité du financement**;

Pistes d'action / OO 31.a

Au préalable, évaluer de manière locale s'il y a suffisamment de structures financées et disponibles.

Transversalités

- WALAP « Acteurs de quartier » – objectifs spécifique 39-42
- Projet Plan Cocof, axe 3 stratégies 9, 11

Moyen/long terme OS 32

Privilégier les actions sur les conditions de vie qui permettent l'accès à une alimentation de qualité et à la pratique d'activité physique pour la famille.

Pour ce faire, viser l'universalisme des mesures proposées et assurer l'inconditionnalité d'accès à un droit/service qui favorise l'alimentation équilibrée et le mouvement; cela passe notamment par la gratuité. Ce faisant, favoriser la mixité sociale, notamment via des démarches intergénérationnelles.

Moyen/long terme OS 33

Placer le bénéficiaire au centre de l'intégration des politiques, en définissant les objectifs de ces politiques sur base des besoins et vécus formulés par les bénéficiaires eux-mêmes.

Moyen/long terme OS 34

Former les professionnels à infléchir leur posture : s'éloigner de la prescription pour rencontrer les préoccupations des familles, notamment précarisées, et aider les familles qui sont déroutées par la surinformation.

Pour ce faire, il importe de soutenir les professionnels de différentes manières:

- par la formation (de base, continue) qui permet d'intégrer les références en matière d'alimentation et de mouvement dans une conception globale d'un mode de vie en santé;
- par l'accompagnement continu de leur réflexion en lien avec le vécu des familles ;
- par la diffusion et la mutualisation des outils et de ressources existants;
- par l'attribution du temps nécessaire à installer le dialogue avec les bénéficiaires et à respecter le rythme des enfants.

Références

[1] GOUVERNEMENT DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE. (2005). Politique de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique pour les enfants et les adolescents. Belgique.32p. Lien url: <http://www.enseignement.be/index.php?page=5992>

[2] BÉDUWÉ C., COPPIETERS Y., COLLIGNON J., HUBEN S. V.,LEVÊQUE A. (2009). Proposition de plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française . Volume 2 . Programmations par milieux de vie , publics cibles ou acteurs.Bruxelles, Belgique. Lien url: <http://educationsante.be/article/enfin-un-programme-pour-la-sante-du-coeur/>

[3] OMAR M. A., COLEMAN G.,HOERR S. (2001). Healthy eating for rural low-income toddlers: caregivers' perceptions. Journal of Community Health Nursing, 18(2),p93-106.

Pour en savoir plus

[1] INPES,HOUZELLE N. (2013). Promouvoir la santé dès la petite enfance : Accompagner la parentalité. France.192p.
Lien url: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1508.pdf>

[2] INSPQ. (2017). Section Alimentation.Canada.224p.
Lien url: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/mieuxvivre/mv2017_s4.pdf

[3] INSTITUT FRANÇAIS POUR LA NUTRITION (IFN). (2009). Nutrition de la conception à l'enfance : certitudes et perspectives. 58p. Lien url: <http://alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2011/07/Actes-02-2009.pdf>

[4] MOUTON A., HENRIOULLE M.,CLOES M. (2014). Effets d'un programme d'activité physique intergénérationnel réunissant seniors et enfants d'âge préscolaire. 1er Congrès international sur le sport et l'activité physique chez l'enfant. Liège (Belgique). Science & Sports, 29, Supplement,pS8.
Lien url : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0765159714001452>

[5] OMS. (2015). Santé 2020 : l'éducation et la santé par le développement de la petite enfance.Europe. 2p. Lien url: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/285355/Health2020-education-health-through-early-development-fr.pdf?ua=1

[6] OMS. (2016). Good Maternal Nutrition. The best start in life.Copenhagen , Denmark.100p. Lien url: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/313667/Good-maternal-nutrition-The-best-start-in-life.pdf?ua=1

[7] OMS. (2016). Rapport de la Commission pour mettre fin à l'obésité de l'enfant.
Lien url: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-fr.pdf

[8] ONE. (2016). Chouette on passe à table ! Guide pratique pour l'alimentation des enfants dans les milieux d'accueil. Belgique. 68p. Lien url: http://www.one.be/uploads/tx_tproducts/datasheet/Chouette_on_passe_a_table_BD_ONE_02.pdf

[9] PHILLIPS D. A.,LOWENSTEIN A. E. (2011). Early care, education, and child development. Annual Review of Psychology, 62,p483-500.
Lien url: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.031809.130707>

[10] PNNS. (2014). Alimentation et petite enfance 0-3 ans. Livret d'aide à l'élaboration des repas pour les structures de petite enfance et les assistantes maternelles. Bordeaux, France.62p. Lien url: http://www.bordeaux.fr/images/ebx/fr/groupePiecesJointes/5580/3/pieceJointeSpec/54320/file/alimentation_petite-enfance.pdf

[11] SALDANHA-GOMES C., HEUDE B., CHARLES M. A., DE LAUZON-GUILLAIN B., BOTTON J., CARLES S., FORHAN A., DARGENT-MOLINA P., LIORET S. (2017). Prospective associations between energy balance-related behaviors at 2 years of age and subsequent adiposity: the EDEN mother-child cohort. *International Journal of Obesity*, 41(1),p38-45.

Lien url: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2016.138>

[12] VIDAILHET M. (2013). Alimentation de 1 à 3 ans : les erreurs à ne pas commettre. Paris, France. 6p. Lien url: <http://www.alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2013/04/DP-PDej110413.pdf>

G8: « Approche des modes de vie par les médias »

La communication est un enjeu majeur d'un plan de santé. Ces technologies ouvrent la voie à de nouveaux modes d'intervention basés sur une participation plus active des individus et patients (forums, télésanté, coaching thérapeutique, etc.). Il faut garder à l'esprit que les interventions en promotion de la santé en ligne ne sont pas la panacée [8]. Dès lors, le débat porte aussi, de manière plus fondamentale, sur les types d'apprentissage qui sont promus par les technologies (question de 'apprendre à apprendre'). Il est important de veiller à ne pas tout miser sur une communication visant des pratiques individuelles et responsabilisant seulement « à prendre soin de soi » mais mettre en lumière l'importance du collectif : convivialité, plaisir de l'être ensemble.

Ainsi, au-delà de l'importance du collectif, les messages véhiculés ont à tenir compte de la normativité et de la stigmatisation. Autant, il est important de respecter la pluralité des corps et des genres, autant il est difficile d'aborder la question de l'obésité sans en parler. Face à ce paradoxe, la communication devrait se focaliser sur le bien-être davantage que sur le poids. Si une communication en santé efficace peut diffuser des messages et faire de ces messages des points de référence pour une partie de la population, elle prend toujours le risque de la stigmatisation. Les messages de communication sur l'activité physique et l'alimentation véhiculent souvent une idée « normalité » qui peut être propice à l'exclusion par exemple des personnes en surpoids [5]. En creux des messages se loge la promotion d'une image du corps qui ne tient pas compte de la diversité, qui naturalise une vision uniformisée du corps, qui promeut une « culture visuelle de la santé » [6]. L'Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon a édité des recommandations visant à lutter contre la pression sociale vis-à-vis de l'image des corps, pour favoriser une image corporelle positive et pour l'acceptation de la diversité corporelle [7]

Par ailleurs, l'alimentation et l'activité physique sont des objets privilégiés de la communication commerciale. L'alimentation et l'activité physique peuvent être les objets principaux de la communication. Elles peuvent être aussi mises en scène par des publicités pour d'autres produits, comme c'est souvent le cas de l'activité physique. Par exemple, le vélo va être associé à une marque de salade ou à une marque d'huile ; les jeux d'enfants à de la pâte à tartiner. Des publicités sur les cosmétiques vont valoriser soit un type de corps ou l'activité sportive ou la performance physique. De manière stratégique, la publicité commerciale peut aussi valoriser de manière segmentée d'autres rapports au corps, comme par exemple une marque de bière qui met en scène des corps socialement différenciés. L'alerte a été lancée en France sur les impacts du marketing sur les enfants. « Sachant que le marché enfants est évalué à 40 milliards d'euros en France et que les dépenses alimentaires sont consacrées majoritairement aux aliments malsains, il n'est pas surprenant que les enfants soient une cible privilégiée des entreprises agro-alimentaires et qu'un nombre croissant d'études (théoriques ou expérimentales) porte sur l'impact du marketing sur leurs comportements alimentaires. Si la recherche s'est longtemps intéressée à l'influence de la publicité télévisée – la télévision restant encore le canal privilégié de la publicité alimentaire ; elle tend à se diversifier, portant également sur Internet, les réseaux sociaux, les «advergames», les téléphones portables, mais aussi sur des médias plus traditionnels comme le parrainage,

Approche des modes de vie par les médias 69

les kits pédagogiques distribués en milieu scolaire, les emballages alimentaires ; ou encore des techniques marketing spécifiques comme l'utilisation de porte-parole de marque (sportifs, chanteurs, personnages de dessins animés, etc.), d'offres promotionnelles (avec des avantages en argent ou en nature comme l'attribution de cadeaux), ou d'allégations nutritionnelles et de santé [8] ».

Une communication doit être sensible à la question des inégalités sociales de santé. D'un part, les messages et les modalités de communication doivent être segmentés en fonction des publics à atteindre. Il s'agit donc de penser les modalités de adaptations des messages de santé et de leurs canaux de diffusion. Ces adaptations doivent tenir compte de la diversité des modalités d'accès liés aux cultures, aux tranches d'âge et aux statuts sociaux [1]. Ces adaptations peuvent se concevoir à partir des travaux récents sur la Health literacy ou littératie en santé [2]. L'essor de ces récentes technologies a favorisé « de nouvelles médiations de l'information santé, les professionnels de la santé et les institutions de santé publique n'étant plus désormais les seules sources d'information » [3]. A la prise en compte de la littératie en santé s'ajoute la question de la fracture numérique. En plus de la compréhension des informations disponibles sur le Web, la fracture numérique se révèle aussi dans l'accessibilité des services de santé à l'heure numérique et des applications [4].

Impulsion OS 35

Une priorité sera donnée à construire la notoriété des critères de communication de l'axe alimentation et activité physique du plan wallon de prévention et de promotion de la santé afin que ces critères fassent référence pour tout acteur voulant communiquer dans ces domaines.

Intérêt

La communication sur l'activité physique et l'alimentation est une stratégie partagée par les acteurs publics, privés et privés commerciaux.

La promotion de l'activité physique et de l'alimentation dans le cadre du plan sera à la fois portée par le plan (campagne de communication à grande échelle), mais aussi par d'autres acteurs qui seront les relais des messages du plans ou qui développerons leurs propres messages en références aux guidelines proposés par le plan.

Au vu de la diversité des messages et des supports de communication, le plan devrait fournir un cadrage pour assurer la qualité de celle-ci. Les enjeux sont complexes entre une action légitime des pouvoirs publics pour protéger et améliorer la santé des wallon-nes, tout en négociant avec les acteurs privés commerciaux, tout en veillant à ne pas stigmatiser, ni normaliser [9].

La « normalité » véhiculée par les campagnes de communication a un impact sur les populations précarisées, marginalisées et/ou exclues. Pour ces populations, la norme promue – souvent un ethnocentrisme de classe – est souvent un objectif impossible à mettre en œuvre dans les conditions de vie de l'appauvrissement et de l'exclusion. L'écart entre la connaissance d'une norme, la confrontation à une normalité et l'impossibilité matérielle de sa mise en œuvre place les personnes précarisées dans un « porte à faux ».

Une question centrale, demeure une question éthique, sur les limites des mises en œuvre des campagnes de communication. Alors que les campagnes assimilables à des propagandes sont identifiées [10] comme efficaces (elles associent messages à renforcement), elles questionnent les techniques de gouvernement et d'ingénierie du comportement dans une démocratie.

Pistes d'action / OO 35.a

Mandater un groupe stratégique pour créer un référentiel commun opérationnel servant de support aux critères de communication

- Ce groupe stratégique doit associer d'autres secteurs concernés par la promotion de l'activité physique et d'une alimentation favorable à la santé (mobilité, sports, développement durable, environnement, aide à la jeunesse, enseignement, culture...). La mise en place de ce type de groupe de réflexivité est documentée comme favorable à l'adaptation des campagnes de communication aux différents publics et comme limitant le risque que les campagnes accroissent les inégalités sociales de santé
- Les critères de communication sont par exemple
 - Tenir compte des déterminants de la santé : inscrire la communication dans une relation aux autres et aux enjeux environnementaux, dans les réalités sociales et dans les relations qui se tissent entre les personnes et les groupes au quotidien;
 - s'inscrire dans un cadre positif, celui du plaisir, de la convivialité et du bien-être;
 - travailler sur des pratiques individuelles et collectives;
 - favoriser des liens avec la culture, les loisirs, l'environnement, le travail, l'aménagement des espaces publics...
 - être plurielle, adaptée à toutes et tous, et viser à réduire les inégalités sociales de santé ;
 - intégrer les connaissances et avancées scientifiques en la matière;
 - impliquer les populations visées par les outils et les campagnes dans le dispositif communicationnel, tant pour ce qui concerne le contenu que pour le support et le message;
 - mettre en scène la diversité des corps et des genres et ne pas reproduire, de manière implicite ou explicite, un discours dominant valorisant un corps parfait, instrument de performance et/ou de réussite sociale.

Pistes d'action / OO 35.b

Formuler des repères en matière d'alimentation équilibrée, d'activité physique régulière et de lutte contre la sédentarité.

Le plan devra être capable de promouvoir des points de repères clairs et validés. Selon l'avis de l'APES-ULg, un groupe devrait aussi se constituer pour établir les guidelines à respecter par les messages concernant l'alimentation équilibrée et l'activité physique régulière et la lutte contre la sédentarité.

Pistes d'action / OO 35.c

Promouvoir les critères comme références pour tout acteur voulant communiquer dans ces domaines et rendent possibles des synergies en termes de communication

Acteurs

Il est important d'associer des représentants de divers niveaux d'intervention :

- intervenants de première ligne,
- concepteurs,
- médias, experts des médias et en communication,
- enseignement (un ou deux interlocuteurs),
- quid autres groupes d'impulsion,
- Quid par rapport aux transversalités.

Critères de qualité

- Associer les usagers à la réflexion;
- Encourager la plurisectorialité;
- Produire un référentiel;
- Connaitre et/ou appliquer les critères de communication;
- Faire adhérer des pouvoirs politiques via des soutiens structurels (ex. critères dans les cahiers des charges).

Impulsion OS 36

Mener un travail avec les professionnels de la santé et de l'éducation pour analyser les conditions d'utilisation du web en général, des réseaux sociaux et des applications plus spécifiquement dans le cadre des actions de promotion de la santé et de prévention visant l'alimentation et l'activité physique.

Intérêt

L'émergence des nouvelles technologies de la communication, le web.02, les avancées du numérique ont modifié les rapports aux informations et aux apprentissages (émergence du self virtuel). Il n'est pas évident de prendre la mesure de ces transformations, et le débat entre pro et contra est une véritable controverse. Ainsi les jeux « online » sont à la fois facteurs de sédentarité et aussi une modalité de développement de compétences sociales ou organisationnelles.

Ces technologies évoluent rapidement. La mesure vise à mettre en relation des professionnels et des experts afin que l'impact de ces technologies, mais aussi les opportunités qu'elles représentent puissent être évaluées en connaissance de cause.

Critères de qualité

- Veiller à répondre aux critères de l'axe alimentation et activité physique du plan wallon de prévention et de promotion de la santé, sans renforcer les inégalités et la responsabilisation individuelle, et en favorisant l'interactivité et le recours aux pairs
- Veiller à ne pas s'en tenir aux seules applications et être attentif à ce qui se joue via l'utilisation des réseaux sociaux et du web en général
- Favoriser une communication positive: par exemple ne pas renforcer l'idée qu'une alimentation saine n'est pas attractive, insister sur le plaisir partagé (atelier cuisine,...)

Pistes d'action / OO 36.a

Réfléchir à la manière de toucher les publics précarisés

- Concevoir des capsules vidéo en collaboration avec des personnes précarisées.

Pistes d'action / OO 36.b

Favoriser l'utilisation critique des réseaux sociaux et applications

- créer des recommandations pour les écoles;
- concevoir du matériel pour les professionnels : capsules diffusées via le web ou dans des journées de travail;
- mettre en avant des initiatives qui existent mais ne sont pas connues;
- mener une réflexion sur la place entre injonction sanitaire et publicité;
- évaluer les risques et les opportunités liés au développement de la « gamification » et des « applications », à la fois comme technique du marketing et comme support éducatif.

Références

- [1] RENAUD L., RICO DE SOTELO C. (2007). Communication et santé : des paradigmes concurrents. Santé Publique, 19(1), p31-38.
Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-1-page-31.htm>
- [2] CULTURES&SANTÉ. (2016). La littératie en santé : D'un concept à la pratique (guide d'animation). Belgique.
Lien url: <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/417-la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation.html>
- [3] THOER C., LEVY J. J. (2012). Internet et Santé, Acteurs, usages et appropriations: Editions Presses de l'Université du Québec, Coll. Santé et Société.
- [4] BROTCORNE P. (2016). Inégaux face aux technologies numériques : un problème d'accès ? Lien url: <http://inegalites.be/Inegaux-face-aux-technologies>
- [5] GUTTMAN N., SALMON C. T. (2004). Guilt, fear, stigma and knowledge gaps: ethical issues in public health communication interventions. Bioethics, 18(6), p531-552.
- [6] MIRZOEFF N. (2002). The Visual Culture Reader: Psychology Press
- [7] OLIVO C. (2012). Lutter contre la pression sociale vis-à-vis de l'image des corps: un enjeu de santé publique. France. 13p.
Lien url: http://www.sante-savoie.org/media/images_corps.pdf
- [8] RENAUD L. (2012). Internet et la promotion de la santé dans Internet et Santé (Thoer ete Joseph Lévy). 144p. Canada: Presse de l'Université du Québec, Collection Santé et Société
- [9] RICE R. (2001). Public Communication Campaigns C. Atkin (Ed.) Lien url: <http://sk.sagepub.com/books/public-communication-campaigns-3edoi:10.4135/9781452233260>
- [10] SNYDER L. B., HAMILTON M. A., MITCHELL E. W., KIWANUKA-TONDO J., FLEMING-MILICI F., PROCTOR D. (2004). A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. J Health Commun, 9 Suppl 1, p71-96.
- [11] DUTTA-BERGMAN M. J. (2005). Theory and practice in health communication campaigns: a critical interrogation. Health Communication, 18(2), p103-122.

Pour en savoir plus

[1] DIETZ W. H. (2013). New strategies to improve food marketing to children. Health Affairs, 32(9),p1652-1658.
Lien url:

<http://ostrc.org/doclibrary/documents/NewStrategiestoImproveFoodMarketingtoChildren.pdf>

[2] EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). (2016). Social media strategy development. A guide to using social media for public health communication.Stockholm. 50p. Lien url:

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/social-media-strategy-guide-for-public-health-communication.pdf>

[3] FÉDÉRATION INTER-ENVIRONNEMENT WALLONIE. (2014). Alimentation durable : comment favoriser son accès au public fragilisé ? Atelier 5 : Communication efficace : quels ingrédients pour faciliter l'adoption de comportements alimentaires plus durables ? 3p.

Lien url: http://www.iew.be/IMG/pdf/cratelier5_commu_iew.pdf

[4] FOND FRANÇAIS POUR L'ALIMENTATION & LA SANTÉ. (2016). Logos nutritionnels: points infos consommateurs. Pour vous informer, 30 questions, 30 réponses.Paris, France.10p

Lien url: www.alimentation-sante.org

[5] FRIANT-PERROT M.,GARDE A. (2014). L'impact du marketing sur les préférences alimentaires des enfants : Rapport pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).France.50p. Lien url:

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/marketing-alimentaire-des-enfants.pdf>

[6] HARRIS J. L., FLEMING MILICI F., SARDA V.,SCHWARTZ M. B. (2012). Food marketing to children and adolescents: What do parents think? : Yale Rudd Center For Food Policy & Obesity. 45p.

Lien url: <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2012/rwjf402395>

[7] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). (2016). Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé (Mobile Health ou mHealth).France. 60p.

Lien url:

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/has_ref_apps_oc.pdf

[8] KASZAP M., DROLET M.,GAGNÉ I. (2009). L'animation télévisuelle en santé : un moyen de développer des connaissances sur l'approvisionnement alimentaire pour les personnes de faible niveau de littératie.Canada. Groupe de recherche Alpha-santé, Université Laval, GRISA. 84p. Lien url: www.crifpe.ca/download/verify/964

[9] KENT M. P., DUBOIS L., KENT E. A.,WANLESS A. J. (2013). Internet marketing directed at children on food and restaurant websites in two policy environments. Obesity (Silver Spring), 21(4), p800-807. Lien: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23712983>

[10] PÊTRE A. (2014). Alimentation durable comment favoriser son accès à un public fragilisé. Communication efficace : quels ingrédients pour faciliter l'adoption de comportements alimentaires plus durables ? Lille, France.29p.

Lien url: <http://www.iew.be/spip.php?article6840>

[11] SERVICE PRÉVENTION-SANTÉ DE LUXEMBOURG. (2013). Mon poids ce n'est pas que ça. Conseils pour les enfants et leurs parents.Luxembourg.8p.

G9: « Mode de vie au travail »

Le milieu du travail est un milieu de vie au sein duquel la majorité des adultes passent un tiers de leur vie active. Ce lieu de vie peut être source de contraintes et de risques divers, qui font déjà l'objet d'une prise en charge via la législation sur le bien-être au travail.

Les modes de vie au travail et les modalités organisationnelles du travail impliquent des questions d'alimentation et d'activité physique, en tenant compte de la diversité des activités, des statuts, de lieux, des horaires. Ainsi, les enjeux autour de l'activité physique ne sont pas les mêmes pour des professions sédentaires (travail de bureau) et les professions plus actives, qui devraient être prises en compte. Si pour les premières, il est capital de penser en terme de lutte contre la sédentarité, pour les secondes, il est plutôt capital de penser en terme de prévention des risques musculo-squelettiques par exemple. La question des modes de vie au travail devrait aussi prendre à son compte celle des travailleurs vieillissant ou proche de la retraite, celle des travailleurs concernés par les maladies chroniques et/ou le handicap.

S'occuper d'alimentation et d'exercice en milieu de travail nécessite de prendre en compte plusieurs enjeux. Tout d'abord, cela ne doit pas se faire au détriment de la prévention des risques professionnels et traiter de ces thèmes ne doit pas être un alibi pour les employeurs qui voudraient ne pas prendre leurs responsabilités en matière de bien-être au travail. De plus, des études ont aussi montré qu'en agissant conjointement sur les risques professionnels et les styles de vie, on augmente l'efficacité des actions d'amélioration des styles de vie. Ensuite, les actions ne seront pas efficaces si elles ne portent pas conjointement sur les aspects collectifs et individuels des styles de vie. A quoi sert de promouvoir une alimentation saine, si l'environnement de travail ne permet pas de l'adopter (p.ex. temps de repas suffisant, nourriture saine mise à disposition dans l'enceinte de l'entreprise ou aux alentours, ...)

Enfin, le mode de vie au travail peut être à l'intersection avec d'autres enjeux en termes d'alimentation et d'activité physique comme les rapports sociaux de sexe, les maladies chroniques, ... Une action sur les styles de vie en milieu de travail doit aussi être bien préparée pour vaincre les peurs d'ingérence dans la vie privée. Les aspects professionnels et la vie privée sont bien cloisonnés dans notre culture. Les actions sur l'activité physique et l'alimentation doivent ainsi être réfléchies dans un contexte global, incluant des synergies avec d'autres problématiques : mobilité, bien-être général, gestion du stress, réduction des troubles musculo-squelettiques, sédentarité au travail ... Il s'agit de ne pas oublier que le rythme du travail conditionne d'une manière plus générale les possibilités d'avoir une activité physique régulière et/ou une alimentation équilibrée pour le travailleur et aussi pour sa famille ou son entourage. Cette diversité dans le monde professionnel mène aussi à des inégalités dans le monde du travail : certaines mesures seront en effet plus facilement applicables par les grandes entreprises, qui ont plus de moyens que les PME et TPE. L'enjeu est donc de voir comment adapter ces mesures en fonction des différents contextes. Tenir compte des spécificités liées à l'âge et au genre des travailleurs-ses sera nécessaire.

De nombreux guides et stratégies de prévention incitent au développement d'une politique en faveur de l'activité pour les travailleurs sédentaires [1; 2; 3]. Pensons, par exemple à l'impact du travail de nuit [4; 5; 6].

Impulsion OS 37

« Etablir un guide de bonnes pratiques à l'intention du monde du travail pour développer un soutien permettant de favoriser l'activité physique, de lutter contre la sédentarité et de promouvoir une alimentation saine. »

Intérêt

Il existe un grand nombre d'outils promouvant une meilleure alimentation et activité physique durant le travail. Il serait peu utile d'en recréer de nouveaux, par contre il devient nécessaire de mobiliser l'existant.

Néanmoins, la diversité dans le monde professionnel mène aussi à des inégalités dans le monde du travail : certaines mesures seront en effet plus facilement applicables par les grandes entreprises, qui ont plus de moyens que les PME et TPE. L'enjeu est donc de voir comment adapter ces mesures en fonction des différents contextes. Tenir compte des spécificités liées à l'âge et au genre des travailleurs-ses sera nécessaire.

Pistes d'action / OO 37.a

Construire le guide

L'idée est de réaliser un marché public pour lancer une recherche concernant les pratiques existantes dans le monde du travail qui permettent de promouvoir l'alimentation et l'activité physique. Les universités pourraient prendre en charge une telle recherche, nécessairement interdisciplinaire. Les facultés des domaines suivants devraient être impliquées : sciences de la motricité, santé publique, école de commerce, communication, diététique/nutrition, etc. Les hautes écoles pourraient également être incluses, de même que le monde du travail, extérieur aux institutions de recherche. L'idéal serait dans un premier temps de scinder la recherche en deux : alimentation d'une part, et, activité physique d'autre part. Dans un deuxième temps, les résultats seront synthétisés et remis en commun dans le guide final.

A cette fin, les participants au groupe d'impulsion ont proposé la mise en place d'un comité d'accompagnement composé d'experts sur les thématiques suivantes : alimentation, activité physique et monde du travail.

Critères de qualité

Le guide devra :

- Être percutant, efficace et non stigmatisant;
- Comprendre des informations générales ainsi que des renvois vers les personnes et organismes ressources pertinents pour telle ou telle matière (ex : Gracq, Provélo, etc.);
- Être relu par différentes parties prenantes avant d'être officiellement mis à disposition;
- Inclure des parties qui pourront être adaptées et adressées spécifiquement aux différents publics cibles (employés, ouvriers, chefs d'entreprise, GRH, indépendant, etc.) avec des exemples concrets ;
- Produire un document durable, c'est-à-dire adaptable en fonction des nouveautés qui apparaîtront dans le futur.

Passer par un label pourrait être une solution pour récompenser symboliquement ceux qui s'inscrivent dans une démarche de promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine [7].

Financement

La question des moyens est apparue comme centrale : un budget devrait être prévu pour financer la recherche citée au point précédent. La Région Wallonne est vue comme un organisme financeur incontournable. Le SPF Emploi, travail et concertation sociale, la Fédération Wallonie-Bruxelles et l'Europe ont également été cités comme financeurs potentiels.

La réalisation d'un cahier des charges sera nécessaire pour estimer les coûts associés à la mise en place de cet objectif : 50 000 à 80 000 euros semble être un budget minimum pour lancer la démarche.

Acteurs pressentis

Fédérations professionnelles, Fédération de l'agriculture, UCM, syndicats, employeurs, SPF emploi, SPW, Fédération Wallonie-Bruxelles, conseillers en prévention, SEPPT (médecins, ergonomes, etc.), responsables RH, conseils d'entreprises, travailleurs eux-mêmes, ADEPS, etc.

Pistes d'action / OO 37.b

Diffuser le guide

Références

- [1] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2012). Steps to Wellness . A Guide to Implementing the 2008 Physical Activity Guidelines for Americans in the Workplace. Atlanta, USA. 120p. Lien url: https://www.cdc.gov/physicalactivity/worksite-pa/pdf/steps2wellness_broch14_508_tag508_tag508.pdf
- [2] CHAU J. Y., DER PLOEG H. P., VAN UFFELEN J. G., WONG J., RIPHAGEN I., HEALY G. N., GILSON N. D., DUNSTAN D. W., BAUMAN A. E., OWEN N., BROWN W. J. (2010). Are workplace interventions to reduce sitting effective? A systematic review. Preventive Medicine, 51(5), p352-356. Lien url: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743510003518>
- [3] PLOTNIKOFF R. C., BRUNET S., COURNEYA K. S., SPENCE J. C., BIRKETT N. J., MARCUS B., WHITELEY J. (2007). The efficacy of stage-matched and standard public health materials for promoting physical activity in the workplace: the Physical Activity Workplace Study (PAWS). American Journal of Health Promotion, 21(6),p501-509.
- [4] BARTHE B., QUÉINNEC Y., VERDIER F. (2004). L'analyse de l'activité de travail en postes de nuit : bilan de 25 ans de recherches et perspectives. Le travail humain, 67 (1), p41-61. Lien url : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00105217>
- [5] NIEDHAMMER I., LERT F., MARNE M. J. (1996). Travail de nuit et alimentation dans une cohorte d'infirmières de 1980 à 1990. Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail, 57(N)3,p176-187.
- [6] VETSCH C., GROSSENBACHER L. (2013). L'alimentation et le travail de nuit. Thèse de doctorat. Suisse.
- [7] MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. (2011). Programme national nutrition santé 2011-2015. France. 66p.
Lien url: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

Pour en savoir plus

- [1] ANSES. (2016). Actualisation des repères du PNNS, révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. France. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 584p.
Lien url : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
- [2] BURNAY N. (2004). Les stéréotypes sociaux à l'égard des travailleurs âgés. Panorama de 50 ans de recherche. Gérontologie et société(111), p157-170.
Lien url: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-4.htm>
- [3] IRNS. (2004). Le point des connaissances sur ...vieillesse, santé et travail. Travail et Sécurité, 636, p4. Lien url: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%205022>
- [4] WORK E. A. F. S. A. H. A. (2016). La promotion de la santé au travail. Lien url: http://professional.eguides.osha.europa.eu/FR_fr/3-la-promotion-de-la-sant%C3%A9-au-travail-1

G10 : « Acteurs de quartier »

Le quartier est le lieu naturel d'une vie active [1]. Les quartiers et les zones résidentielles se distinguent d'autres milieux de vie (écoles, centres de santé et lieux de travail), car ils sont façonnés par l'environnement bâti et le contexte social qui constituent le cadre de la vie quotidienne pour tous les citoyens. [1]

Les expériences montrent que les acteurs qui agissent sur la scène locale doivent répondre aux mêmes questions et enjeux lorsqu'il s'agit d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques [2], des plans d'action, des stratégies et des interventions. La concertation et la coordination des interventions au niveau du quartier apparaissent donc comme un élément essentiel, qui peut maximiser les opportunités de vie active et améliorer la santé et le capital social de tous les citoyens [1].

D'une part, les populations peuvent être diverses sur les plans de l'âge, des aptitudes physiques, et des origines ethniques et culturelles [1]. C'est pourquoi il convient de tenir compte de cette diversité et de répondre aux besoins très variés qu'elle engendre, en accordant une attention particulière à l'équité, au manque de ressources financières et à la vulnérabilité. La prise en charge de certains groupes, en particulier les jeunes, les personnes âgées (notamment celles qui vivent seules), les handicapés, les familles en situation précaire, les immigrés et les minorités ethniques, dont l'intégration est primordiale pour favoriser la cohésion sociale [1]. L'action des pouvoirs publics est cruciale, dès lors que les changements politiques au niveau local favorisent efficacement des modifications de comportements à long terme. Il incombe à tous les secteurs de la société de maintenir la capacité de celle-ci à assurer la cohésion sociale et le bien-être de tous. [1]

D'autre part, les acteurs de soutien et les acteurs leviers doivent posséder une connaissance fine des populations, notamment défavorisées et mal desservies, en vue d'intervenir efficacement [1].

Par ailleurs, si transformer le système alimentaire requiert des changements globaux, les acteurs locaux peuvent néanmoins agir à leur échelle [3] ; l'élaboration de stratégies en la matière est l'occasion d'impliquer l'ensemble des acteurs liés à l'alimentation à l'échelle du quartier.

Impulsion OS 38

Identifier et développer un réseau d'acteurs qui agissent à l'échelle du quartier sur les déterminants qui favorisent l'adoption d'une alimentation équilibrée et la pratique de l'activité physique.

Impulsion OS 39

Le réseau d'acteurs mettra en place des activités à court terme

- Identifier les besoins relatifs à l'alimentation et à l'activité physique ainsi que les leviers et les freins à l'adoption d'une alimentation équilibrée et à la pratique d'une activité physique;
- Identifier l'offre en matière d'alimentation équilibrée et de pratique de l'activité physique et communiquer sur celle-ci dans un langage clair, qui corresponde au contexte et réponde à l'expression des besoins;

Moyen/long terme OS 40

Le réseau d'acteurs mènera une réflexion critique et collective sur leur contexte par rapport à l'alimentation et à l'activité physique, en prenant en compte les dimensions intergénérationnelles et culturelles;

Moyen/long terme OS 41

Le réseau d'acteurs développera des projets liés à l'activité physique et la lutte contre la sédentarité, en étant attentifs à

- adapter l'offre aux besoins
- diversifier les canaux de communication et utiliser les relais informels

Intérêt

Il s'agit de se focaliser sur les interventions qui impliquent les personnes dans leur quartier, en développant une vision d'action qui porte sur l'amélioration de l'environnement et du cadre de vie. Cet objectif vise à déterminer comment favoriser et renforcer l'adoption d'une alimentation favorable à la santé et la pratique de plus d'activité physique en mobilisant les dimensions sociales et culturelles et en impliquant l'ensemble des acteurs, les différents publics et les professionnels. Ainsi, la cohésion sociale est au cœur du débat, puisqu'une attention particulière est accordée aux stratégies qui visent à réduire les inégalités sociales de santé.

Acteurs

Dans la mesure où l'objectif est de développer un réseau d'acteurs, une multiplicité d'intervenants est concernée à l'échelle locale, et notamment:

- Communes (notamment dans le cadre du renouvellement des plans stratégiques transversaux);
- PCS;
- CPAS;
- Coordinations sociales sur certaines communes;
- Provinces dans le contexte d'une approche supra-communale;
- Centres sportifs locaux;
- Ecoles et SPSE;
- Mouvements de jeunesse et Maisons de jeunes;
- CLPS;
- Médecins et Maisons médicales;
- Centre culturels et bibliothèques;
- Associations d'Education Permanente;
- ADEPS;
- Services sociaux et alimentaires;
- Services d'aide alimentaire;
- Initiatives citoyennes, collectifs de citoyens qui ont offres concrètes : villes en transition, potagers collectifs, GAC, ...
- ONE;
- Acteurs de la mobilité;
- Acteurs du logement : société logement public;
- Educateurs de rue;
- ISP;
- Secteur de l'alpha;
- Services handiccontact;
- Commissions consultatives communales (aînés, personnes handicapées...)

Critères de qualité

- travailler de manière intersectorielle, en collaborant à l'échelle du quartier;
- instaurer une relation de confiance, créer du lien entre les acteurs;
- impliquer les habitants et être à leur écoute;
- accorder une attention particulière aux publics fragilisés, en restant vigilant par rapport aux postures professionnelles;
- éviter tout jugement social;
- prendre en compte les inégalités.

Transversalité

- Projet de Plan Cocof, **axe 2, Cadre institutionnel**, Stratégie 5, Inclure un volet « Promotion de la santé » dans les Contrats de Quartier durables, axe 3, soutien aux acteurs de terrain, Stratégie 10, Outiller les acteurs de terrain sur les thématique de l'alimentation, l'activité physique, l'alcool et le tabac, Stratégie 11, favoriser les partenariats et les réseautages intersectoriels, Axe 4, Stratégie 14, renforcer les connaissances de la population en matière de modes de vie et d'environnements favorables à la santé.
- WALAP Autres GI (Personnes handicapées, Personnes âgées, AEP, Maladies chroniques, petite enfance)
- WALAP – cartographie

Pistes d'action / OO 41.a

Formaliser le réseau

- Désigner un coordinateur: il conviendra de préciser les qualités et compétences pour assumer ce rôle, néanmoins une connaissance en matière de promotion de la santé ainsi que du territoire donné pourrait constituer deux balises;
- Soutenir la mise à disposition de lieux où le réseau peut se formaliser, se rencontrer et qui soit accessible physiquement et culturellement (pour que les citoyens aient également leur place);

Piste d'action /OO 41 b

Utiliser les moyens existants

- Utiliser les plans stratégiques transversaux (Communes) comme levier;
- Utiliser les diagnostics déjà effectués et y puiser les éléments pertinents;
- s'appuyer sur le dispositif d'éducation permanente, de cohésion sociale et de promotion de la santé.

Piste d'action / OO 41 c

Développer et mobiliser des compétences en matière de promotion de la santé

- Soutenir la formation et l'accompagnement des professionnels.

Références

[1] OMS, EDWARDS P.,TSOUROS A. (2006). Promouvoir l'activité physique et la vie active en ville. Le rôle des autorités locales. France.66p. Lien url:

http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/oms_promouvoir_activite_physique.pdf

[2] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2012). Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids. Québec, Canada.24p. Lien url: http://www.lac-des-seize-iles.ca/pdf/vision_commune.pdf

[3] VIVRE EN VILLE. (2014). Villes nourricières : mettre l'alimentation au cœur des collectivités (Vol. 6): Collection Outiller le Québec. Lien url : https://vivreenville.org/media/387008/VillesNourricieres_extrait_BR.pdf

Pour en savoir plus

[1] COLLINET C.,SCHUT P.-O. (2016). Les modes de prise en charge du public dans la prévention du vieillissement par les activités physiques au niveau local. Santé Publique, 28(HS), p41-49.

Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-41.htm>

[2] COMITÉ QUÉBÉCOIS SUR LES SAINES HABITUDES DE VIE. (2016). Comment adapter l'argumentaire en faveur du transport actif en fonction du milieu cible. Chantier transport actif de la TIR-SHV de la Mauricie. Québec. 60p.

Lien url: <https://drive.google.com/file/d/0B6e9qCkGsraASG11dlVzBmwzQjg/view?pref=2&pli=1>

[3] COMMISSARIAT GÉNÉRAL À L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES. (2016). Quand les femmes changent leur ville en marchant.,p1-4.

Lien url: <http://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/en-bref-17-cget-04-2016.pdf>

[4] CZAPLICKI G., DONIO V., NOSSEREAU C., FIKOJEVIC M.,RICHARD D. (2016). « Bouge ta santé à Clichy-sous-Bois » : une approche intersectorielle de l'activité physique. Santé Publique, 28(HS), p175-178.

Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-175.htm>

[5] ECORES. (2012). Appétit'Champs : Diagnostic et proposition de stratégies pour développer, au départ des collectivités, une filière d'alimentation durable sur le territoire de Namur.Belgique.76p. Lien url:

http://www.rawad.be/sites/rawad.be/files/u64/rapport_appetit_champs_ecores_260112_diffusable.pdf

[6] GASSIOT M., GUYARD F., BEDOK H., HÉRITAGE Z., HEMERY C.,SARAUX-SALAÜN P. (2016). Pratiques quotidiennes du vélo à Nantes : approche croisée de la santé et de la mobilité. Santé Publique, 28(HS), p75-82.

Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-75.htm>

[7] SONECOM – 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 Sonecom, pour l'Observatoire wallon de la Santé. Belgique. SPW Editions. 24p. Lien url:

<https://pouvoirslocaux.wallonie.be/jahia/webdav/site/dgpl/shared/homepageMarilyn/publications/brochure%20sonecom.pdf>

[8] SPW. (2015). la CeMathèque : Grandes villes wallonnes quelle mobilité aujourd'hui et demain ? Dossier thématique n°40.Namur, Belgique.48p. Lien url:

<http://mobilite.wallonie.be/files/Centre%20de%20doc/CeMath%C3%A8que/cematheque40.pdf>

G11: « Personnes détenues »

Les rapports d'Amnesty international, de l'observatoire des prisons, l'association des visiteurs francophones de prison de Belgique [1], les acteurs de terrain, les chercheurs pointent durement l'état déplorable des prisons au niveau socio-sanitaire.

Le rapport Salvi [2] (commandité par le Ministre Prévot) montre clairement que les prisonniers n'ont accès ni à une alimentation de qualité ni à une offre d'activité physique suffisante.

Les spécialistes de la santé en prison parlent d'un risque de double peine [3]. Les personnes emprisonnées sont privées de liberté, mais ne sont pas privé de l'ensemble de leurs droits, dont le droit à la santé. Le développement d'une maladie liée à l'alimentation ou à la sédentarité ou l'augmentation du risque lié à l'obésité constituent donc une peine qui s'ajoute à la privation de liberté. Cette double peine [3], privation de liberté et privation de santé, a un coût social : développement d'une maladie chronique, difficulté à retrouver un emploi, diminution de l'estime de soi, ...

La littérature démontre que les actions dans le milieu carcéral doivent être pensées aux bénéfiques personnes détenues et du personnel [4].

Il important de ne pas tomber dans le travers du réductionnisme. Les personnes incarcérées peuvent aussi être concernées par une maladie chronique, un handicap, une déficience, une moindre maîtrise du français, ... La préparation des repas est un « casse-tête » pour les cuisines à cause des régimes alimentaires. Il existe 9 régimes alimentaires dans les prisons selon l'état de la dentition, selon les intolérances et allergies, selon les prescrits religieux ou idéologiques. En termes d'exposition aux risques générés par les ISS, le public des personnes incarcérées constitue une priorité [5].

IMPULSION OS 42

Encourager l'activité physique régulière, une attention prioritaire sera accordée aux prévenus et aux personnes ayant des problèmes de toxicomanie.

Intérêt

En milieux carcéral, la lutte contre la sédentarité est un enjeu majeur. Les détenus n'ont pas accès à une offre d'activité physique suffisante, ni suffisamment variée. L'offre d'activité physique doit être pensée pour s'adapter aux personnes prévenues et aux personnes internées pour lesquelles, soit pour des raisons de sécurité, soit en raison de problème de toxicomanie, soit en raison de prise de médicaments neuroleptiques, la pratique du mouvement, la mobilité douce et l'activité physique régulière reste difficile.

L'enferment en prison peut se doubler d'un enferment sur soi-même pour les prisonniers qui ne quittent pas leur cellule. L'accès à la pratique d'une activité physique pourrait passer par un travail sur l'estime de soi et l'image de soi des détenus, et l'activité physique pourrait contribuer en améliorant l'estime de soi et l'image de soi.

Pistes d'action / OO 42.a

Soutenir le développement du jardinage

- Le développement de jardin est perçu comme une solution intéressante tant du point de vue de l'alimentation que l'activité physique, que du bien-être ou de la formation. Le développement ou l'installation de potager dans les prisons devrait être soutenu.
- D'autres projets du même type pourraient être initiés comme des ruches. Des expériences intéressantes existent par exemple les projets d'horti-thérapie ou la ferme développée à la prison de Paifve ou les projets de cultures dans des bacs;
- Mais, Les projets de jardins peuvent être mis à mal pour des raisons d'organisation des surveillances, des raisons de sécurité ou de budget.
- De plus, une lutte contre les nuisibles doit être mise en place (destruction des potagers, mauvaise image de l'alimentation produite par les jardins);Diminuer la prise de compléments alimentaires et/ou de médicaments.

Pistes d'action / OO 42.b

Augmente l'offre et la visibilité de l'offre liée à l'activité physique

- Augmenter l'offre en termes d'infrastructures et de diversité;
- Fournir des équipements sportifs aux prisons;
- Développer la visibilité des intervenants et des offres : par exemple une journée d'accueil des nouveaux détenus et des nouveaux professionnels concernant l'offre en matière d'activité physique.

Pistes d'action / OO 42.c

Développer la formation du personnel

- Former les surveillants pour suivre une formation à l'ADEPS pour encadrer les activités sportives et faciliter le contact à propos des enjeux de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité;
- Valoriser une offre de formation pour le personnel surveillant.

Critères de qualité

L'offre dans une prison doit tenir compte des envies et des motivations des personnes incarcérées;

L'offre doit tenir compte de la dimension genrée de l'activité physique, tant en ce qui concerne le choix qu'en ce qui concerne la finalité;

Les personnes détenues sont impliquées dans le choix et la définition de l'offre en matière d'activité physique;

Un travail devrait être effectué afin d'identifier et de comprendre les motivations des détenus à pratiquer une activité physique régulière pour leur santé. Le rôle d'éducation pour la santé serait tenu avec plus d'efficacité par les infirmiers et les éducateurs. Cela pourrait éviter la confusion des rôles pour les surveillants.

Transversalité

- Plan du Ministre Madrane et l'ADEPS;
- Axe assuétude du plan général;
- Acteurs;
- Les directeurs de prisons pour le développement d'une politique de promotion de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité;
- L'ADEPS;
- Les surveillants, les éducateurs, les infirmiers.

Impulsion OS 43

Offrir aux acteurs des prisons des possibilités pour accéder à une alimentation saine et équilibrée, une attention prioritaire sera accordée aux personnes internées.

Pistes d'action / OO 43.a

- Développer des plateformes d'échange de bonnes pratiques entre les prisons (directions, cuisines). Les cuisiniers sont souvent très inventifs pour faire avec le budget. Les savoirs des cuisiniers pourraient être partagés et mutualisés aux bénéfices de tous;
- Inciter les économistes à négocier avec leurs fournisseurs ou à changer de fournisseurs afin de permettre aux prisonniers l'accès à une alimentation de meilleure qualité tant pour les cuisines que pour le « cantinage »;
- Former le personnel à la question de l'alimentation de qualité.

Acteurs

Les producteurs (par exemple, fermes) proches géographiquement des prisons;

Les économistes et les directeurs des prisons

Impulsion OS 44

Sensibiliser les détenus à une vision de l'alimentation saine et équilibrée, une attention prioritaire sera accordée aux personnes internées.

L'offre alimentaire se heurte à la question du budget. Le budget des repas par détenus (3,85 euros par jour) est calculé à partir de la capacité de la prison et non du nombre réel de détenus (surpopulation). Tous les établissements ne disposent d'une mise en disposition de plaques de cuissons. Contrairement à une idée reçue, il n'est pas possible d'interdire la consommation d'aliment en prison. Un prisonnier diabétique possède la liberté de ne pas respecter un régime alimentaire prescrit (cf. loi principe prisons).

Pistes d'action / OO 44.a

Sensibiliser les détenus

- S'appuyer sur le trajet pénitentiaire global pour soutenir le développement des projets dans les prisons. Le trajet pénitentiaire global pourrait favoriser le développement d'une offre de formation en matière de développement durable, d'agriculture biologique, par exemple pris en charge par le service d'aide aux détenus;
- Diminuer la prise de compléments alimentaires et/ou de médicaments;
- Favoriser l'activité physique et la lutte contre la sédentarité comme lien social, restauration de l'estime de soi et comme « passe-temps »;
- Soutenir les formations pour les détenus à une meilleure gestion de leur alimentation.

Références

[1] INSPQ. (2010). L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids. Québec, Canada. 119p.

Lien.url: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108_ImpactEnvironBati.pdf

[2] DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CIUSSS. (2016). Guide sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (SHV) dans les municipalités. Québec, Canada. 146p.

Lien.url: <http://www.quebecenforme.org/pdf/Guide-SHV-VF.PDF>

[3] FRANK L., BOMBARDIER A., KAVAGE S.,DEVLIN A. (2012). Health and the Built Environment:A Review. 21p.
Lien url:

http://www.wma.net/fr/20activities/30publichealth/30healthenvironment/Built_Env-Final_Report-August2012.pdf

[4] OMS EUROPE. (2006). Promouvoir l'activité physique et la vie active en ville. France.66p. Lien.url:

http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/oms_promouvoir_activite_physique.pdf

Différentes études relèvent ces différentes composantes, dont notamment :

L'association entre des facteurs environnementaux physiques et la perception favorable à l'utilisation du vélo comme moyen de transport : une étude réalisée parmi la population flamande et bruxelloise âgée entre 45 et 65 ans a mis en évidence que l'état (et principalement leur sécurité) des pistes cyclables est le facteur environnemental qui contribue le plus à l'augmentation d'une perception favorable à l'utilisation du vélo

[5] DE BOURDEAUDHUIJ I., SALLIS J. F.,SAELENS B. E. (2003). Environmental correlates of physical activity in a sample of Belgian adults. American Journal of Health.Promotion,18(1), p83-92. Lien url:

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4278/0890-1171-18.1.83>

Une étude menée à Gand identifie les liens entre temps de marche et certains facteurs environnementaux. Le temps de marche était associé positivement à l'accessibilité des trottoirs et à la facilité d'accès aux arrêts et de transports en commun.

[6] MERTENS L., VAN HOLLE V., DE BOURDEAUDHUIJ I., DEFORCHE B., SALMON J., NASAR J., VAN DE WEGHE N., VAN DYCK D.,VAN CAUWENBERG J. (2014). The effect of changing micro-scale physical environmental factors on an environment's invitingness for transportation cycling in adults: an exploratory study using manipulated photographs. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 11, p88. Lien url :

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244066/pdf/12966_2014_Article_88.pdf

[7] GOUVERNEMENT WALLON.(2015), consulté le 05/12/16. Portail de la Wallonie.RAVeL: plan 2015-2019.

Lien url: <http://www.wallonie.be/fr/actualites/ravel-plan-2015-2019>

[8] WALLONIE G. D. L., consulté le 05/12/16. Portail de la Wallonie. Wallonie cyclable. Lien url:

<http://mobilite.wallonie.be/home/politiques-de-mobilite/wallonie-cyclable.html>

[9] GRANDCHAMPS P. (2009). Le plan piétons de Namur : un premier bilan. Conférence de presse jeudi 26 mars 2009 Namur, Belgique.6p. Lien url:

http://www.ville.namur.be/files/files/Hotel_de_ville/Presse/09mars/26_plan_trottoirs_dossier_de_presse.pdf

[10] GOUVERNEMENT WALLON. (2013). Schéma de développement de l'Espace régional (SDER):SPW.Editions.140p. Lien.url:

http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/publications/sder_complet.pdf

[11] GOUVERNEMENT WALLON.(2016).Développement durable:2°stratégie wallonne.Namur.67p. Lien.url:

http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/pages/fichiers/160825_swdd2_sans_annexes.pdf

Pour en savoir plus:

[1] PRADEL B. (2016). Mobilité, célérité et société. Essai de rythmanalyse sur la polychronie sociale. Rhuthmos, p1-10. Lien url : <http://rhuthmos.eu/spip.php?article1746>

[2] DARMON N. (2017). Quelle compatibilité entre qualités nutritionnelle et environnementale de l'alimentation en France ? Apports du profilage nutritionnel des aliments, de l'épidémiologie nutritionnelle et de la modélisation de rations. Chloé-doc, 154 (janvier-février), p6. Lien url : <http://alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2017/01/154-quelle-compatibilite-entre-qualite-nutritionnelle-environnementale-alimentation-france.pdf>

[3] ITINERE CONSEIL. (2016). Etude des parcours de soins des personnes en situation de précarité - Spécificité en rapport avec l'environnement local. Rapport final.France.147p. Lien url:http://www.itinere-conseil.com/wp-content/uploads/2016/09/Parcours_DGOS_Rapport_VF.pdf

[4] GASSIOT M., GUYARD F., BEDOK H., HÉRITAGE Z., HEMERY C.,SARAUX-SALAÜN P. (2016). Pratiques quotidiennes du vélo à Nantes : approche croisée de la santé et de la mobilité. Santé Publique, 28(HS), p75-82. Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-75.htm>

[5] DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CIUSSS. (2016). Guide sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (SHV) dans les municipalités.Québec, Canada.146p. Lien url: <http://www.quebecenforme.org/pdf/Guide-SHV-VF.PDF>

[6] SPW. (2015). la CeMathèque : Grandes villes wallonnes quelle mobilité aujourd'hui et demain ? Dossier thématique n°40.Namur, Belgique.48p. Lien url: <http://mobilite.wallonie.be/files/Centre%20de%20doc/CeMath%C3%A8que/cematheque40.pdf>

[7] OMS. (2015). Santé 2020 : les transports et la santé.Europe.2p.Lien url: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/286764/H2020-SectoralBrief-Transport_FRE-rev1.pdf?ua=1

[8] INPES. (2015). Promouvoir des environnements favorables à la pratique de l'activité physique. (N° 433).Paris, France.52p. Lien url: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-433.pdf>

[9] SPW. (2014). la CeMathèque : Des indicateurs pour évaluer la mobilité communale. Dossier thématique n°38.Namur, Belgique.60p. Lien url: http://mobilite.wallonie.be/files/Centre%20de%20doc/CeMath%C3%A8que/201404_cematheque_38.pdf

G12: « Aménagement des espaces publics »

La conception de l'environnement physique, naturel et bâti¹, dans lequel les individus évoluent, exerce une influence sur l'état de santé de la population et notamment sur les habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique [1]. Des chercheurs ont mis en lumière un lien entre plusieurs maladies non transmissibles (maladies chroniques, diabète,...) et l'environnement bâti : soit de façon directe en exposant les personnes à des agresseurs physiques, soit de façon indirecte en facilitant ou non l'adoption de comportements favorables à la santé [2]. Un rapport met en évidence les liens entre l'environnement bâti, l'activité physique (et notamment la mobilité douce), les interactions sociales mais également sur l'exposition à la pollution de l'air et à la pollution sonore. Dans ce contexte, les chercheurs estiment que les acteurs de la santé publique ont une opportunité, voire une obligation, de jouer un rôle de leader sur les enjeux de santé lié à l'environnement bâti. [3]

L'environnement bâti exerce son influence sur les habitudes de vie principalement par l'intermédiaire de trois facteurs, l'accessibilité, l'attrait et la sécurité. Ces trois facteurs revêtent à la fois une composante objective, relevant notamment de diverses caractéristiques de l'environnement bâti, et une composante plus subjective, relevant de perceptions individuelles [1]. Un environnement bâti qui serait sécuritaire, attrayant et facilitant l'accès à de la nourriture saine et à diverses opportunités d'être physiquement actifs dans la vie quotidienne des citoyens est considéré comme favorable à l'adoption de saines habitudes de vie [4] [5; 6].

Pour ce qui concerne les transports en commun, des mesures devraient également inciter la population à prendre les transports en commun plutôt que la voiture en veillant à ce que chaque quartier soit desservi régulièrement par des transports en commun, ce qui augmenterait le temps des déplacements pédestres.

Enfin, les stratégies développées en matière d'aménagement de l'environnement bâti et plus particulièrement des espaces publics, devraient concerner les personnes de tous âges, quels que soient leur situation sociale et leur quartier de résidence, et il convient d'accorder une attention particulière à l'équité, au manque de ressources financières et à la vulnérabilité [4].

¹ Selon une définition large, l'environnement bâti comprend tous les éléments de l'environnement physique autres que naturels, c'est à dire ceux construits par l'homme. Plusieurs éléments sont inclus dans cette définition comme les espaces publics, les parcs, les structures physiques (habitations, écoles, commerces etc.) et les infrastructures de transport (pistes cyclables, réseau de rues, espaces piétonnier). Afin de préciser cette définition et de mieux classifier les divers éléments qu'elle sous-tend, on peut considérer que l'environnement bâti comporte trois dimensions principales, soit le système de transport, les modes d'occupation du sol et le design urbain. Dans la littérature scientifique, il existe plusieurs définitions opérationnelles de l'environnement bâti principalement parce que les chercheurs s'y intéressants sont issus de plusieurs disciplines distinctes [1]

En Wallonie, notons que:

- le « Plan Ravel » a été mis en place dans le but d'aménager un plus grand nombre de chemins/espaces réservés aux piétons, cyclistes, cavaliers et personnes à mobilité réduite [7];
- le « Plan Wallonie cyclable » comprend différentes mesures qui visent à augmenter le nombre de déplacements quotidiens à vélo [8];
- des plans piétons ont été lancés (Namur ou Liège) [9];
- le schéma de développement de l'Espace régional (SDER) publié en 2013 définit des objectifs en matière d'aménagement du territoire, qui visent notamment la mobilité, la gestion et la valorisation des ressources, l'aménagement des espaces, le renforcement des transports durables [10];
- la deuxième Stratégie Wallonne pour le développement durable propose également des mesures qui visent à travailler sur l'alimentation durable [11].

Impulsion OS 45

Aménager des espaces conviviaux dans les lieux publics permettant la consommation d'aliments et l'accès à une source d'eau potable gratuite en concertation avec l'ensemble de la population

Intérêt

Cette proposition rencontre les enjeux que représente l'aménagement des espaces publics pour la santé et favorisera l'adoption de comportements favorables à la santé. Elle est également complémentaire aux différents instruments existants. Par ailleurs, la question de l'accès à une source d'eau potable doit être prise en considération, particulièrement pour les publics les plus précarisés pour qui l'accès à l'eau potable peut représenter une question de survie. Des exemples comme l'initiative liégeoise de mise en place de points d'eau potable, le recensement des sources et points d'eau potable en Belgique (<https://eaupotable.info/fr/belgique/>), le système de gestion des déchets mis en place par Pairi Daiza peuvent être relevés.

Acteurs

Les leviers essentiels en matière d'activation se trouvent dans les mains des Villes et Communes.

La **Région wallonne** apportera son soutien notamment pour l'impulsion et la mise en œuvre. D'autres acteurs pourraient également intervenir, comme les **Intercommunales** de distribution de l'eau et les **acteurs du privé**. Les **citoyens** seront associés au processus.

Critères de qualité

- Implémenter la proposition en cohérence avec les besoins exprimés par la population, en accordant une attention particulière aux publics les plus précarisés;
- travailler sur l'accessibilité des lieux;
- utiliser un design universel (accessible et utilisable par tous);
- accorder une attention particulière à la place des femmes.

Transversalité

- Projet de Plan Cocof, **axe 2: Cadre institutionnel**, stratégie 8: soutenir les politiques d'aménagement urbain et de gestion des infrastructures qui favorisent le mouvement;
- WALAP (GI Personnes handicapées, Personnes âgées, Maladies chroniques)

Pistes d'action / OO 45.a

- Définir des projets ou zones pilotes afin de s'appuyer sur du concret pour lancer un projet à plus large échelle;
- encourager la mise en place de piétonniers pour favoriser l'utilisation d'un tel espace;
- accompagner la population en animant l'espace dans une démarche participative, éventuellement en assurant une présence humaine, peut permettre une meilleure utilisation du lieu, et prévenir la détérioration du matériel.

Impulsion OS 46

Renforcer et encourager l'usage des transports en commun ainsi que la mobilité douce pour les déplacements quotidiens et notamment pour relier les logements aux écoles, aux lieux de travail, aux lieux d'approvisionnement alimentaire et à l'offre d'activité physique sportive et de loisir, pour l'ensemble des utilisateurs

Intérêt

L'aménagement adéquat d'espaces pour encourager la mobilité douce, renforcer l'intermodalité et favoriser la mixité des fonctions est nécessaire. La proposition s'intègre également dans les autres dispositifs et instruments de la Région wallonne, et particulièrement le SDER. En effet, le SDER précise que pour augmenter la part des déplacements effectués en transports collectifs, il faut notamment réorganiser leurs réseaux et leurs modes de fonctionnement, en veillant à répondre aux besoins de l'ensemble de la population. Par ailleurs, la mobilité douce, et plus particulièrement la marche et le vélo, requiert des conditions de déplacement attrayantes et sûres. Il convient également de favoriser l'intermodalité. A titre d'exemple, relevons les politiques de l'intermodalité dans des villes comme Londres, Rennes, Genève (voir notamment les travaux de Sonia Lavadinho en la matière, et notamment « Le renouveau de la marche urbaine. Terrains, acteurs et politiques »).

Acteurs

Au **niveau politique**, la **Région wallonne** apparaît comme un acteur de première ligne en matière de soutien à la mise en œuvre.

Les **Villes et Communes** pourront également jouer un rôle.

D'autres acteurs comme les **sociétés de transport en commun** peuvent être impliqués. Les **destinations des trajets** que sont les entreprises, les installations d'activités physiques, les zonings pourraient également jouer un rôle.

Critères de qualité

- tenir compte des différences entre les milieux urbains et les milieux ruraux;
- prendre l'ensemble des utilisateurs en considération, avec une attention particulière aux publics les plus précarisés;
- adapter l'offre aux utilisateurs les plus faibles.

Transversalité

- SDER (et plus particulièrement les objectifs III.4 (Développer des transports collectifs performants pour un meilleur accès aux emplois et aux services) et III.5 (Favoriser la pratique de la marche et du vélo par de meilleurs aménagements));
- Deuxième Stratégie wallonne de développement durable (et plus particulièrement le point 4.3.4 Promouvoir des modèles et pratiques innovant, intégrant les enjeux sociaux, environnementaux et économiques);
- Projet de Plan Cocof, axe 2 : Cadre institutionnel, stratégie 8 : soutenir les politiques d'aménagement urbain et de gestion des infrastructures qui favorisent le mouvement;
- WALAP (GI Personnes âgées, Enseignement, Maladies chroniques);
- La proposition rencontre également plusieurs objectifs stratégiques du Plan Wallonie cyclable.

Pistes d'action / OO 46.a

- Soutenir le développement d'aménagements améliorant, la fonctionnalité, la sécurité et le confort en matière de mobilité douce (trottoirs, pistes cyclables sécurisées, piétonniers, sentiers pédestres, berges);
- favoriser la mixité des fonctions, limiter l'étalement urbain et prévoir des affectations du sol qui favorisent la proximité des équipements sportifs et de l'offre alimentaire avec les bassins résidentiels et renforcer l'accès aux installations d'activités physiques;
- soutenir le développement de l'intermodalité entre les modes actifs et les transports en commun, et des sites propres, en prenant en considération les piétons;
- pour ce qui concerne les transports en commun : soutenir le développement des lignes à haut niveau de service (et le rabattement vers ces lignes, box vélos fermés), des sites propres, augmenter la fréquence, renforcer le confort du bus (notamment places assises en suffisance), adapter l'usage et le prix à tous les publics;
- pour ce qui concerne l'usage de la voiture : objectiver l'espace disponible par rapport au nombre de voitures, revoir l'espace dédié au stationnement qui encombre l'espace public;
- renforcer la communication et la signalétique, notamment dans les transports en commun ;
- observer les pratiques d'usage et réaliser des tests notamment avec des personnes qui ne prennent pas souvent les transports en commun, les cadres des SRWT, les chauffeurs de bus notamment;
- travailler sur la vision, l'image véhiculée par l'utilisation des transports en commun et l'aspect identitaire avec le choix du mode de transport.

Moyen/long terme OS 47

Favoriser, sur le long terme, l'autoproduction, les jardins collectifs, la production locale de qualité, par exemple en mettant à disposition des terrains sains en secteur urbanisé ou en soutenant le développement de ceintures alimentaires.

Moyen/long terme OS 48

Recourir à des évaluations d'impact sur la santé (EIS) lors de l'élaboration de plans d'aménagement et d'urbanisme ainsi que lors de la construction ou de la rénovation d'infrastructures diverses ».

Informations complémentaires

La préservation et le développement des espaces verts est également une mesure qui a été jugée incontournable par une grande partie des participants.

Références

[1] INSPQ. (2010). L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids. Québec, Canada. 119p.

Lien.url: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108_ImpactEnvironBati.pdf

[2] DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CIUSSS. (2016). Guide sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (SHV) dans les municipalités. Québec, Canada. 146p.

Lien.url: <http://www.quebecenforme.org/pdf/Guide-SHV-VF.PDF>

[3] FRANK L., BOMBARDIER A., KAVAGE S., DEVLIN A. (2012). Health and the Built Environment: A Review. 21p.

Lien url:

http://www.wma.net/fr/20activities/30publichealth/30healthenvironment/Built_Env-Final_Report-August2012.pdf

[4] OMS EUROPE. (2006). Promouvoir l'activité physique et la vie active en ville. France. 66p. Lien.url:

http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/oms_promouvoir_activite_physique.pdf

Différentes études relèvent ces différentes composantes, dont notamment :

L'association entre des facteurs environnementaux physiques et la perception favorable à l'utilisation du vélo comme moyen de transport : une étude réalisée parmi la population flamande et bruxelloise âgée entre 45 et 65 ans a mis en évidence que l'état (et principalement leur sécurité) des pistes cyclables est le facteur environnemental qui contribue le plus à l'augmentation d'une perception favorable à l'utilisation du vélo

[5] DE BOURDEAUDHUIJ I., SALLIS J. F., SAELENS B. E. (2003). Environmental correlates of physical activity in a sample of Belgian adults. American Journal of Health Promotion, 18(1), p83-92. Lien url:

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4278/0890-1171-18.1.83>

Une étude menée à Gand identifie les liens entre temps de marche et certains facteurs environnementaux. Le temps de marche était associé positivement à l'accessibilité des trottoirs et à la facilité d'accès aux arrêts et de transports en commun.

[6] MERTENS L., VAN HOLLE V., DE BOURDEAUDHUIJ I., DEFORCHE B., SALMON J., NASAR J., VAN DE WEGHE N., VAN DYCK D., VAN CAUWENBERG J. (2014). The effect of changing micro-scale physical environmental factors on an environment's invitingness for transportation cycling in adults: an exploratory study using manipulated photographs. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 11, p88. Lien url :

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244066/pdf/12966_2014_Article_88.pdf

[7] GOUVERNEMENT WALLON. (2015), consulté le 05/12/16. Portail de la Wallonie. RAVeL: plan 2015-2019.

Lien url: <http://www.wallonie.be/fr/actualites/ravel-plan-2015-2019>

[8] WALLONIE G. D. L., consulté le 05/12/16. Portail de la Wallonie. Wallonie cyclable. Lien url:

<http://mobilite.wallonie.be/home/politiques-de-mobilite/wallonie-cyclable.html>

[9] GRANDCHAMPS P. (2009). Le plan piétons de Namur : un premier bilan. Conférence de presse jeudi 26 mars 2009 Namur, Belgique. 6p. Lien url:

http://www.ville.namur.be/files/files/Hotel_de_ville/Presse/09mars/26_plantrottoirs_dossierdeprese.pdf

[10] GOUVERNEMENT WALLON. (2013). Schéma de développement de l'Espace régional (SDER): SPW. Editions. 140p. Lien.url:

http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/publications/sder_complet.pdf

[11] GOUVERNEMENT WALLON. (2016). Développement durable: 2^e stratégie wallonne. Namur. 67p. Lien.url:

http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/pages/fichiers/160825_swdd2_sans_annexes.pdf

Pour en savoir plus:

[1] PRADEL B. (2016). Mobilité, célérité et société. Essai de rythmanalyse sur la polychronie sociale. Rhuthmos, p1-10. Lien url : <http://rhuthmos.eu/spip.php?article1746>

[2] DARMON N. (2017). Quelle compatibilité entre qualités nutritionnelle et environnementale de l'alimentation en France ? Apports du profilage nutritionnel des aliments, de l'épidémiologie nutritionnelle et de la modélisation de rations. Chloé-doc, 154 (janvier-février), p6. Lien url : <http://alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2017/01/154-quelle-compatibilite-entre-qualite-nutritionnelle-environnementale-alimentation-france.pdf>

[3] ITINERE CONSEIL. (2016). Etude des parcours de soins des personnes en situation de précarité - Spécificité en rapport avec l'environnement local. Rapport final.France.147p. Lien url:http://www.itinere-conseil.com/wp-content/uploads/2016/09/Parcours_DGOS_Rapport_VF.pdf

[4] GASSIOT M., GUYARD F., BEDOK H., HÉRITAGE Z., HEMERY C.,SARAUX-SALAÜN P. (2016). Pratiques quotidiennes du vélo à Nantes : approche croisée de la santé et de la mobilité. Santé Publique, 28(HS), p75-82. Lien url: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-75.htm>

[5] DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CIUSSS. (2016). Guide sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (SHV) dans les municipalités.Québec, Canada.146p. Lien url: <http://www.quebecenforme.org/pdf/Guide-SHV-VF.PDF>

[6] SPW. (2015). la CeMathèque : Grandes villes wallonnes quelle mobilité aujourd'hui et demain ? Dossier thématique n°40.Namur, Belgique.48p. Lien url: <http://mobilite.wallonie.be/files/Centre%20de%20doc/CeMath%C3%A8que/cematheque40.pdf>

[7] OMS. (2015). Santé 2020 : les transports et la santé.Europe.2p.Lien url: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/286764/H2020-SectoralBrief-Transport_FRE-rev1.pdf?ua=1

[8] INPES. (2015). Promouvoir des environnements favorables à la pratique de l'activité physique. (N° 433).Paris, France.52p. Lien url: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-433.pdf>

[9] SPW. (2014). la CeMathèque : Des indicateurs pour évaluer la mobilité communale. Dossier thématique n°38.Namur, Belgique.60p. Lien url: http://mobilite.wallonie.be/files/Centre%20de%20doc/CeMath%C3%A8que/201404_cematheque_38.pdf

Mettre en place une stratégie globale de communication sur le plan

Enjeux et supports d'une stratégie globale de communication

Une stratégie globale de communication doit être élaborée afin de développer et entretenir la notoriété du plan wallon alimentation et activité physique. Il s'agit en effet d'assurer une existence, une réalité au plan.

La stratégie de communication doit assurer la validité sociale du plan, c'est à dire le fait que le plan soit reconnu comme point de référence par les acteurs impliqués dans l'alimentation et l'activité physique. Cette validation sociale sera une valeur ajoutée à la notoriété du plan. En effet, selon les spécialistes de la planification et de la communication sociale, la notoriété d'un projet va dépendre aussi de l'adhésion des parties prenantes aux idées du projet et de leur capacité à être des relais de ce projet².

Il est crucial pour que le plan existe pendant 20 ans qu'il puisse avoir une identité visuelle et conceptuelle suffisamment forte pour s'imposer sur le marché symbolique de la communication où il pourra exister comme champs politiques et aussi en rapport au marketing.

Dans cette optique, quatre supports proposés pour soutenir la communication sur le plan: l'identité visuelle, le site web, porte-paroles, et la cartographie interactive. La cartographie interactive fait l'objet d'une fiche spécifique.

Développer une identité visuelle

Permettre au plan d'être présent dans l'environnement médiatique par une image, un logo associé à quelques idées clés, qui peuvent ainsi être mobilisés facilement par différents acteurs.

Réaliser un site web

Un site web est en premier lieu un outil d'information sur le plan (approche, vision, construction, acteurs, avancée, évaluation, challenge...) pour l'équipe du plan, cabinet, comité pilotage, experts d'une part et les citoyens d'autre part. Il peut également être conçu comme un lieu de participation et de concertation en prévoyant des sections interactives entre les différents acteurs (par exemple : forum citoyen, espaces questions/réponses). C'est aussi un espace pour visibiliser et fédérer les acteurs et les alliés du plan émanant des différents secteurs.

² BOUTINET, Jean-Pierre. Grammaires des conduites à projet. Presses universitaires de France, 2010.

ROUQUETTE, MICHEL-LOUIS. Social representations and mass communication research. Journal for the theory of social behaviour, 1996, vol. 26, no 2, p. 221-231.

ROUQUETTE, M. L. La communication sociale, Paris, Dunod. Topos, 1998.

MULLER, Pierre. Les politiques publiques:«Que sais-je?» n° 2534. Presses universitaires de France, 2011.

Se doter de porte-paroles et Relations de Presse

La communication devrait être soutenue par des porte-paroles du plan, qui, entre autres, seraient les relais vers la presse. Ainsi, le site identifie des experts sur différentes matières.

Les spécialistes de la communication sociale pointent qu'une communication est optimale si elle est aussi relayée par des porte-paroles humains, par des figures reconnues³.

Développer et alimenter une cartographie dynamique

La cartographie est à la fois un outil au service du Plan (pilotage, couverture, soutien à la construction de mesures politiques), tout comme elle est un instrument pour le développement de ce plan (mobilisation des partenaires, des acteurs de terrain, adhésion critique des citoyens).

Vers l'opérationnalisation

L'APES-ULg a formulé plusieurs modalités d'applications et pistes d'action (critères de qualité, comparatifs de logos et sites existants...) qui peuvent servir de base à une opérationnalisation de ces supports. Cf. Note de l'APES-ULg du 15/04/16. Une série de questions générales y sont également posées (par ex : quelles sont les ressources matérielles, compétences, humaines pour développer et entretenir la stratégie de communication ; comment évaluer cette stratégie de communication ?) afin de soutenir la mise en œuvre effective d'une stratégie de communication globale efficiente.

³ ROUQUETTE, M. L. La communication sociale, Paris, Dunod. Topos, 1998

Développer et alimenter une cartographie dynamique

La réalisation d'une cartographie représente une des modalités d'existence du plan, alimentant sa dynamique à court et à long terme. Sa construction, qui se veut itérative, permettra de définir et de préciser certaines priorités, par la diffusion d'informations en matière d'alimentation et d'activité physique sur un territoire donné. Elle est donc un outil au service du Plan, un instrument pour son développement ainsi qu'un support de communication.

Les acteurs consultés soutiennent pleinement la réalisation de cet outil ; en effet, dans le cadre des groupes d'impulsion (en particulier les groupes acteurs de quartier, maladie chronique, communication, modes de vie au travail, handicapés, personnes âgées hors institution) ils ont largement plébiscité la mise en place d'un recensement et la diffusion d'informations au sujet de l'offre existante.

La réalisation d'une cartographie rencontre notamment les objectifs suivants:

- les **professionnels des secteurs** pourront identifier les acteurs et les projets répertoriés en fonction de critères et indicateurs précis, portant sur l'alimentation et l'activité physique, ce qui soutiendra l'accompagnement et le développement de projets, tout en tissant des liens et en permettant l'impulsion de nouvelles dynamiques;
- les **porteurs de projets** pourront proposer leurs actions afin qu'elles soient inscrites et reliées aux axes du plan (visibilité et relations potentielles avec d'autres acteurs du plan);
- les **citoyens** auront l'opportunité de localiser et de prendre connaissance des actions alimentation et activité physique sur le territoire de la Région, et plus particulièrement localisées selon leurs zones d'activités (habitation, travail, loisir des citoyens);
- par ailleurs, cet outil permettra de soutenir le **pilotage et l'évaluation du plan** en fournissant des données utiles et en facilitant ainsi l'analyse des actions en matière d'alimentation et d'activité physique. Par exemple, les initiatives et les innovations sociales porteuses de santé et de réduction des inégalités sociales pourront être mises en évidence, ce qui permettra, le cas échéant, de proposer des mesures politiques pour soutenir ces actions. Ces actions porteuses pourront également être repérées à des fins de communication.

Afin de poser les bases de cet exercice de cartographie, un projet d'analyse des politiques locales est en cours d'élaboration. A cette fin, nous ciblons:

- l'identification des acteurs et des offres de promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine;
- l'analyse des textes fédéraux, régionaux et communautaires qui influencent la promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine;
- l'analyse des textes de cadrage locaux.

En terme de méthodologie, il s'agirait de sélectionner cinq villes de moins de 20 000 habitants, sur la base des critères de qualité de vie de l'IWEPS et en fonction des initiatives identifiées (comme par exemple, Ville réseau santé, ville pilote plan Wallonie cyclable, sport sur ordonnance). Dans ce cadre, il a été proposé aux CLPS de fournir des suggestions de communes qui pourraient être analysés, selon ces différents critères.



Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté
12, rue Marie-Henriette 5000 Namur
bureau@rwlp.be
www.rwlp.be - Facebook
Gsm Bureau 0473/29 85 74 - Tél : 081/31 21 17

Note d'avis du RWLP dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé par rapport à l'axe alimentation et activités physiques du futur Plan wallon de prévention et de promotion de la santé.

Un groupe de témoins du vécu / militants-tes au sein du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté a fait émerger des positions par rapport aux questions de l'alimentation et des activités physiques.

Le groupe a réfléchi de façon transversale en deux questions :

1. Quels sont les éléments à mettre en place pour avoir une alimentation saine ?

La question du revenu décent est centrale car cela engendre une série de freins importants. Faute de moyens, il est compliqué de s'alimenter tout court, les personnes sont alors contraintes au recours à l'aide alimentaire. Il est humainement très éprouvant de faire une file pour attendre des colis de survie et ensuite se contenter d'aliments non choisis avec souvent une diversité alimentaire manquante. Les restaurants communautaires, privilégiant des produits frais de qualité voire locaux, les épiceries sociales où la diversité et l'accueil humain sont privilégiés, etc.. sont autant de pistes à intégrer dans une diversité de réponses possibles pour les citoyens n'ayant plus accès à l'alimentation. Ces questions sont donc bien sûr à traiter quand on parle d'axe alimentation du plan wallon de prévention et de promotion de la santé qui doit concerner l'entièreté de la population wallonne.

Par ailleurs, quand les personnes appauvries ont encore la possibilité d'acheter leurs aliments, il reste compliqué de s'alimenter sainement. Il faudrait commencer par définir ce qu'est une alimentation saine. Si par alimentation saine on veut dire bio ou local, les problèmes d'accessibilité et de coût sont mis en évidence. Cela fait partie des inégalités, le premier choc avec un produit de bonne qualité, c'est, à nouveau, de ne pas savoir se l'acheter y compris pour certains produits frais non bio. Le bio dans certains cas est un créneau commercial, parfois à la solde des producteurs eux-mêmes. Les labels sont donc variés et c'est à ce niveau qu'une action du politique serait souhaitable garantissant à la fois un rapport qualité/prix plus juste sans défavoriser les petits producteurs eux-mêmes touchés par la pauvreté.

Les produits avec additifs divers et néfastes pour la santé sortent des usines agro-alimentaires. Leur prix sont compétitifs et plus accessibles aux personnes à faibles revenus qui n'ont pas beaucoup d'autres choix que de les consommer. Il faut donc aussi s'intéresser à la production agro-alimentaire, à la qualité qui sort de ces usines et pas seulement aux choix individuels dans les assiettes.



Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté
12, rue Marie-Henriette 5000 Namur
bureau@rwlp.be
www.rwlp.be - Facebook
Gsm Bureau 0473/29 85 74 - Tél : 081/31 21 17

Comme alternatives pour accéder à des produits frais, il existe notamment les potagers collectifs (via une association par exemple), partagés (parfois mis à disposition de la commune) mais ils ne sont pas toujours accessibles, géographiquement par exemple, ou possibles pour tous (freins physiques notamment). Cette opportunité ne doit pas non plus devenir normative au risque de discriminer celles ou ceux qui n'ont pas la main verte, la condition physique....

Il existe aussi des initiatives citoyennes comme « les Incroyables Comestibles » qui occupent l'espace public rural ou urbain pour créer des potagers dont les productions sont offertes à tous les habitants. Cette démarche demande une énergie collective majeure et un suivi de grande ampleur pour que le projet aboutisse.

Cependant, rendre accessible localement ces démarches ajoute à la diversité des possibles et pourra convenir à une partie de la population.

Les rythmes de vie des gens ne permet pas toujours d'avoir le temps de faire à manger « maison » : soit on travaille, soit on est en formation, soit on est à la recherche d'emplois, soit on se débrouille... Dans la particularité d'une famille monoparentale où tout repose sur les épaules d'un seul parent, cuisiner une soupe ou des légumes de saison, n'est pas toujours réalisable.

Cuisiner revêt également un caractère « plaisir », à condition de disposer de condiments variés et variables, de disposer de l'installation culinaire un minimum confortable, des ustensiles qui le permettent, et également d'avoir une certaine sérénité dans la vie. Dans des ménages « sans problème » de pauvreté cruciale, entend-on souvent « pfff qu'est-ce que je vais encore faire à manger ce soir... »... Et ceci lorsqu'on a encore le choix. Mais cuisiner toujours les mêmes produits, en portions plus que comptées, plats souvent non-choisis... ce n'est pas le plus gratifiant. La distribution localement est également à valoriser et à développer, comme autrefois quand les marchands passaient avec leur camionnette dans les quartiers à des prix abordables : des soupes, du pain, du lait, ... Il existe des communes en Wallonie où cette pratique de distribution continue... Une bonne pratique à épingle car appréciée par des milieux différents et par tous les âges. Une solidarité peut donc être organisée et favoriser ainsi la faisabilité d'un tel projet à l'échelle locale.

Il est nécessaire de prendre en compte les problèmes de santé qui imposent un régime alimentaire spécifique, l'alimentation saine n'est pas la même pour tous, les réalités de vie de chacun sont différentes. Pour les régimes spécifiques pour raison de santé, nombre de personnes appauvries n'en ont pas l'accès financier, au risque d'aggraver leur état de santé. Quid d'une intervention structurelle de l'Etat pour pallier à ce manque, à l'instar de médicaments, l'alimentation a aussi un rôle thérapeutique voire de prévention pour certaines pathologies.

Au sein de l'Enseignement maternel, primaire et secondaire, la piste privilégiée par le RWLP est une cantine saine et gratuite ainsi que des collations saines et gratuites pour toutes et tous.

Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté – N° d'entrep. : 0480013804
N° de compte : IBAN : BE 47 0682 3970 2080 BIC : GKCCBEBB





Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté
12, rue Marie-Henriette 5000 Namur
bureau@rwlp.be
www.rwlp.be - Facebook
Gsm Bureau 0473/29 85 74 - Tél : 081/31 21 17

En ce qui concerne tous les groupes y compris pour reprendre les noms des groupes d'impulsion « Personnes handicapées dans leurs milieux de vie » et « Personnes âgées hors institution », « Personnes âgées en MR-MRS » ou « Personnes détenues », un modèle participatif où l'avis des personnes compte dans la prise d'initiatives et de décision est primordial. Par ailleurs, comme bonne pratique, il existe par exemple des jardins partagés aussi accessibles aux personnes handicapées. Il est important que l'ensemble des propositions puissent être aussi accessibles aux groupes spécifiques.

Vous comprendrez à la lecture de nos avis, que les pistes prescriptives ne seront pas efficaces car la problématique de l'alimentation est liée à des enjeux extérieurs aux personnes déjà en souffrance par rapport à cette question. Par prescriptif, on entend les conseils de consommation de telle façon ou de tel type d'aliment plutôt qu'un autre via des campagnes ou des ateliers éducatifs au travers de services sociaux par exemple...

Toutes démarches qui viseraient à disqualifier les familles par rapport au quotidien qui relève finalement de l'intime (ce qu'il y a dans le frigo, ce qu'on met dans l'assiette, comment on nourrit ses enfants, ...), plutôt que de valoriser les savoirs et les compétences malheureusement limitées par le portefeuille, la mobilité, le stress,... sont contre-productives. Lorsque les personnes ont le temps et l'occasion de manger de bons produits, elles en reconnaissent la saveur par rapport à une alimentation bon marché obligatoire. C'est pourquoi la confiance et la reconnaissance de la combativité de survie des familles doit être reconnue.

Toutes démarches qui viseraient à inviter les personnes, limitées par le portefeuille, la mobilité, le stress, ..., à être plus « vertueuses » que tous en matière alimentaire, et réduites à ne même plus pouvoir se faire plaisir, ou faire plaisir, parce qu'elles devraient réserver exclusivement leur budget plus que faible à une alimentation saine et donc relativement couteuse, les placeraient dans des contraintes intenable qui ne peuvent que les conduire à l'échec. C'est pourquoi une latitude budgétaire est indispensable outre les seules nécessités vitales du quotidien.

La première chose à réaliser en tant que Ministre est de prendre le temps de construire ensemble avec la population appauvrie à partir de ses réalités de vie : des pistes d'avenir en matière d'alimentation pour toutes les wallonnes et tous les wallons.

La manière participative dont le plan doit être construit est fondamentale pour son sens, son efficacité et sa durabilité. Pour cela il faut prendre le temps nécessaire pour garantir de réelles conditions de participation des populations concernées.



Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté
12, rue Marie-Henriette 5000 Namur
bureau@rwlp.be
www.rwlp.be - Facebook
Gsm Bureau 0473/29 85 74 - Tél : 081/31 21 17

2. Quels sont les éléments nécessaires à mettre en place pour permettre à tout le monde d'avoir accès aux activités sportives ?

Le manque de moyens des personnes appauvries est un frein majeur à l'accès au sport. Pratiquer un sport dans la majorité des cas, demande une mobilité à des horaires décalés et des moyens financiers ne fut-ce que pour l'équipement et souvent pour les abonnements, sans parler des déplacements. « *J'étais mordu par un sport de combat Thai mais quand je me suis retrouvé au chômage, faute de savoir payer l'abonnement, j'ai dû arrêter* »
Par ailleurs, d'autres obstacles s'ajoutent: l'isolement géographique du milieu rural le cas échéant, et une condition physique abîmée par la réalité de la pauvreté.

Ajoutons que les personnes pratiquant un sport, l'ont d'abord choisi, ayant d'abord testé différentes disciplines, cela implique aussi une démarche inscrite dans le temps ainsi qu'un réseau d'informations. Cela n'est pas forcément dans les possibles des personnes appauvries, se privant souvent de perspectives ayant un coût sous-jacent si la stabilité financière n'est pas assurée.

Pour y remédier, le RWLP propose d'améliorer l'accessibilité pour tous, et d'élargir la gratuité d'accès. Il y a en effet une partie de la population qui se dirige directement vers les parcours VITA, seuls car ils ont déjà une pratique ou via des clubs de marche gratuits. S'il est positif que ce soit possible pour une partie de la population, on peut aussi comprendre qu'une autre partie n'ait pas l'accès non plus à ces activités physiques.

Certains n'ont jamais eu l'opportunité de pratiquer un sport, trop éloigné notamment par le stress de la vie quotidienne mais aussi parfois par une condition physique précaire forgée par des conditions de vie difficiles. Il est évident que dans des situations d'appauvrissement, on doit avoir une lecture de déterminants sociaux de la santé et donc dans une démarche globale respectant l'ensemble des paramètres de l'individu.

Il faut aussi tenir compte des difficultés et spécificités de santé de toutes les personnes. L'activité physique doit aussi leur être possible en ayant des espaces et une offre d'activités adaptés et accessibles.

Par ailleurs, pour les personnes plus proches du sport, on peut aussi comprendre que certaines personnes soient dans une dynamique de choix par rapport à l'effort physique et ne puissent se résoudre à faire de la course à pied si elles n'affectionnent pas cette activité.

D'un côté, il est important de soutenir toutes les mesures favorisant l'activité physique comme la prise en charge d'abonnement tout au long de la vie et ce dès le plus jeune âge aussi via le soutien financier pour accéder par exemple à des stages sportifs etc. ainsi que l'instauration du sport gratuit de qualité à l'école à tous les niveaux de la scolarité.

D'un autre côté, il est essentiel que le gouvernement soutienne la mise à disposition d'infrastructures accessibles voire gratuites pour la pratique du sport au titre d'un service public.



Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté
12, rue Marie-Henriette 5000 Namur
bureau@rwlp.be
www.rwlp.be - Facebook
Gsm Bureau 0473/29 85 74 - Tél : 081/31 21 17

Pour terminer, il est primordial de renforcer et de soutenir des démarches collectives inscrites dans les quartiers avec un accompagnement des personnes comme les dynamiques proposées dans les maisons médicales.

L'activité physique pourrait en effet être financée au titre de compter dans le parcours santé d'une personne.

A nouveau comme au premier point, en ce qui concerne tous les groupes y compris pour reprendre les noms des groupes d'impulsion « Personnes handicapées dans leurs milieux de vie », « Personnes âgées hors institution », « Personnes âgées en MR-MRS » ou « Personnes détenues », un modèle participatif où l'avis des personnes compte dans la prise d'initiatives et de décision est primordial. Il est important que l'ensemble des propositions puissent être aussi accessibles aux groupes spécifiques en ayant une attention toute particulière à les intégrer comme parties prenantes dans les initiatives locales (notamment les personnes âgées et les personnes porteuses d'un handicap).

Il est cependant fondamental que l'activité physique ne soit pas avancée sous une forme prescriptive ou culpabilisante au risque de rater l'objectif. D'une part car c'est lié aussi à des enjeux extérieurs aux personnes et par ailleurs lié à l'intimité de chacun.

Pour les mêmes raisons qu'au point 1, le RWLP est convaincu qu'une consultation participative des témoins du vécu, ayant connu ou connaissant l'appauvrissement, est fondamentale pour construire l'axe activités physiques du Plan wallon de prévention et de promotion de la santé. Pour cela il faut prendre le temps nécessaire pour garantir de réelles conditions de participation des populations concernées.

Notons qu'il est également important de penser à la mobilité des personnes pour se rendre vers les activités collectives lorsqu'elles ne sont pas à proximité de quartiers, etc.

Enfin, il est important de faire de la sensibilisation/information/formation des animateurs-trices sportifs-ives dans les clubs, associations, etc. En effet, le regard et les remarques adressées aux personnes, la manière de considérer leurs difficultés et efforts sont essentiels. L'activité sportive met en action le corps et l'image de soi. C'est un chemin qui n'est pas facile à aborder. Et il n'est pas rare de recevoir des remarques blessantes, sans peut-être que les animateurs-trices en aient conscience.

Annexe 2: Liste des participants aux groupes d'impulsion

ABSOLONNE Jacqueline	Association Belge du diabète
ADANT Myriam	Résidence Le Chalon
ALAOUI Amal	ONE
ANCEAUX Pascale	Question Santé
ANCION Hélène	Fédération Inter Environnement Wallonie
ARCHAMBEAU Joëlle	MR-MRS
ARCHAMBEAU Yves	CFWB - AG Enseignement - WBE
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 - AG Sport - ADEPS
BERHIN Aurore	ULg - DG Qualité de vie des étudiants
BERTRAND Gilles	SPW - Développement durable
BIERNEAUX Martin	Solidaris
BOURGEOIS Thilbert	Solidaris - Latitude Jeunes
BRACCI Raffaele	CVPS - Centre Verviétois Promotion de la Santé
BRICHAUX Françoise	CPCP - Centre permanent pour la Citoyenneté et la
participation - Namur	
CANTELLI Fabrizio	LUSS - Ligue des Usagers des Services de Santé
CASARIEL Cindy	SES Huy-Waremme
CASMAN Marie-Thérèse	ULg - Faculté des sciences sociales – 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
CLIJSTERS Jos	ULg - R.C.A.E. asbl - ULg Sports
CLOES Marc	ULg - Département des sciences de la motricité – Intervention et gestion en activités physiques et sportives
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
COPPEJANS Muriel	CFWB - AG Sport - ADEPS
CRUCIFIX Carine	Province de Namur - Cellule Promotion Santé
DE JONGHE Karine	OSH
DE POTTER Jean-Claude	CFWB - AG Sport - ADEPS
DE RAMMELAERE Christophe	CFWB - AG Sport - Direction des centres sportifs
DE VUYST Cila	Prison de Paifve
DEFER Pierre-François	AViQ
DELPLANCK James	Prison de Namur

DELWAIDE Marc	AViQ
DEMARET Jean-Philippe	SPMT ARISTA
DENGIS Pol	CFWB - AG Enseignement - Inspection
DENIS Charlotte	CEP - Centre d'éducation du patient
DESTINE Michel	CFWB - AG Enseignement
DEVOS Aurore	ENEO Sport
DILLIS Aude	UPDLF - Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française
DRADIN Olivier	CFWB - AG Enseignement
DUBOIS Karin	CPCP - Centre permanent pour la Citoyenneté et la participation
DUBRU Gilles	ULg - Département des sciences de la motricité – Intervention et gestion en activités physiques et sportives
DUFOUR Anouk	Alzheimer Belgique
DUSSELDORF Carine	CPCP - Centre permanent pour la Citoyenneté et la participation
ELSEN Christian	SSPF/AIB - Société Scientifique des Pharmaciens Francophones Sprl
EVRARD Steve	Ottignies-LLN - PCS - Plan de Cohésion Sociale
FALIER Éric	SPW - DGO1 - Routes et Bâtiments
FEDERINOV Sophie	CPAS Charleroi
FELE Dalia	ULB - ESP - Ecole de Santé Publique
FONTAINE Sophie	SES Huy-Waremme
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
GOEDERT Jean-Paul	CFWB - AG Sport - ADEPS - Centre Sportifs Les Arcs
GOFFIN Stéphanie	Bio-Wallonie ASBL
GUGGENBUHL Nicolas	Karott
GUISSET Giliane	CEP - Centre d'éducation du patient
HERTAY Aurélie	Ligue Alzheimer ASBL
HOET Dominique	UPBPF - Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones
HOUIOUX Geneviève	OSH - Observatoire de la Santé du Hainaut
HUBAUX Anne-France	Province de Namur - Promotion de la Santé
JACQUET Nicolas	ULg - Faculté des Sciences sociales – Panel démographie familiale
JANSSEN Catherine	HELMO - Cellule Inclusion
JANSSEN Anne-Françoise	RWLP - Réseau Wallon de lutte contre la pauvreté
JEUNEHOMME Martine	HELB - Prigogine
KAISER Françoise	CFWB - AG Sport - ADEPS
KINTS Henriette	CLPS - Hainaut Occidental
KLASS Malgorzata	ULB - Prévention des seniors
LAPLANCHE Bernard	Résidence Alegria
LECLERCQ Anne	RWLP - Réseau Wallon de lutte contre la pauvreté

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 Julien	CCA Esneux
LEMAITRE Catherine	CEF - Comité des élèves francophones
LEPOUTRE Stéphane	CSC
LEVERT Carrie	ASEUS - Association Sportive de l'Enseignement Universitaire et Supérieur asbl
LIBOTTE Renée	FEDAJE - Fédération des Accueillantes de Jeunes Enfants
LONFILS Marjolaine	Culture & Santé ASBL
LORIE Jeremy	Gymsana asbl
LUYCKX Olivier	AViQ
MANNAERTS Denis	Culture & Santé ASBL
MARCHAND Annick	FEDAJE - Fédération des Accueillantes de Jeunes Enfants
MARGOT Anne-Catherine	Altéo sport
MARTENS Sylvie	ENEO Sport
MATOS DA SILVA Delphine	Question Santé
MERCIER Michel	UNamur - ARAPH-PATH
MERTENS France	CFWB - AG Enseignement - WBE
MICHAUX Julia	UPDLF - Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française
MISERQUE Yannick	Umons - Haute Ecole Condorcet - ASEUS
MOUTON Alexandre	ULg - Département des sciences de la motricité - CIFEN – Centre inter-facultaire de formation des enseignants
MOUYART Philippe	CLPS - Charleroi
NAVEAUX Frédéric	Prison de Lantin
NIBUS Marc	Dimension Sport ASBL
NISEN Laurent	ULg - Faculté des sciences sociales
PENSON Florence	ULB - ESP - Ecole de Santé Publique
PETERS Gaëlle	RWLP - Réseau Wallon de lutte contre la pauvreté
PETIT Bernard	Educa Santé
PIERON Véronique	Auto représentants de la région du centre (ARC)
PIETTE Alain	SPF Emploi, Travail & concertation sociale
PLANCHE Patrice	SPW - DGO5 - Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé
PONCELET Anne-Sophie	Univers Santé ASBL
QUINET LEDOCTE Michèle	SES Huy-Waremme
RENOTTE Frédéric	Umons - Haute Ecole Condorcet - ASEUS
REYNDERS Philippe	Prison de Paifve
RIBESSE Nathalie	ONE - Direction Santé
ROELAND Annabelle	Alzheimer Belgique
SARETTO Valérie	UCM
SARLET Charlotte	Ligue Alzheimer ASBL
SCHANER Liliane	Infor-Allaitement

SCHOTTE Dominique	CFWB - AG Enseignement - WBE - Conseil pédagogique
SCOYEZ Viviane	Résidence Les Chartriers
SEPUL Isabelle	Service Santé mentale - Ciney
SIMON Alain	CPEONS - Conseil des Pouvoirs Organisateurs de l'Enseignement Officiel Neutre Subventionné – FSEOS – Fédération Sportive de l'Enseignement Officiel Subventionné
SIMON Frédérique	CPMS
STAINIER Véronique	CSD-réseau Solidaris
TAEYMANS Bernadette	Question Santé
TAQUIN Lucie	Handicap et Santé -ARAPH-PATH
TERWAGNE Kateline	Maison médicale de Bomel
THEUNISSEN Frédérique	ASAH - Association des services d'accompagnement et d'actions en milieu ouvert pour personnes handicapées
THIBAUT Anne	Fédération Inter Environnement Wallonie
THIEBAUT Isabelle	CEDE - Club Européen Des Diététiciens de l'Enfance
THIRIFAYS Véronique	CSC - Namur
TORREKENS Baptiste	LUSS
VAN CLEYNENBREUGEL Diane	Chambre syndicale dentaire
VAN DEN BERG Joëlle	Réseau Idée
VAN DYCK Ingrid	Gymsana Asbl
VAN LOO Garry	UCL - Restaurants universitaires
VAN SIMAEY Delphine	Prison de Namur
VANOVERBERGHE Marie	SES Huy-Waremme
VERELLEN-DUMOULIN Christine	UCL - Institut de pathologie génétique –Inclusion ASBL
VERSTRAETE Marie	SPW - DGO2

