UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES
ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE

« Modes de vie et environnements favorables à la santé »

pour la Région bruxelloise

Proposition d'un cadre stratégique pour promouvoir une alimentation favorable à la santé, une activité physique régulière, une consommation d'alcool responsable et une réduction du tabagisme

Recherche financée par la Cocof

Avril 2017

Avant-propos

A l'initiative de la Ministre de la Santé du Gouvernement francophone bruxellois, l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) a été mandatée pour élaborer une proposition de cadre stratégique afin de promouvoir les « attitudes saines » au sein de la Région bruxelloise.

Le présent document propose donc une vision stratégique de promotion de la santé sur les thématiques de l'alimentation, de l'activité physique, de la consommation d'alcool et du tabagisme.

Cette proposition a été rédigée par l'Ecole de Santé Publique de l'ULB suite à diverses concertations menées avec les structures de promotion de la santé bruxelloises et d'autres acteurs de terrain en lien direct avec les thématiques abordées. Elle a été encadrée par l'Administration et le Cabinet de la Santé de la Cocof.

Les stratégies présentées à travers les 4 axes d'intervention alimenteront le Plan de Promotion de la santé de la Cocof (2018-2022) qui couvrira l'ensemble des thématiques et domaines visés par le champ de la promotion de la santé pour la Région bruxelloise.

Elles seront opérationnalisées de différentes façons :

- Lancement d'appels à projets permettant de désigner et de financer des activités en lien avec les thématiques abordées ;
- Appui aux acteurs pour contribuer de manière qualitative à la mise en œuvre de ces actions ;
- Développement ou renforcement de concertations intersectorielles entre les différentes autorités compétentes ;
- Mise en place d'un cadre de suivi et d'évaluation ;
- Coordination et suivi de la mise en œuvre du Plan de promotion de la santé par l'instance de pilotage telle que prévue par le Décret de promotion de la santé de la Cocof.

***Les institutions qui se sont impliquées dans ces échanges et la rédaction du document sont** (par ordre alphabétique) :*

- Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS)
- Coordination éducation & santé (CORDES)
- Cultures & santé
- Entr'aide des Marolles
- Fonds des Affections Respiratoires (FARES)
- Fédération des Maisons Médicales (FMM)
- Fédération des services sociaux (FDSS)
- Forest quartiers santé
- Le Pélican
- Les Pissenlits
- Modus Vivendi
- Promo Santé & Médecine Générale (PSMG)
- Question Santé
- Réseau Santé Diabète (RSD-B)
- Service d'Information Promotion Éducation Santé de l'Université Libre de Bruxelles (SIPES)
- Union Nationale des Mutualités Socialistes
- Univers Santé

Les autres acteurs qui ont été consultés dans le cadre de l'élaboration du Plan sont (par ordre alphabétique) :

- Administration du Ministère de l'Education du Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles
- Administration du Ministère de l'Environnement du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale (Bruxelles Environnement)
- Administration générale du Sport de la Fédération Wallonie-Bruxelles (ADEPS)
- Alliance nationale des Mutualités chrétiennes
- Cabinet du Ministère de l'Action sociale et de la famille du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale
- Cabinet du Ministère de l'Education du Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles
- Cabinet du Ministère de l'Enfance du Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles
- Centre d'Information et de Recherche sur les Intolérances et l'Hygiène Alimentaires (CIRIHA)
- Département des Sciences de la motricité de l'Université de Liège
- Dr Michel Chauliac (Programme National Nutrition Santé français)
- Faculté des Sciences de la Motricité de l'Université Libre de Bruxelles
- Fédération de l'industrie alimentaire (FEVIA)
- GymSana
- La Barricade
- Les gazelles de Bruxelles
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)
- Promo Jeunes
- Service d'Appui en Promotion et Education pour la Santé (APES-Ulg)
- Sport et santé
- ULB Sport
- Union Nationale des Mutualités Libérales
- Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française

Nous tenons à remercier l'ensemble des institutions et personnes qui ont participé aux réunions de travail et de concertation et qui y ont amené leurs expériences et leurs visions.

Ce document peut être référencé de la manière suivante :

Penson, F. & Coppieters, Y. Proposition d'un cadre stratégique pour promouvoir une alimentation favorable à la santé, une activité physique régulière, une consommation d'alcool responsable et une réduction du tabagisme. Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles (ULB). Avril 2017

Table des matières

I. Introduction 5
II. Méthodologie 6
III. Des enjeux de santé publique importants 7
IV. État des lieux des indicateurs socio-comportementaux de la population bruxelloise 11
V. Principales lignes de force de la proposition de Plan 18
VI. Objectifs du Plan et résultats attendus 20
VII. Structure de la proposition de Plan 21
VIII. Proposition de stratégies pour le Plan 21
Axe 1. Etat des lieux 23
Axe 2. Cadre institutionnel 26
Axe 3. Soutien aux acteurs de terrain 33
Axe 4. Soutien à la population bruxelloise 38

IX. Bibliographie 49
X. Acronymes 52
XI. Annexes 53
Annexe 1 - Evolution de certains indicateurs socio-comportementaux 53
Annexe 2 - Recommandations sur le « partenariat » public-privé en matière de promotion de la santé 55

I. Introduction

A travers son Plan de promotion de la santé de la Région bruxelloise, la Cocof a prévu de renforcer sa politique de **promotion des « attitudes saines ».** Cette dénomination est souvent utilisée dans les plans et programmes, mais nous lui préférerons dans ce travail les notions de promotion d'une **alimentation favorable à la santé**, d'une **activité physique régulière** et d'une **consommation responsable d'alcool** et d'une **réduction du tabagisme**.

Le chapitre consacré à ces quatre thématiques dans le futur Plan de promotion de la santé fait suite à deux Plans qui abordaient également ces aspects. *En 2005*, le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a mis en place un "*Plan de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique pour les enfants et adolescents de la Fédération Wallonie-Bruxelles*"[1] dont l'objectif principal était d'améliorer la santé et le bien-être des enfants et adolescents. Le Plan était constitué d'une quarantaine de mesures dans les domaines de l'enseignement, de la santé et du sport. Il a fait l'objet d'une évaluation de fin de législature en 2009[2]. Cette même année, la Fédération Wallonie-Bruxelles a élaboré un « *Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française* »[3] qui définissait les stratégies d'action et les enjeux de société à prendre en compte de manière systématique dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire. Ce Plan n'a cependant jamais été mis en œuvre suite à un changement de législature.

La présente proposition se veut un cadre stratégique fort pour renforcer et coordonner les activités en lien avec les quatre thématiques. Elle se veut cohérente et complémentaire aux autres Plans existants.

Une politique globale est par ailleurs indispensable et devrait s'étendre, dans un continuum, de la promotion de la santé[4] aux soins (première ligne de soins, hôpitaux généraux, spécialisés, y compris les hôpitaux universitaires, structures post-hospitalisations) en passant par la prévention des maladies.

Cette proposition aborde avant tout les champs de compétences de la Cocof mais s'inscrit d'emblée dans une vision intersectorielle, via la mobilisation de toutes les compétences concernées aux niveaux communautaire, régional et fédéral.

Définitions

Tout au long de ce document, nous ferons référence aux termes « alimentation favorable à la santé », « activité physique », « consommation d'alcool responsable » et « tabagisme », et de manière plus générale de « modes de vie et environnements favorables à la santé ». Il parait important de définir ces différents concepts dans le cadre de ce travail.

Alimentation favorable à la santé

Il s'agit d'une alimentation diététiquement suffisante et équilibrée. Nous aborderons par ailleurs certaines dimensions de l'alimentation de qualité (aspects sensoriels et hédonistes) et durable (aspects environnementaux).

---

[1] Gouvernement de la Communauté française. *Politique de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique pour les enfants et les adolescents. 2005.* [En ligne]. www.enseignement.be/index.php?page=5992

[2] Gouvernement de la Communauté française. *Deuxième rapport sur la mise en œuvre et l'évaluation de la Politique de Promotion des attitudes saines en Communauté française*. 2009 [En ligne]. www.enseignement.be/download.php?do_id=5959&do_check=

[3] Béduwé C., Coppieters Y., *et al. Proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française*. CAP Cœur. 2009.

[4] Processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population et à réduire les inégalités sociales de santé en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques (Parlement francophone bruxellois. Décret relatif à la promotion de la santé. 2016).

Activité physique

Il s'agit de tout mouvement corporel produit par les muscles qui requiert une dépense d'énergie. Cela comprend les mouvements effectués en travaillant, en jouant, en accomplissant les tâches ménagères, en se déplaçant et pendant les activités de loisirs (marche, sport, etc.). (*World Health Organization. Activité physique. 2016. Aide- mémoire n°384. [En ligne]* www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/fr/).

Consommation d'alcool responsable

Il s'agit d'une consommation basée sur le compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d'autre part la place de l'alcool dans la société et les effets (considérés comme) positifs de sa consommation modérée. (Marpeau, L., & Marret, S. *Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Alcoologie et Addictologie*. 23(4 Suppl). 2001. [En ligne]. www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf)

Tabagisme

Il s'agit de la consommation des divers produits du tabac ; cigarettes (y compris cigarette électronique avec nicotine), cigares, cigarillos, pipes de tabac, chicha, narghilé et pipe à eau.

Concernant la consommation d'alcool et de tabac, seuls les aspects **de prévention et de réduction des risques** seront abordés dans ce document. Les stratégies liées à une consommation problématique sont, quant à elles, détaillées dans d'autres plans élaborés par le secteur assuétude.

Modes de vie et environnements favorables à la santé

Les modes de vie sont les habitudes de vie et les comportements des individus en lien avec les quatre thématiques. Ils sont influencés par les environnements dans lesquels ils évoluent. On entend par environnements favorables à la santé des environnements socioculturels, physiques, politiques et économiques qui rendent les choix en matière d'alimentation, d'activité physique, d'alcool et de tabac plus faciles et plus accessibles (d'après Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la capitale nationale Québec. Modes de vie et environnements sains et sécuritaires. [En ligne]. www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/sante-publique/promotion-de-la-sante-et-prevention/modes-de-vie-et)

II. Méthodologie

Les propositions de stratégies reprises dans ce document se basent essentiellement sur des programmes et activités existants.

Les structures de promotion de la santé qui travaillent à Bruxelles, en lien avec l'une ou l'autre des quatre thématiques abordées, ont été dans un premier temps rencontrées de manière individuelle. Ces **entretiens** ont permis de mieux connaitre les actions de ces structures et d'assurer ainsi « une continuité » des stratégies à renforcer. Plusieurs **concertations** ont par la suite eu lieu afin de s'assurer que les besoins de la population bruxelloise et du secteur de la promotion de la santé étaient correctement pris en compte. Une réunion de concertation a également été réalisée avec les acteurs de terrain et autres relais qui travaillent en lien avec la thématique de l'alimentation et/ou de l'activité physique.

Parallèlement à cela, divers **cabinets et administrations bruxellois** dont les compétences sont liées à l'une ou l'autre des quatre thématiques, ont été rencontrés afin d'aborder les stratégies/pistes d'actions qui impliquent à la fois le secteur de la promotion de la santé et leur Ministère. Le développement d'une approche intersectorielle liée à ces thématiques est en effet un élément fondamental afin de proposer des stratégies cohérentes.

Plusieurs rencontres ont par ailleurs eu lieu avec le service d'Appui du Service d'Appui en Promotion et Education pour la Santé (APES-Ulg), service communautaire chargé d'élaborer le chapitre « Alimentation et activité physique à des fins de santé » du **Plan Prévention Santé de la Région wallonne**. L'objectif de ces rencontres était de favoriser une cohérence et une continuité entre les stratégies des deux Plans en cours de rédaction.

L'élaboration de cette proposition de cadre stratégique a été pilotée par le service de la santé du Service public francophone bruxellois et le Cabinet de la Ministre Jodogne.

III. Des enjeux de santé publique importants

Les problèmes de santé associés à une alimentation peu équilibrée, à un manque d'activité physique, au tabagisme et à la consommation d'alcool sont responsables d'une importante morbi-mortalité et constituent dès lors des priorités de santé publique.

Travailler sur ce « quatuor » semble donc indispensable afin de promouvoir des modes de vie et des environnements favorables à la santé et prévenir ainsi certaines maladies (maladies cardiovasculaires, diabète, certains cancers, ostéoporose, fractures, etc.). De plus, ces maladies chroniques s'expriment à travers des facteurs de risque intermédiaires que sont l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie, les anomalies des lipides sanguins, le surpoids et l'obésité.

L'évolution de la fréquence des jeunes et adultes qui souffrent d'un excès de poids ou d'obésité contribue au rôle majeur de ces facteurs intermédiaires dans l'apparition et l'exacerbation des maladies chroniques. Les risques pour la santé et la probabilité de décès prématuré augmentent avec la durée d'exposition à ces facteurs de risque intermédiaires.

A l'échelle individuelle, il est possible de classer les facteurs de risque de la façon suivante : (i) facteurs de risque de base : âge, sexe, niveau d'éducation et constitution génétique; (ii) facteurs de risque comportementaux : tabagisme, alimentation peu/pas équilibrée et inactivité physique; et (iii) facteurs de risque intermédiaires : taux élevé de lipides dans le sang, diabète, tension artérielle élevée et surpoids/obésité.

Beaucoup d'autres facteurs de risque des maladies chroniques ont été recensés, mais ils représentent une proportion plus faible de pathologies. L'alcoolisme est par exemple un facteur même si sa relation aux maladies chroniques est plus complexe. Les facteurs environnementaux, psychosociaux et génétiques peuvent également jouer un rôle.

Il est par ailleurs indispensable que la promotion d'une alimentation favorable à la santé et d'une activité physique régulière puisse se faire le plus possible de manière coordonnée. Ces deux éléments ont en effet des effets conjugués sur la santé, notamment en matière de prévention de l'obésité.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) émet des recommandations en matière d'alimentation, d'activité physique, de tabac et d'alcool afin de prévenir les principales maladies non transmissibles reprises ci-dessous.

Dernières recommandations en matière d'alimentation, d'activité physique, de tabac et d'alcool

Alimentation

Un régime alimentaire favorable à la santé comporte, pour les adultes et selon l'OMS :

- des fruits, des légumes, des légumineuses (par exemple des lentilles, des haricots), des noix et des céréales complètes (par exemple du maïs non transformé, du millet, de l'orge, du blé, du riz brun);
- au moins 400 grammes (5 portions) de fruits et légumes par jour. Les pommes de terre, les patates douces, le manioc et les autres féculents ne sont pas classés comme des fruits ou des légumes;
- moins de 10% des apports énergiques totaux provenant de sucres libres, soit l'équivalent de 50 grammes (ou environ 12 cuillers à soupe) pour une personne de poids normal consommant environ 2000 calories par jour mais, dans l'idéal, moins de 5% des apports énergiques totaux pour obtenir des bienfaits supplémentaires pour la santé. La plupart des sucres libres sont ajoutés aux aliments ou aux boissons par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur, mais on les retrouve naturellement dans le miel, les sirops, les jus de fruits ou les concentrés de jus de fruits;
- moins de 30% des apports énergétiques totaux provenant des graisses. Les graisses insaturées (qu'on trouve par exemple dans le poisson, l'avocat, les huiles de noix, de tournesol, de colza et d'olive) sont préférables aux graisses saturées (qu'on trouve par exemple dans la viande grasse, le beurre, l'huile de palme et de noix de coco, la crème, le fromage, le beurre clarifié et le lard). Les acides gras trans industriels

(que l'on trouve dans les aliments transformés, l'alimentation rapide, les produits de grignotage, les aliments frits, les pizzas congelées, les tartes, les cookies, les margarines et les pâtes à tartiner) sont exclus d'un régime alimentaire sain;

- moins de 5 grammes de sel (soit l'équivalent d'une cuillère à café environ) par jour, en utilisant du sel iodé. (*World Health Organization. Alimentation saine. 2015. Aide- mémoire n°394. [En ligne] www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/fr/)*

Activité physique

Les enfants et jeunes gens âgés de 5 à 17 ans devraient accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue. Le fait de pratiquer une activité physique pendant plus de 60 minutes apporte un bénéfice supplémentaire pour la santé. L'activité physique quotidienne devrait être essentiellement une activité d'endurance. Des activités d'intensité soutenue devraient être incorporées au moins trois fois par semaine.

Les adultes, quel que soit leur âge, devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.

Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

Les personnes de 65 ans et plus dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.

Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent. (World Health Organization. *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. 2010. [En ligne] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf)

Il est nécessaire de veiller à ce que l'activité physique soit pratiquée de manière qualitative.

Tabac

L'abstinence est recommandée en ce qui concerne le tabagisme, et donc l'arrêt pour les fumeurs. (World Health Organization. Renoncer au tabac. [En ligne]. www.who.int/tobacco/quitting/background/fr/index1.html)

Alcool

Les seuils définis par l'OMS sont les suivants :

- Jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- Pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ;
- Pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

Le terme de verre désigne le "verre standard" ou unité internationale d'alcool (UIA) qui est la quantité "normalisée" délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publics.

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

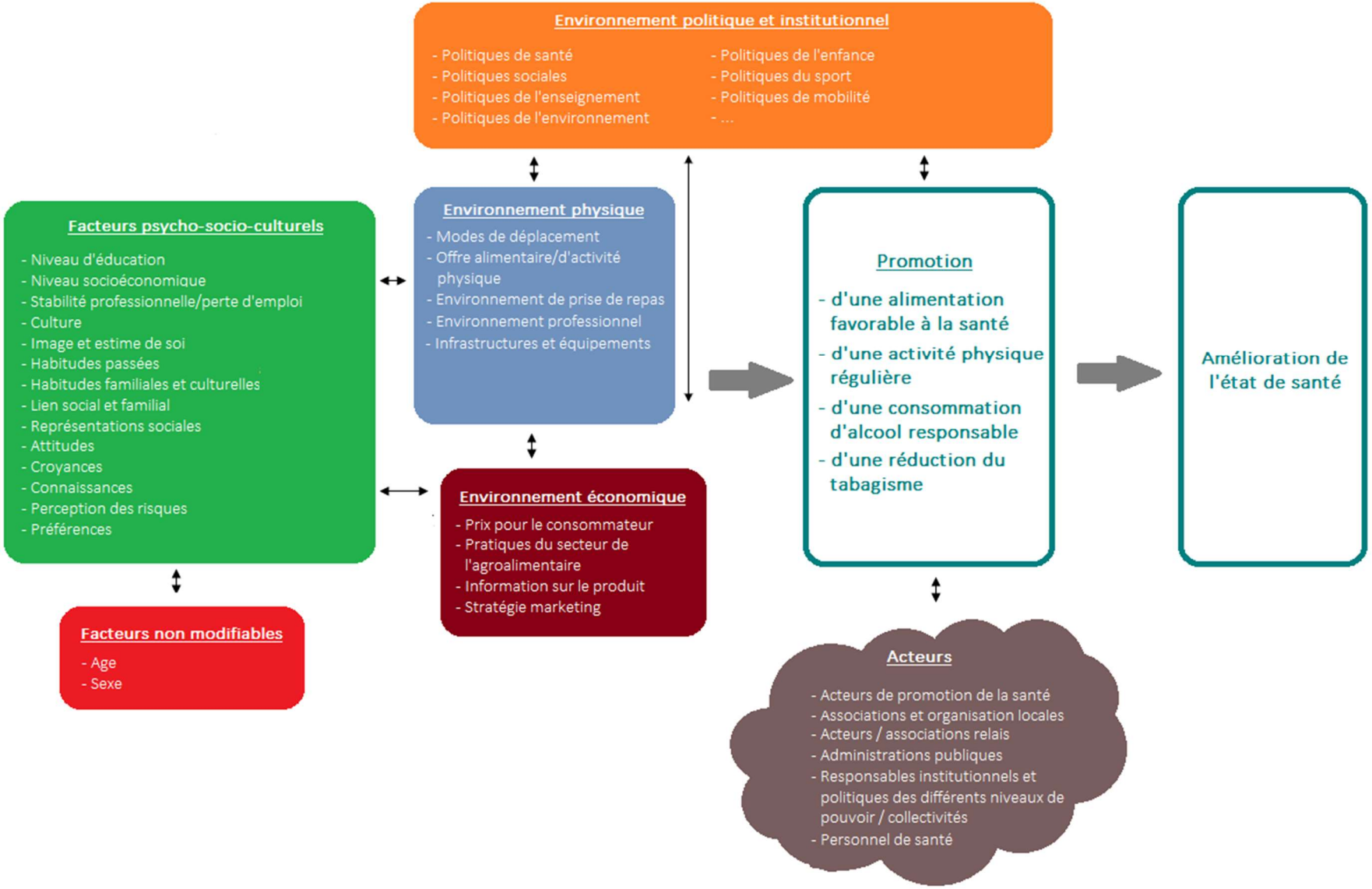
Ces seuils n'ont pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations (situation à risque et en cas de risque individuel). (Marpeau, L., & Marret, S. *Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Alcoologie et Addictologie*. 23(4 Suppl). 2001. [En ligne]. www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf)

Promouvoir ces modes de vie favorables à la santé, c'est avant tout développer des moyens qui permettent à tous et à chacun de tendre vers une meilleure **santé globale, un état de bien-être, une vie de qualité,** d'aller vers plus d'**autonomie** et vers la réalisation **de choix collectifs et individuels plus éclairés.**

Cela passe par une **vision multifactorielle** de ces problématiques. Il s'agit d'abord de prendre conscience de la constellation de facteurs qui les déterminent. La figure 1 reprend les principaux déterminants des quatre thématiques.

Il est ensuite nécessaire d'agir sur ces déterminants à travers le développement d'approches systémiques, en s'appuyant sur la diversité des acteurs en lien avec les matières abordées et en les ancrant dans les milieux de vie.

Figure 1 : Représentation des principaux déterminants pris en compte dans le Plan en lien avec l'amélioration de l'état de santé.



IV. État des lieux des indicateurs socio-comportementaux de la population bruxelloise[5]

Différentes sources de données permettent de fournir une vue d'ensemble des comportements de la population en lien avec l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, la consommation d'alcool et le tabagisme, ainsi que de leurs déterminants sociaux. Il s'agit principalement de[6] :

- l'enquête Santé réalisée en 2013 par l'Institut Scientifique de Santé Publique, pour les indicateurs portant sur les adultes de 18 ans et plus (1)
- et de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) chez les élèves scolarisés en fin de primaire, réalisée en 2014 par le Service d'Information, Promotion, Education Santé (SIPES), à l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) (2).

Il est important de noter que ces enquêtes ont été conçues initialement pour fournir des estimations au niveau national pour l'enquête Santé, et au niveau de la Fédération Wallonie- Bruxelles pour l'enquête HBSC, même si des déclinaisons régionales en population entière restent pertinentes. Toutefois, quand ils portent sur des sous-groupes de population et donc sur des effectifs relativement modestes à l'échelle de Bruxelles, certains indicateurs doivent être interprétés avec prudence, et d'autres ne peuvent être présentés[7]. Les méthodes de ces enquêtes sont disponibles sur les sites respectifs des institutions qui les ont réalisées (enquête Santé : https://his.wiv-isp.be/FR/SitePages/Accueil.aspx; HBSC : http://sipes.ulb.ac.be/).

Une évolution dans le temps de certains indicateurs est par ailleurs proposée en Annexe 1, de même que certains indicateurs liés au statut nutritionnel.

De façon transversale aux différents comportements abordés dans le cadre de ce Plan, la situation semble contrastée à Bruxelles, avec des indicateurs plutôt favorables, et d'autres devant faire l'objet d'une attention particulière. Des disparités sont retrouvées notamment selon le genre, le niveau socio-économique et le statut migratoire, ce qui renforce le besoin majeur d'actions adaptées aux différents publics.

Eléments clés

La situation socio-épidémiologique est particulièrement contrastée à Bruxelles. Certains indicateurs se présentent de façon plus favorable que dans le reste de la Belgique :

- Chez les adultes : consommations plus élevées de fruits et légumes ; consommations de boissons sucrées au quotidien, et d'alcool dans les 12 derniers mois, moins fréquentes ;
- Chez les enfants et adolescents : expérience de l'ivresse, consommation hebdomadaire d'alcool, et tabagisme moins fréquents.
- Tandis que d'autres sont plus défavorables à Bruxelles mais chez les enfants uniquement : recours hebdomadaire au fast-food et consommation quotidienne de boissons sucrées plus fréquents ; temps passés devant la télévision ou internet dépassant plus souvent 2 heures ; consommation quotidienne de légumes et prise d'un petit déjeuner chaque jour les jours de semaine moins fréquents.

---

[5] Section préparée par K. Castetbon, E. Méroc et D. Fele (SIPES).

[6] Des données liées à l'activité physique sont également disponibles dans l'Eurobaromètre de l'activité physique réalisé par la Commission Européenne (2014). Ces dernières ne seront pas exploitées dans cet état des lieux mais sont accessibles sur le site http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_fact_be_en.pdf

[7] La non-disponibilité de certaines données liées aux modes de vies et environnement favorables à la santé à Bruxelles explique en partie la nécessité de la stratégie 1 « Recueillir, utiliser et diffuser des données sur l'état de santé des Bruxellois en lien avec les modes de vie et les environnements favorables à la santé ».

A Bruxelles, des disparités sont relevées selon le genre, en défaveur du genre masculin à l'exception de l'activité physique :

- Chez les adultes, les hommes prennent moins fréquemment un petit déjeuner chaque jour, consomment plus fréquemment des boissons sucrées quotidiennement, et sont plus souvent fumeurs que les femmes, mais leur niveau d'activité est plus souvent conforme aux recommandations.
- Chez les enfants, les garçons ont plus fréquemment recours au fast-food de façon hebdomadaire, consomment moins souvent des fruits et des légumes quotidiennement, ont plus souvent connu une expérience de l'ivresse, mais, de nouveau, leur niveau d'activité est plus fréquemment conforme aux recommandations.

Cette synthèse rappelle également la dégradation des comportements à l'adolescence, lors de la scolarisation en secondaire, pour la quasi-totalité des indicateurs présentés.

Les inégalités socioculturelles sont par ailleurs assez marquées, dans des directions variables selon les indicateurs :

- Chez les adultes, lorsque le niveau d'éducation diminue, la consommation de fruits et légumes et le niveau d'activité physique diminuent, tandis que la consommation de boissons sucrées au quotidien et les activités de loisir sédentaires sont plus fréquentes. Toutefois, la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois est moins fréquente, de même que le tabagisme actuel.
- Chez les enfants issus de l'immigration, la consommation quotidienne d'un petit déjeuner et de légumes est plus faible par rapport aux enfants nés en Belgique de parents eux-mêmes nés en Belgique. De plus, leur recours hebdomadaire au fast-food et leur consommation quotidienne de boissons sucrées sont plus élevés, et leur temps passé devant la télévision ou internet dépasse plus fréquemment 2 heures. En revanche, ils sont moins fréquemment consommateurs hebdomadaires d'alcool et ont moins souvent connu l'ivresse.

D'une façon générale, cette synthèse souligne que les marges de progression restent importantes et plaide pour des actions ciblées et intégrées dans le cadre de la promotion de la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabagisme.

Alimentation

Rythmes et comportements alimentaires

Les rythmes alimentaires occupent une place importante dans l'atteinte d'une alimentation favorable à la santé. La prise quotidienne d'un **petit déjeuner** en est un marqueur-clé. A Bruxelles en 2013, 72,9% des adultes bruxellois de 18 ans et plus indiquaient prendre un petit déjeuner chaque jour ; ils étaient proportionnellement moins nombreux qu'en Flandre (79,4%), mais cette proportion était comparable à celle observée en Wallonie (72,4%).

Il existait des différences selon le groupe d'âge : 70,3% des adultes de 18-64 ans et 86,4% de ceux âgés de 65 ans et plus consommaient un petit déjeuner chaque jour. Les femmes étaient plus susceptibles de prendre un petit déjeuner chaque jour que les hommes (78,3% contre 71,5%). Ce comportement n'était pas associé significativement au niveau d'éducation à Bruxelles, contrairement à ce qui peut être observé en Flandre ou en Wallonie.

D'après l'enquête HBSC, seuls 47,4% des enfants scolarisés à Bruxelles en fin de primaire et du secondaire, consommaient un petit déjeuner chaque jour, les jours de semaine (58,6% en Wallonie). Une différence est observée selon le genre : tandis que 51,6% des garçons consommaient un petit déjeuner chaque jour de semaine, les filles étaient seulement 43,4% à faire de même. Ce comportement devient nettement moins fréquent entre la fin du primaire (64,1% en 5e-6e primaire) et le secondaire (43,4%).

Le recours aux aliments de **fast-food** est un indicateur majeur des comportements alimentaires, notamment chez les enfants et adolescents. Compte tenu de la faible qualité nutritionnelle des aliments et boissons qui y sont accessibles, souvent à bas coût, et des conditions de la prise alimentaire, leur fréquentation devrait rester exceptionnelle. Pourtant, un tiers des enfants et adolescents (33,5%) y avaient recours au moins une fois par semaine en 2014 à Bruxelles (19,8% en Wallonie). Les garçons étaient proportionnellement plus nombreux que les filles à y recourir au moins une fois par semaine (38,1% contre 29,3%), et cette fréquentation hebdomadaire augmentait fortement avec le niveau scolaire (18,6% en fin de primaire contre 37,2% en secondaire). Des disparités selon le statut migratoire ne sont pas relevées chez les enfants de fin de primaire, mais bien chez les adolescents (fréquentation plus importante chez les adolescents dont les deux parents sont nés en dehors de la Belgique) et se retrouvent chez les garçons comme chez les filles (données non présentées).

Consommations alimentaires

La consommation de **fruits et légumes** est considérée comme un élément charnière dans la promotion de la santé. D'une part, leurs effets bénéfiques sur l'état de santé, bien documentés depuis plusieurs décennies, sont étendus et d'un impact plutôt élevé. D'autre part, il est généralement observé en population des consommations insuffisantes, auxquelles s'ajoutent des disparités sociales importantes. Les causes de leur faible consommation intègrent de multiples dimensions : information, éducation, savoir-faire de préparation, conservation, accessibilité financière, perception, préférences gustatives…

D'après l'enquête Santé 2013, à Bruxelles, seuls 18,4% des adultes de 18 ans et plus consommaient la quantité recommandée de fruits et légumes (soit l'équivalent de 5 portions par jour), une proportion toutefois plus élevée qu'en Flandre (11,6%) et en Wallonie (12,9%). Il n'y avait pas de différence entre la proportion chez les hommes (17,1%) et chez les femmes (19,6%), ni selon l'âge (19,1% chez les 18-64 ans et 14,5% chez les 65 ans et plus). En revanche, un gradient selon le niveau d'éducation a été observé : les adultes de niveau primaire étaient seulement 12,4% à en consommer suffisamment ; ils étaient 18,4% chez ceux de niveau secondaire inférieur, 17,3% chez ceux de niveau secondaire supérieur, et 20,6% chez ceux de niveau supérieur.

Chez les enfants scolarisés, seule la consommation quotidienne de **fruits** d'une part et de **légumes** d'autre part, sans évaluation quantitative, est disponible en raison des modes d'interrogatoire adaptés aux conditions de l'enquête HBSC.[8] A Bruxelles en 2014, 48,4% des enfants et adolescents de 10 à 22 ans scolarisés en fin de primaire et dans le secondaire, consommaient des fruits chaque jour (47,0% en Wallonie), et 46,5% consommaient quotidiennement des légumes (59,3% en Wallonie). Des différences ont été relevées selon le genre pour la consommation quotidienne de fruits (46,5% chez les garçons et 50,1% chez les filles) et de légumes (43,1% chez les garçons et 49,6% chez les filles). Une forte diminution avec le niveau scolaire est également relevée : 62,0% des enfants du primaire consommaient des fruits chaque jour contre 45,2% des adolescents du secondaire. Ces proportions pour la consommation quotidienne de légumes sont de 51,7% et 45,4%, respectivement. Relativement peu de variations sont observées selon le statut migratoire concernant la consommation quotidienne de fruits, avec une tendance globalement plus favorable chez les garçons issus de la migration, mais pas chez les filles (Tableau 1). Pour les légumes, les fréquences de consommation hebdomadaire sont plus faibles chez les enfants et adolescents issus de la migration par rapport à ceux nés en Belgique de parents eux-mêmes nés en Belgique, chez les garçons et surtout, chez les filles (Tableau 1).

[8] Dans l'enquête Santé 2013 de l'ISP, 61,1% des adultes de 18 ans et plus vivant à Bruxelles, consommaient des fruits chaque jour, et 76,1%, des légumes.

Tableau 1 : Prévalences de la consommation quotidienne de fruits et de légumes selon le statut migratoire des enfants scolarisés en 5e-6e primaire et en secondaire à Bruxelles

	Consommation quotidienne de	
	Fruits (%)	Légumes (%)
Garçons		
Nés en Belgique		
Avec deux parents nés en Belgique	42,1	56,6
Avec un des parents né en dehors de la Belgique	43,7	44,5
Avec les deux parents nés en dehors de la Belgique	49,3	37,4
Nés hors de la Belgique	48,7	38,9
Filles		
Nées en Belgique		
Avec deux parents nés en Belgique	51,9	62,3
Avec un des parents né en dehors de la Belgique	51,6	51,8
Avec les deux parents nés en dehors de la Belgique	48,6	45,7
Nées hors de la Belgique	46,7	42,5

Source : enquête HBSC 2014 (SIPES).

A l'opposé de la consommation de fruits et légumes, la consommation de **boissons sucrées** devrait rester exceptionnelle en population en raison de ses effets sur la survenue de maladies métaboliques. Leur consommation quotidienne est en effet associée à une incidence de diabète plus élevée et à une prise de poids significative. A Bruxelles, un adulte sur cinq (20,6%) déclarait consommer des boissons sucrées chaque jour en 2013, proportion comparable à celle observée en Flandre (23,7%) mais plus basse qu'en Wallonie (27,1%). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à en consommer chaque jour que les femmes (25,1% contre 16,4%), de même que les 18-64 ans (22,5%) par rapport aux personnes de 65 ans et plus (11,0%). Les adultes de niveau d'éducation supérieur consommaient le moins fréquemment des boissons sucrées chaque jour (14,8%), tandis que 27,9% des adultes de niveau d'éducation primaire, 32,8% de ceux de niveau secondaire inférieur et 28,4% de ceux ayant un niveau du secondaire supérieur, en consommaient quotidiennement.

Chez les enfants de Bruxelles, ce sont 41,5% d'entre eux qui consommaient en 2014 des boissons sucrées chaque jour (ils étaient 35,9% en Wallonie). Si ces consommations sont équivalentes chez les garçons et les filles (43,1% et 40,0% respectivement), une forte augmentation de cette proportion est observée entre le niveau primaire (29,2%) et secondaire (44,2%). De nouveau, des disparités ont été observées selon le statut migratoire : 37,9% des garçons et 32,7% des filles nés en Belgique de parents nés en Belgique également, consommaient des boissons sucrées au moins une fois par jour. C'était le cas de 43,5% des garçons et 38,9% des filles nés en Belgique et dont un des parents était né en dehors de la Belgique. Les proportions observées chez les enfants et adolescents nés à l'étranger étaient de 43,0% chez les garçons et de 41,0% chez les filles. Enfin, 45,5% des garçons et 45,3% des filles nés en Belgique de deux parents nés à l'étranger consommaient des boissons sucrées chaque jour. De telles variations étaient observées chez les enfants de fin de primaire comme chez ceux du secondaire (données non présentées).

Activité physique et sédentarité

Les pratiques d'activité physique, qu'il s'agisse des déplacements, des activités de loisir et sportives ou dans le cadre professionnel, présentent des bénéfices pour la santé et le bien-être, à court et long termes chez les adultes comme chez les enfants. Par ailleurs, les temps passés à des activités sédentaires, c'est-à-dire ne mobilisant que très peu d'énergie, ont augmenté durant les dernières décennies en raison des changements de mode de vie (attractivité des écrans pendant les loisirs, déplacements motorisés, postes de travail sédentaires…). Réduction de l'activité physique d'une part et

augmentation des temps sédentaires d'autre part, contribuent à expliquer en partie les risques observés de maladies chroniques dans la population.

Chez les adultes

D'après l'enquête Santé 2013, 28,0% des adultes de 18 ans et plus vivant à Bruxelles, pratiquaient une **activité physique** considérée comme suffisante pour avoir un bénéfice sur la santé.[9] Cette proportion est comparable à celles observées en Flandre (27,3%) et en Wallonie (24,3%). Des disparités notables sont en revanche observées selon le genre : 22,4% des femmes et 33,4% des hommes pratiquaient ce niveau d'activité. En outre, 30,7% des 18-64 ans pratiquaient un niveau d'activité physique favorable à la santé contre seulement 14,0% des 65 ans et plus. Enfin, la proportion la plus basse a été relevée chez les adultes de niveau d'éducation primaire (21,6%) tandis que les autres catégories présentaient des pourcentages équivalents (de 26,7% chez ceux ayant un niveau d'étude du secondaire supérieur à 28,9% chez ceux de niveau d'études supérieur).

Aucune information n'est disponible sur les temps totaux passés à des activités sédentaires dans cette enquête, mais la part de la population ayant des **activités de loisir de nature sédentaire** (donc qui sont considérées comme présentant un risque pour la santé) a été estimée. C'était le cas de 29,3% des adultes résidant à Bruxelles (32,1% des femmes et 26,4% des hommes). Cette proportion est intermédiaire entre celle observée en Flandre (25,4%) et celle en Wallonie (33,4%). Par ailleurs, 26,9% des adultes de 18-64 ans à Bruxelles avaient des activités de loisir sédentaires contre 41,2% des 65 ans et plus. Enfin, de nouveau, des disparités selon le niveau d'éducation ont été observées concernant la part d'adultes ayant des activités de loisir sédentaires : 43,3% de ceux ayant un niveau d'étude primaire ; 44,1% de ceux du secondaire inférieur ; 32,2% de ceux du secondaire supérieur ; et 24,0% de ceux ayant un niveau d'études du supérieur avaient des activités de loisir sédentaires.

Chez les enfants

A Bruxelles, en 2014, seuls 16,2% des enfants de 5e-6e primaire et du secondaire pratiquaient l'équivalent d'au moins une heure d'**activité physique** modérée à vigoureuse chaque jour (15,7% en Wallonie). Les filles ne sont que 11,4% à pratiquer ce niveau d'activité contre 21,4% des garçons. Une diminution est également observée entre la fin du primaire (20,8%) et le secondaire (15,0%). Aucune variation selon le statut migratoire n'a été relevée pour cet indicateur. De façon complémentaire à l'activité quotidienne, la pratique d'une activité d'intensité élevée est recommandée chez les enfants.

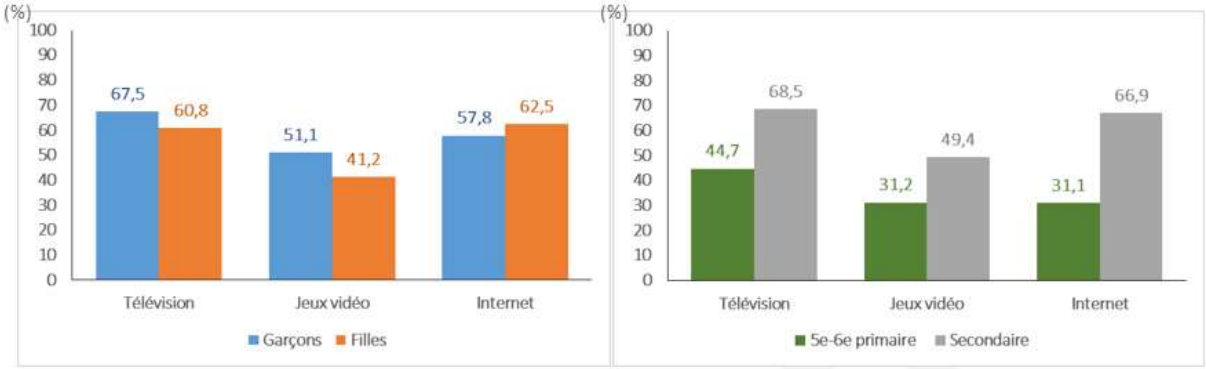
Dans l'enquête HBSC, la pratique d'une activité sportive en dehors de l'école a été estimée. A Bruxelles, un quart des enfants (25,3%) pratiquaient plus de trois fois par semaine une activité sportive : c'était le cas de 37,9% des garçons et de 14,0% des filles ; et de 31,8% des enfants en fin de primaire et de 24,0% des élèves du secondaire. En revanche, peu de variations ont été observées selon le statut migratoire (données non présentées).

Les temps passés à des **activités sédentaires** ont ici été estimés par ceux passés devant la télévision, des jeux vidéo ou internet. Durant la semaine, les enfants de Bruxelles étaient 64,1% à regarder la télévision 2 heures ou plus par jour (55,5% en Wallonie) ; 45,9% à jouer à des jeux vidéo pendant au moins cette durée (43,3% en Wallonie) ; et 60,3% à surfer sur internet au moins deux heures par jour (50,6% en Wallonie). Tandis que les disparités de genre sont relativement faibles, les proportions d'enfants passant

[9] L'*International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), qui a été utilisé dans cette enquête, fournit une estimation globale de l'activité physique, exprimée en équivalents métaboliques. L'identification d'une activité physique favorable à la santé est basée sur des notions de fréquence et d'intensité de la dépense énergétique.

plus de 2 heures par jour devant l'un de ses médias les jours de semaine sont nettement plus élevées chez les adolescents du secondaire que chez les enfants de fin de primaire (Figure 2).

Figure 2 : Proportions d'enfants de 5e-6e primaire et de secondaire scolarisés à Bruxelles et passant plus de 2 heures devant la télévision, des jeux vidéo ou Internet les jours de semaine



Source : enquête HBSC 2014 (SIPES).

Les garçons nés à l'étranger (71,3%), nés en Belgique de parents nés à l'étranger (69,1%) ou nés en Belgique dont un des parents était né à l'étranger (67,7%) étaient proportionnellement plus nombreux à regarder la télévision au moins deux heures par jour pendant la semaine, que ceux nés en Belgique (59,9%). Chez les filles, ces proportions étaient respectivement de 65,3%, 64,4%, 55,8% et 53,7%. Tandis que très peu de différences ont été observées concernant la pratique de jeux vidéo (données non présentées), des disparités importantes sont relevées concernant l'usage d'Internet : 71,3% des garçons nés à l'étranger, 57,8% de ceux nés en Belgique dont les deux parents étaient nés à l'étranger, et 55,0% de ceux nés en Belgique dont un des parents était né à l'étranger utilisaient internet deux heures par jour ou plus contre 46,1% des garçons nés en Belgique. Chez les filles, de telles différences ont été observées chez celles nées à l'étranger (70,3%) et celles nées en Belgique de parents nés à l'étranger (64,6%) par rapport à celles nées en Belgique (52,1%). Des tendances de même type ont été relevées chez les enfants du primaire et ceux du secondaire (données non présentées).

Consommations d'alcool

Chez les adultes

Les trois-quarts (74,6%) de la population adulte résidant à Bruxelles avaient consommé **au moins une fois de l'alcool dans l'année précédant** l'enquête Santé. Cette proportion est sensiblement plus faible qu'en Flandre (84,2%) et Wallonie (80,6%). Les femmes étaient concernées dans des proportions comparables à celles des hommes (73,1% contre 76,3%). Par ailleurs, 84,9% des 65 ans et plus avaient consommé des boissons alcoolisées contre 72,4% des 18-64 ans. Un gradient est observé avec le niveau d'éducation atteint. La consommation au moins une fois dans l'année précédente concernait 38,7% des adultes ayant un niveau primaire, 56,7% de ceux ayant un niveau secondaire inférieur, 69,7% de ceux ayant un niveau secondaire supérieur et 83,3% de ceux ayant un niveau d'éducation du supérieur.

Chez les consommateurs hebdomadaires, une **consommation excessive** (selon les standards lors de l'enquête, soit plus de 14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres par semaine pour les hommes) a été observée chez 14,4% des adultes de 18 ans et plus à Bruxelles (11,6% en Flandre et 14,8% en Wallonie). Sans différence statistique, cette consommation excessive concernait 16,0% des femmes et 13,0% des hommes à Bruxelles. Par ailleurs, 13,8% des 18-64 ans et 16,1% des 65 ans et plus étaient dans ce cas. Compte tenu des faibles effectifs, cet indicateur ne peut être analysé en fonction du niveau d'éducation.

Enfin, la part de la population consommant **plus de 6 verres en une occasion** constitue un indicateur complémentaire s'approchant des comportements de *binge drinking*. Ce type de consommation concernait 8,7% des Bruxellois adultes (8,6% en Flandre et 8,2% en Wallonie), surtout les hommes (12,2% contre 5,5% des femmes), sans différence statistique selon les tranches d'âge, ni le niveau d'éducation.

Chez les enfants

A Bruxelles, 3,3% des enfants de 5e-6e primaire ont déclaré en 2014 avoir déjà connu une **ivresse** ; c'était le cas de 19,9% de ceux du secondaire (soit 16,7% dans l'ensemble de l'échantillon contre 31,7% en Wallonie). Les garçons avaient plus souvent déclaré une telle expérience (19,2%) que les filles (14,4%). L'expérience de l'ivresse était moins souvent déclarée par les enfants issus de l'immigration que par ceux nés en Belgique de parents nés en Belgique également. Dans le secondaire, l'expérience de l'ivresse concernait 13,2% des enfants nés en Belgique de parents nés à l'étranger, 17,3% de ceux nés en Belgique ayant un de leurs parents né à l'étranger, 22,8% de ceux nés à l'étranger, contre 32,2% des adolescents nés en Belgique de parents nés en Belgique. De telles disparités selon le statut migratoire ont été observées chez les garçons et les filles également (données non présentées).

D'après l'enquête HBSC, la **consommation hebdomadaire de boissons alcoolisées** concernait 4,6% des enfants et adolescents à Bruxelles (contre 12,8% en Wallonie), principalement les garçons (5,9% contre 3,5% des filles), les adolescents du secondaire (5,5% contre 1,1% en primaire), et ceux nés en Belgique de parents nés également en Belgique (13,5% dans le secondaire contre : 2,2% chez ceux nés en Belgique de parents nés à l'étranger ; 4,7% de ceux nés à l'étranger ; et 5,2% des adolescents nés en Belgique dont un des parents n'était pas né en Belgique).

Tabagisme

Chez les adultes

La part de **fumeurs actuels** de 18 ans et plus observée en 2013 dans l'enquête Santé était de 23,3% à Bruxelles (21,8% en Flandre et 26,1% en Wallonie). Les hommes étaient particulièrement concernés (29,1% contre 18,0% des femmes), de même que ceux de 18-64 ans (25,7% contre 12,3% des adultes de 65 ans et plus). Par ailleurs, les adultes de niveau d'éducation secondaire inférieur étaient le plus fréquemment des fumeurs actuels (29,9%), suivis par ceux de niveau secondaire supérieur (27,1%), puis du niveau supérieur (21,4%) ; ceux du niveau primaire présentant la plus faible prévalence (15,2%). Les proportions de fumeurs quotidiens, inférieures globalement à celles-ci, présentent le même type de disparités. L'utilisation quotidienne de **cigarette électronique** contenant de la nicotine était déclarée de façon très marginale en 2013 (0,2% à Bruxelles). En revanche, les trois-quarts des fumeurs quotidiens avaient déclaré avoir déjà tenté d'arrêter de fumer, de façon comparable chez les hommes et les femmes, selon les tranches d'âge, et selon le niveau d'éducation (données non présentées).

Chez les enfants

La **consommation quotidienne de tabac** concernait 5,0% des enfants à Bruxelles scolarisés en 5e-6e primaire et en secondaire, auxquels s'ajoutaient 5,5% déclarant fumer mais pas tous les jours. En Wallonie, ces prévalences sont respectivement de 7,2% et 7,0%. Les fumeurs quotidiens se trouvent surtout chez les adolescents du secondaire (6,0% contre 0,5% de ceux de fin de primaire). Dans le secondaire à Bruxelles, 18,0% des adolescents ont déclaré avoir déjà expérimenté la **cigarette électronique** (24,3% en Wallonie). Notamment, 23,5% des garçons l'ont expérimentée tandis que c'est le cas de 13,0% des filles.

V. Principales lignes de force de la proposition de Plan

Face au constat épidémiologique, la proposition de Plan met l'accent et intègre des lignes de force présentées ci-dessous, qui ont guidé l'identification des stratégies et types d'actions.

La responsabilisation collective et individuelle

Promouvoir une alimentation favorable à la santé, une activité physique régulière, une consommation d'alcool responsable et une réduction du tabagisme, c'est reconnaître une responsabilité collective dans la *production de la santé*. Les interventions doivent aller au-delà du seul changement de comportements individuels. Il s'agit plutôt d'encourager **une action équilibrée entre comportement et environnement**, tout en envisageant les environnements comme un levier pour soutenir les comportements favorables à la santé. On parlera ainsi d'environnements supportifs ou encore d'environnements favorables à la santé.

Ne pas tout faire reposer sur les supposés "choix" individuels est d'autant plus important auprès des groupes de la population qui vivent dans des conditions matérielles et environnementales qui limitent leurs choix. Les effets contreproductifs d'une approche du haut vers le bas et strictement comportementale sont nombreux auprès de ceux-ci : stigmatisation (*victim blaming*), création d'un sentiment d'impuissance, non-prise en compte des préoccupations réelles des personnes, creusement des situations d'inégalités, etc.

Cette proposition de cadre stratégique veut donc avant tout renforcer la **responsabilisation sociale** plutôt qu'individuelle, tout en travaillant sur les représentations et en développant l'esprit critique et la liberté de choisir. Un de ses objectifs est de rendre disponibles un savoir-être et un savoir-faire qui permette à la population d'acquérir des comportements favorables à la santé et de contribuer à la création d'environnements porteurs de bien-être et de qualité de vie en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabagisme.

Pour y arriver, ce sont avant tout les **approches communautaires** intégrées aux contextes des habitants bruxellois et le développement de ressources à ces niveaux, qui doivent être renforcées. Ce cadre d'actions devrait aussi favoriser l'**empowerment** et le développement des ressources de chacun.

Il est à noter que ce travail sur les représentations et les changements de comportements se mesurent sur le long terme, bien au-delà de la durée de 5 ans prévue par le Plan.

L'action dans la continuité, la participation et le renforcement des ressources existantes

Cette proposition de cadre stratégique est issue de travaux préalables (comme celui de la *Cap Cœur*) qui ont impliqués une diversité d'acteurs et de représentants de la population. Sa mise à jour actuelle s'est faite avec les **représentants du secteur de la promotion de la santé** de la Région bruxelloise, ainsi qu'avec différents intervenants qui travaillent les questions d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac.

La Région bruxelloise compte un nombre important d'organismes qui mobilisent du personnel et des volontaires pour améliorer la qualité de vie au sein des communautés. Les stratégies proposées sont là avant tout pour **renforcer les multiples actions existantes** et souvent de grande qualité. Il mise sur la mobilisation des organisations intervenant dans les milieux de vie, les quartiers ou pour des groupes d'âges spécifiques.

Des actions de proximité et structurelles pour réduire les inégalités sociales de santé

La position sociale des individus est associée à des différences d'espérance de vie, de morbidité, de santé perçue, d'utilisation du système de santé et d'adoption de comportements favorables ou défavorables à la santé. Ces disparités sont la conséquence d'une distribution inégale et injuste des

déterminants sociaux de la santé. Cette proposition de cadre stratégique entend mieux appréhender ces **inégalités sociales de santé** pour mieux les combattre.

Cela démarre par le développement de dynamiques qui favorisent, soutiennent et encouragent les actions qui visent la diversité des déterminants de la santé (d'une alimentation favorable à la santé, d'une activité physique régulière, d'une consommation d'alcool responsable et d'une réduction du tabagisme). Différents niveaux d'intervention (des politiques, des institutions, des professionnels-relais, des citoyens) et différents domaines de l'action publique en lien avec ces déterminants doivent se mobiliser et se coordonner pour tendre vers plus d'équité.

Des collaborations avec les partenaires d'**autres secteurs** que celui de la santé, en poursuivant le travail de sensibilisation et de mobilisation sociale sur ces enjeux majeurs de santé publique, sont indispensables.

Prendre en compte les vulnérabilités des publics plus vulnérables est une autre stratégie fondamentale pour lutter contre les inégalités sociales de santé. On parle d'universalisme proportionné pour désigner des actions qui concernent l'ensemble de la population et qui sont adaptées au degré de désavantage de certains groupes qui la composent. Cette adaptation des actions n'est envisageable qu'à travers l'adoption d'une approche de proximité, prenant en compte les besoins.

L'accessibilité à tous les niveaux

Les revenus influencent les choix alimentaires : chez les personnes et ménages à faibles revenus, ces choix s'orientent plus fréquemment vers des aliments à forte densité énergétique et de faible qualité nutritionnelle qui coûtent moins cher et proposent des goûts attractifs. Le prix à la consommation détermine bien sûr **l'accessibilité financière** de l'alimentation.

Bien que certaines activités physiques puissent être réalisées à moindre coût, les ressources financières disponibles peuvent toutefois restreindre l'accès aux infrastructures sportives ainsi qu'à l'équipement nécessaire à la pratique d'une activité physique.

La grande majorité des ménages font leurs courses dans la grande distribution. Les commerces de proximité jouent pour leur part un rôle important dans le maintien du lien social. D'un lieu d'habitation à l'autre, les situations sont très différentes quant à la proximité des commerces, l'offre de services de repas à domicile, etc. **L'accessibilité géographique** peut être facilitée par des marchés locaux, le commerce « à la source », la vente à domicile, les paniers collectifs, les coopératives d'achat... qui constituent diverses formes de circuits courts qui valorisent les proximités géographique et relationnelle.

Les politiques d'aménagement urbain ont un rôle important à jouer afin de favoriser la mobilité douce au sein des quartiers. L'existence d'infrastructures sportives et d'équipements au niveau local ainsi que l'organisation d'activités physiques au sein des quartiers facilitent l'adhésion à ces types d'activités.

Le niveau d'éducation formelle et informelle est un facteur déterminant dans la compréhension des informations et des enjeux. **L'accessibilité à l'information** est donc un élément majeur. La multiplicité des messages, parfois contradictoires et provenant de sources diverses, ne facilite pas cette compréhension, des messages trop diversifiés entraînant de nombreuses incertitudes.

Penser l'accessibilité c'est également penser aux facteurs psychosociaux et culturels. Les expériences et ressources **psychosociales** déterminent la capacité d'agir, à faire des choix adaptés à ses besoins, à développer un regard critique, à modifier ses comportements (en lien avec les quatre thématiques), à s'ouvrir à la nouveauté...

Les habitudes familiales, **la culture** et le milieu social d'origine guident également les comportements alimentaires et dans une moindre mesure, ceux liés à l'activité physiques. Les repères normatifs en matière de corpulence diffèrent ainsi selon les appartenances **sociales** et les lieux. Ces derniers ne résultent pas uniquement des choix et styles de vie personnels, mais aussi des influences sociales et communautaires.

VI. Objectifs du Plan et résultats attendus

Objectif général

Le Plan a comme objectif général **l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population bruxelloise** en agissant sur certains déterminants majeurs que sont l'alimentation, l'activité physique, la consommation d'alcool et de tabac tout en maitrisant les inégalités sociales de santé.

Il s'agit à la fois de promouvoir des modes de vie favorables à la santé et des environnements qui facilitent l'adoption, le renforcement et le maintien d'habitudes de vie bénéfiques sur le plan de la santé.

Cet objectif vise avant tout :

- Le développement d'offres de promotion de la santé et de soutien social, accessibles par tous ;
- Le soutien aux professionnels et le renforcement de leurs actions auprès de la population ;
- La mobilisation des acteurs politiques et des responsables institutionnels dans une vision intersectorielle (*Health in all policies*) ;
- L'amélioration des cadres de vie et des environnements en lien avec des modes de vie favorables à la santé.

Objectifs spécifiques

De façon plus précise, on peut décliner les objectifs visés dans le Plan :

- Promouvoir une alimentation favorable à la santé :
- Promouvoir une activité physique régulière ;
- Promouvoir une consommation d'alcool responsable ;
- Promouvoir une réduction du tabagisme.

VII. Structure de la proposition de Plan

Le Plan est composé de **21 stratégies regroupées en 4 axes**. Chaque stratégie est déclinée en une série de **sous-stratégies** ou de **pistes d'actions**. Ces dernières ne sont pas exhaustives. Certaines ont été mises en avant pour leur efficacité supposée et la nécessité de les renforcer. D'autres sont innovantes et méritent d'être développées.

Pour chaque stratégie / pistes d'action sont repris systématiquement :

Publics ciblés : c'est-à-dire les personnes ou collectivités qui sont bénéficiaires de l'intervention

Temporalité : indique la temporalité de l'opérationnalisation de la stratégie sur les cinq ans du plan. Certaines peuvent être mises en œuvre à court terme (stratégies *Quick Wins* qu'il faut prioriser dès le démarrage de la mise en œuvre du Plan), d'autres à moyen terme (entre 1 et 3 ans) ou encore à long terme (entre 3 et 5 ans).

Indicateurs : ces indicateurs ou critères se concentrent à la fois sur le processus / la mise en œuvre et sur les résultats visés. Ce sont les repères que l'on choisit pour servir de base au suivi et à l'évaluation du Plan. La liste des indicateurs proposés n'est pas complète et devra être actualisée par les responsables de la mise en œuvre de la stratégie.

Acteurs : Opérateurs responsables de la mise en œuvre de la stratégie et partenaires ou relais impliqués dans cette mise en œuvre

Autorités compétentes à impliquer : le ou les Autorités compétentes à impliquer pouvant contribuer à la mise en œuvre de la stratégie.

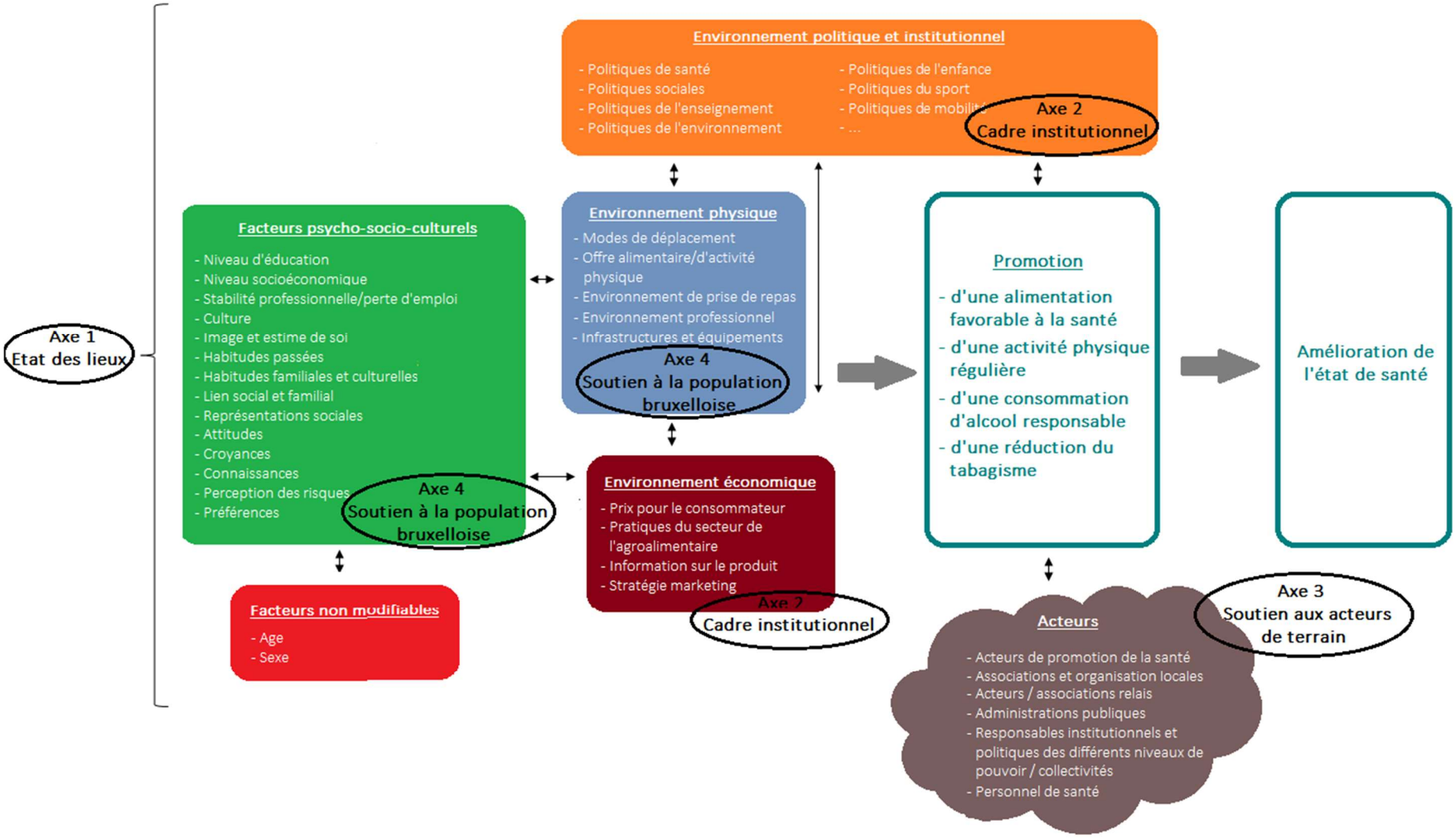
VIII. Proposition de stratégies pour le Plan

Les stratégies sont présentées selon 4 axes :

- Axe 1. Etat des lieux
- Axe 2. Cadre institutionnel
- Axe 3. Soutien aux acteurs de terrain
- Axe 4. Soutien à la population bruxelloise

La figure 3 présente les différents axes d'intervention en regard des groupes de déterminants illustrés à la page 10.

Figure 3 : Présentation des axes d'intervention en regard des groupes de déterminants



Axe 1. Etat des lieux

Cet axe reprend les éléments indispensables qui doivent être mis en place en continu afin de mieux comprendre l'état de santé de la population bruxelloise en matière de modes de vie favorables à la santé et ce qui détermine l'adoption de ces derniers.

L'état des lieux passe également par l'élaboration d'un cadastre des offres et services en matière de promotion des modes de vie favorables à la santé.

Stratégie 1. Recueillir, utiliser et diffuser des données sur l'état de santé des Bruxellois en lien avec les modes de vie et les environnements favorables à la santé

Description : Des données complètes et fiables sont nécessaires afin de faciliter l'élaboration, le suivi et l'évaluation des interventions et politiques visant l'amélioration des modes de vie et environnements favorables à la santé. Il importe donc de soutenir la production, le rassemblement, la gestion, l'analyse et l'utilisation de données sur l'état de santé des Bruxellois en lien avec l'alimentation, l'activité physique, la consommation d'alcool et de tabac.

Les données collectées devraient être suffisamment affinées (données pour la Région (ex : enquête de santé de l'Institut scientifique de Santé Publique), mais également par commune et par quartier) et être à la fois de type quantitatif et qualitatif.

Pistes d'action :

- Mettre en place un cadre d'observation des modes de vie et environnement favorables à la santé et intégrer ces indicateurs dans les rapports sur la santé des bruxellois
- Favoriser le partage d'informations et l'échange de données à des fins statistiques

Publics ciblés : Population bruxelloise, acteurs de quartiers, communes, responsables institutionnels et politiques

Temporalité : Mise en place à court terme

Indicateurs :

- Liste d'indicateurs de suivi et d'évaluation
- Tableau de bord des indicateurs d'évolution des modes de vie et environnement favorables à la santé de la population bruxelloise sur base de données recueillies à différents niveaux

Acteurs : Organismes chargés du recueil de données en matière de santé aux niveaux belge, régional, communautaire, universités, etc.

Autorités compétentes à impliquer : COCOM (Commission communautaire commune - santé) et VGC (Vlaamse Gemeenschapscommissie - Commission communautaire flamande - santé)

Stratégie 2. Analyser les facteurs associés à l'adoption de modes de vie favorables à la santé par la population bruxelloise ainsi qu'à sa participation à des activités de promotion de ces modes de vie

Description : L'analyse concerne les facteurs associés à l'adoption d'une alimentation favorable à la santé, d'une activité physique régulière, d'une consommation d'alcool responsable et d'une réduction du tabagisme par les différents publics bruxellois (en fonction de l'âge, du sexe, du niveau socio-

économique, du quartier, etc.). Elle porte également sur les facteurs associés à la participation à des activités de promotion de ces modes de vie.

Elle devrait être faite localement afin de mieux comprendre le poids de chacun de ces facteurs en fonction des différents quartiers.

Elle permettrait de mieux cibler les stratégies/ressources à mettre en place dans un quartier afin de favoriser l'adoption de modes de vie favorables à la santé et la participation de la population bruxelloise à des activités de promotion de ces derniers.

Pistes d'action :

- Mener des recherches sur les facteurs associés à l'adoption de modes de vie favorables à la santé par la population bruxelloise ainsi que sa participation à des activités de promotion de ces modes de vie
- Favoriser ou renforcer les concertations et les démarches communautaires locales

Publics ciblés : Population bruxelloise, acteurs de quartiers

Temporalité : Mise en place à court terme

Indicateurs :

- Développement de concertations locales au sein des communes
- Analyses menées sur les facteurs associés à l'adoption de modes de vie favorables à la santé par la population bruxelloise ainsi que sa participation à des activités de promotion de ces modes de vie

Acteurs : Acteurs de promotion de la santé[10], plateformes d'acteurs locaux, centres de recherche

Autorités compétentes à impliquer : COCOM (santé) VGC (santé), Fédération Wallonie-Bruxelles (Enseignement, Enfance-ONE, Sport), communes

Stratégie 3. Soutenir l'identification continue des offres en matière d'alimentation favorable à la santé et d'activité physique au niveau local et supra local

Description : Le relevé local de l'offre en matière d'alimentation favorable à la santé ainsi que d'activité physique concerne à la fois les activités menées par le secteur marchand (ex : magasins bios, clubs de sports) et non marchand (activités proposées par les associations et les acteurs de la société civile).

Il doit permettre aux habitants de mieux connaitre les ressources disponibles au sein de leur quartier.

Une cartographie, par commune et quartier, serait par ailleurs très intéressante pour analyser la couverture des activités et des infrastructures.

L'identification des différentes offres constitue un prérequis indispensable à la mise en œuvre de la stratégie 15 sur l'accès aux informations de proximité. Ce relevé local devrait être actualisé tous les ans.

Pistes d'action :

- Appuyer l'actualisation des « cadastres » existants
- Développer d'autres « recensements » de l'offre en matière d'alimentation favorable à la santé et d'activité physique (à l'échelle du quartier, de la commune, de la Région) et les mettre à jour annuellement

Publics ciblés : Population bruxelloise, acteurs de promotion de la santé, acteurs de première ligne, milieux associatifs en lien avec l'alimentation et l'activité physique

[10] Les acteurs de promotion de la santé tels que désignés dans le cadre de ce document sont des opérateurs qui mettent en œuvre des actions de promotion de la santé, subventionnées ou non par les pouvoirs publics.

Temporalité : Mise en place à court terme

Indicateur :

- Disposition de cadastres mis à jour

Acteurs : Acteurs de promotion de la santé, centres de recherche

Autorités compétentes à impliquer : COCOM (santé), VGC (santé), communes, Fédération Wallonie-Bruxelles (Sport) et Région de Bruxelles-Capitale (infrastructures sportives communales)

Axe 2. Cadre institutionnel

Lutter contre les inégalités sociales de santé, favoriser une alimentation favorable à la santé, une activité physique régulière, favoriser des comportements responsables par rapport à l'alcool et au tabac nécessitent des approches pluri- et intersectorielles et l'intégration de la Santé dans toutes les politiques publiques (« *health in all policies »)*, qu'elles soient locales, régionales, communautaires ou fédérales.

Le Plan devrait donc être soutenu par les politiques et décideurs convaincus de l'efficacité des actions et bénéficier d'une meilleure cohérence des politiques publiques développées tant en promotion de la santé que dans les domaines de la santé, de l'agro-alimentaire, du commerce, de l'enseignement, de l'aménagement urbain, du logement, etc.

Stratégie 4. Renforcer la cohérence entre les différentes politiques en matière d'impact sur la santé et sur l'équité en santé

Description[11]*:* L'état de santé des individus dépend non seulement de facteurs individuels, mais également de facteurs structurels (sociaux, culturels, économiques, environnementaux, politiques, etc.). Il est donc indispensable que tous les secteurs de la société collaborent de façon durable sur les facteurs qui déterminent l'environnement socioéconomique et physique des individus afin de protéger leur santé.

Dans cette recherche de cohérences entre les politiques, une attention particulière sera portée à la manière dont la santé est distribuée au sein de la population.

Public ciblé : Population bruxelloise

Temporalité : Mise en place à moyen et long terme

Indicateurs :

- Acteurs publiques et décideurs sensibilisés aux principes de base et aux stratégies de la promotion de la santé
- Intégration de la dimension « santé » dans toutes les politiques
- Impact des politiques publiques sur la santé et l'équité en santé
- Protocoles d'accords, concertations politiques (bi- ou multilatérales), conventions entre administrations ou accords de coopération en lien avec la promotion des modes de vie et environnements favorables à la santé
- Cohérence, efficacité et efficience des politiques publiques en lien avec les modes de vie et environnements favorables à la santé
- Prise en compte des inégalités sociales de santé dans toutes les stratégies de promotion de la santé appuyées par les politiques et responsables institutionnels
- Connaissance et application des recommandations du conseil supérieur de promotion de la santé sur le « partenariat » public-privé en matière de promotion de la santé

Acteurs / Autorités compétentes à impliquer : Responsables institutionnels et politiques des différents niveaux de compétences de la Région bruxelloise, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et du niveau Fédéral, Réseau Belge Francophone des Villes Santé de l'OMS

[11] Cette stratégie est transversale et n'est donc pas spécifique à ce type de plan. Néanmoins, il parait indispensable de l'inclure étant donné l'impact positif que la mise en œuvre d'une telle stratégie pourrait avoir en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac.

Certaines « sous-stratégies » ou pistes d'action pourraient être :

4.1. Sensibiliser les acteurs publics et décideurs aux principes de base et aux stratégies de la promotion de la santé

Description : La sensibilisation des acteurs publics et décideurs sur les principes de base et les stratégies de la promotion de la santé (et notamment sur l'importance d'une posture professionnelle d'écoute, de non-jugement social et de non-stigmatisation) devrait leur permettre d'avoir une vision plus juste et nuancée des réalités des populations qu'ils représentent.

Elle devrait ensuite favoriser une prise de décisions plus éclairées et respectueuses de tous les Bruxellois lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de certaines politiques publiques.

Pistes d'action :

- Organiser des conférences intersectorielles en lien avec les différentes priorités de promotion de la santé de la Région bruxelloise
- Encourager le personnel politique et administratif à participer aux formations initiées par les acteurs de promotion de la santé ou les établissements d'enseignement supérieur
- Diffuser les outils sur la promotion de la santé ou les actions communautaires en santé auprès des politiques et décideurs

4.2. Interpeller les responsables politiques sur la pertinence d'introduire une dimension « santé » dans toutes les politiques

Description : L'objectif visé est de prendre systématiquement en compte les conséquences des décisions de tous les secteurs sur les déterminants de la santé et du bien-être.

4.3. Réaliser des études d'impact des politiques sur la santé et sur l'équité en santé

Description : Les études d'impact permettent d'évaluer les effets positifs et négatifs potentiels de politiques sur la santé ainsi que la distribution de ces effets au sein de la population.

L'objectif est d'informer les décideurs et d'ajuster les politiques proposées afin de maximiser les effets positifs et d'atténuer les effets négatifs sur la santé et sur l'équité en santé.

4.4. Faire le lien entre les stratégies de promotion de la santé de la Cocof et celles élaborées par d'autres ministères et niveaux de compétence

Description : L'action intersectorielle est devenue incontournable pour les acteurs de santé publique afin de promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Il faut donc dépasser les « frontières » politiques et institutionnelles et mettre en œuvre des interventions permettant une prise en charge globale des principaux enjeux de santé publique.

Des synergies devraient ainsi être créées entre les stratégies de promotion de la santé de la Cocof et celles élaborées par d'autres ministères et niveaux de compétence qui abordent certains aspects liés à l'une des quatre thématiques. Cela permettrait d'obtenir une meilleure cohérence des diverses stratégies.

Ces liens peuvent se concrétiser par des protocoles d'accords, des concertations politiques (bi- ou multilatérales), des conventions entre administrations ou encore par des accords de coopération.

Pistes d'action :

- Créer des synergies avec la stratégie « Good Food – Vers un système alimentaire durable en Région de Bruxelles-Capitale » (www.goodfood.brussels)
- Renforcer les actions auprès des enfants à travers l'ONE (notamment à travers la promotion de l'allaitement maternel)
- S'inscrire dans les recommandations de la concertation interministérielle « Nutrition et santé »[12]

4.5. Soutenir les recommandations du conseil supérieur de promotion de la santé sur le « partenariat » public-privé en matière de promotion de la santé

Description : Certaines entreprises du secteur privé s'impliquent aujourd'hui dans des activités de promotion de la santé. Si les partenariats public-privé peuvent constituer des opportunités intéressantes (les moyens financiers mis à disposition par le secteur privé sont souvent plus importants que ceux des pouvoirs publics ou du secteur associatif non marchand), il est nécessaire de rester vigilant afin que ces partenariats ne mènent pas à des dérives et à des effets contreproductifs.

Le Conseil supérieur de promotion de la santé a, en 2009, précisé le cadre dans lequel ces relations peuvent se développer et a formulé quelques conditions jugées indispensables pour des relations public-privé équilibrées qui soient profitables au bien commun (Annexe 2).

Il est nécessaire que ces recommandations soient connues et appliquées par tous les acteurs impliqués dans ces types de partenariat.

Stratégie 5. Impulser la dimension « promotion de la santé » dans les Contrats de Quartier durables

Description : Le contrat de quartier durable est un plan d'action fixé pour une période, un montant et une zone géographique déterminés. Il est conclu entre la Région, la commune et les habitants d'un quartier bruxellois.
Les projets répondent aux besoins les plus importants en lien avec cinq domaines principaux d'interventions (logements, espaces publics, équipement et infrastructures de proximité, actions socioéconomiques et espaces productifs, économiques et commerciaux).

Le dispositif est participatif : les habitants, les associations et les communes collaborent étroitement aux différents projets.

Le secteur de la promotion de la santé devrait mettre en place un plaidoyer afin que la « promotion de la santé » soit également reconnue comme domaine prioritaire d'interventions. La promotion des modes de vie et environnements favorables à la santé y aurait toute sa place.

Pistes d'action :

- Accompagner les Contrats de Quartier
- Mobiliser et sensibiliser les associations et organisations de quartier sur les dimensions transversales de la santé
- Appuyer les initiatives de mobilisation des acteurs communaux de différents secteurs dans le cadre d'actions sur les déterminants de santé des habitants
- Créer des « réseaux santé » afin de favoriser la coordination des intervenants

[12] Une concertation interministérielle « Nutrition et santé » a dernièrement été mise en place. Elle a pour objectif d'élaborer un plan d'actions commun aux différents niveaux de pouvoir et d'inclure les différentes mesures envisagées par les entités fédérales et fédérées afin de promouvoir une alimentation favorable à la santé et un style de vie actif et non sédentaire ainsi que de prévenir les risques pour la santé. Les différentes mesures devraient ainsi se renforcer mutuellement

Publics ciblés : Population bruxelloise, associations et organisations de quartier

Temporalité : Mise en place à moyen et long terme

Indicateurs :

- Intégration de la promotion de la santé (modes de vie et environnement favorables à la santé) dans les Contrats de Quartier
- Appréciation subjective positive de l'amélioration des cadres de vie par les habitants
- Création de réseaux d'acteurs impliqués dans des stratégies « santé »

Acteurs : Services d'accompagnement et de support en promotion de la santé[13], acteurs de promotion de la santé, autres intervenants locaux

Autorités compétentes à impliquer : Région de Bruxelles-Capitale, communes

Stratégie 6. Encourager les pratiques de l'agroalimentaire favorisant la santé

Description : Les produits agroalimentaires tiennent une place prépondérante dans l'alimentation des Bruxellois. Il est donc important d'encourager l'amélioration de la composition nutritionnelle de ces produits et de renforcer l'information fournie aux consommateurs à ce niveau.

Publics ciblés : Population bruxelloise, professionnels de la nutrition, secteur privé de la distribution, de l'industrie, et de la consommation alimentaire, acteurs de santé (promotion de la santé et de première ligne), autres types de relais

Temporalité : Mise en place à court, moyen et long terme

Indicateurs :

- Amélioration de la qualité nutritionnelle des produits
- Evolution de la compréhension de l'étiquetage nutritionnel par les consommateurs bruxellois
- Plaidoyer pour la mise en place d'un étiquetage nutritionnel complémentaire en Belgique

Acteurs : Fédération de l'industrie alimentaire belge (FEVIA), Fédération belge du commerce et des services (COMEOS), Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, Fédérations de la restauration

Autorités compétentes à impliquer : Ministre fédéral de la Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Certaines « sous-stratégies » ou pistes d'action pourraient être :

6.1. Encourager l'amélioration de la composition nutritionnelle des produits alimentaires

Description : Un accord a été trouvé entre la Ministre fédérale de la Santé, la Fédération de l'industrie alimentaire belge (FEVIA) et la Fédération belge du commerce et des services (COMEOS) à travers la convention « Alimentation équilibrée » signée en juin 2016. Cette convention vise une diminution de 5% de l'apport calorique (réduction de la teneur en sucres et/ou en graisses, etc.) et une optimalisation de la composition de certains aliments (ajout de fibres et/ou réduction des graisses saturées, du sel, etc.).

[13] Services qui, en vertu du Décret de promotion de la santé de la Cocof, sont désignés pour une période de cinq ans afin i) de remplir des missions d'aide méthodologique, d'accompagnement et de soutien à la concertation au bénéfice des acteurs et des relais en promotion de la santé (service d'accompagnement) et ii) d'apporter, sur base de leur expertise, un support permanent concernant les thématiques prioritaires, les méthodologies ou les stratégies d'action définies par le Plan de promotion de la santé (services de support).

Il convient d'appuyer cette convention et de continuer à encourager des accords toujours plus ambitieux avec FEVIA et COMEOS qui favorisent l'amélioration de la composition nutritionnelle des produits alimentaires.

Pistes d'action :

- Appuyer la convention « Alimentation équilibrée » de 2016
- Faire le plaidoyer afin de conclure des accords complémentaires avec le secteur de l'industrie alimentaire pour améliorer la composition nutritionnelle des produits alimentaires

6.2. Encourager le renforcement de l'information sur la composition nutritionnelle et les allergènes

Description : L'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires doit fournir aux consommateurs les informations nécessaires pour que ceux-ci puissent faire des choix éclairés en matière d'alimentation.

Le règlement européen sur l'information du consommateur a rendu obligatoire en décembre 2016 l'étiquetage nutritionnel de tous les aliments préemballés. Malgré ces changements, les informations reprises sur les étiquettes restent difficiles à comprendre pour les personnes non initiées aux terminologies nutritionnelles.

Les États membres ont toutefois la possibilité de mettre en place un système d'étiquetage complémentaire afin de fournir aux consommateurs une information plus claire et visible sur la face avant de l'emballage des produits alimentaires. Certaines initiatives ont déjà été testées et/ou mises en place dans certains pays de l'Union Européenne. La Chambre des Représentants de Belgique, dans sa résolution relative à la notification d'un label d'alimentation positive à l'Union européenne, exhorte le gouvernement fédéral à mettre en place un tel système dans notre pays. Il convient d'appuyer cette résolution.

Pistes d'action :

- Renforcer la capacité de la population à comprendre les valeurs nutritionnelles qui sont reprises sur les étiquettes d'emballage des aliments
- Faire un plaidoyer pour la mise en place d'un étiquetage nutritionnel complémentaire en Belgique
- Faire un plaidoyer pour la mise en place d'un étiquetage nutritionnel européen plus simple et lisible permettant d'identifier rapidement les aliments riches en graisses, sucres ou sel
- Faire connaitre et renforcer les applications permettant d'obtenir les caractéristiques d'un produit en scannant le code-barres du produit (valeur nutritionnelle, origine, allergènes additifs, organismes génétiquement modifiés, etc.)

Stratégie 7. Encourager la régulation des pratiques commerciales qui suscitent des comportements inadéquats en matière d'alimentation, d'activité physique, d'alcool et de tabac

Description : Les stratégies marketing qui encouragent les comportements inadéquats en matière d'alimentation, d'activité physique, d'alcool et de tabac entrent en contradiction avec les messages de santé publique. Ils risquent d'annihiler les effets de ces messages et devraient donc être régulés.

Pistes d'action :

- Appliquer les recommandations des accords ratifiés (ex : convention cadre tabac)
- Encourager l'autorégulation et la réglementation de la publicité en lien avec l'alimentation
- Encourager l'interdiction de la publicité liée au tabac (points de vente) et à l'alcool (média et points de vente)
- Analyser la possibilité de réguler l'offre d'activité physique (ex : règles par rapport à l'encadrement, marketing, etc.)

- Entamer une réflexion sur le prix et l'accès à des aliments favorables à la santé, à des activités physiques, au tabac et à l'alcool
- Entamer une réflexion sur les stratégies marketing de l'industrie du sport (vêtements, salles de fitness, compléments alimentaires, programmes d'entraînement…) qui promeut, à certains égards, des idéaux de performance et de compétition qui peuvent être contradictoires avec des objectifs de santé pour toutes et tous.

Publics ciblés : Population bruxelloise

Temporalité : Mise en place à moyen terme

Indicateurs :

- Interdiction de la publicité liée au tabac et à l'alcool
- Règlement sur la publicité liée à l'alimentation
- Tenue de concertations des différents niveaux de pouvoir concernés sur le prix et l'accès à des aliments favorables à la santé, à des activités physiques, au tabac et à l'alcool

Acteurs : FEVIA, COMEOS, Union Belge des Annonceurs

Autorités compétentes à impliquer : Ministre fédéral de la Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Ministère du Sport, Ministre de l'Economie, Fédération Wallonie-Bruxelles (Sport)

Stratégie 8. Soutenir les politiques d'aménagement urbain et de gestion des infrastructures qui favorisent le mouvement

Description : La ville doit offrir à ses habitants un espace public urbain qui permette de créer un cadre de vie de qualité, convivial qui favorise la mobilité douce (toute forme de mobilité non motorisée). Parallèlement à cela, elle doit également s'assurer de la disponibilité suffisante d'infrastructures publiques qui favorisent l'activité physique.

Publics ciblés : Population bruxelloise

Temporalité : Mise en place à long terme

Indicateurs :

- Développement d'aménagements urbains par commune / quartier
- Evolution des types de mobilité douce
- Utilisation par plusieurs établissements/associations d'infrastructures sportives

Acteurs / Autorités compétentes à impliquer : Différents niveaux de compétences « Santé » et « Urbanisation », Bureau fédéral du Plan, Bruxelles Mobilité, Fédération Wallonie-Bruxelles (Sport), Région de Bruxelles-Capitale (subvention régionale des infrastructures sportives communales)

Certaines « sous-stratégies » ou pistes d'action pourraient être :

8.1. Soutenir les politiques d'aménagement urbain qui favorisent la mobilité douce et les espaces verts

Description : Afin que les Bruxellois favorisent la mobilité douce, il est important de leur offrir des conditions, des services et des infrastructures sûres. Il convient également de s'assurer que l'on tienne compte des piétons et cyclistes dans tous les travaux d'aménagement.

Le *Plan Vélo 2010-2015* ainsi que le *Plan piéton stratégique de la Région bruxelloise* contiennent de nombreuses stratégies qui vont dans ce sens. Les pistes d'action en sont largement inspirées.

Pistes d'action :

- Créer des espaces publics et des espaces verts dans tous les nouveaux grands projets urbains et des petits espaces de quartier
- Créer des environnements appropriés pour les personnes âgées et/ou à mobilité réduite (rues, trottoirs, bancs, chemins bien éclairés et sécurisés, etc.)
- Concevoir et développer des aménagements cyclables sécurisés adaptés à des cyclistes occasionnels ou peu aguerris
- Mettre en place des stationnements sécurisés pour les vélos et des lieux de petites réparations
- Soutenir les écoles au niveau des plans de transport des écoles (ex : pédibus, brevet piéton, cartes d'itinéraires)
- Offrir un réseau de parcours récréatifs et didactiques cyclo-piétons de découverte des paysages diversifiés (paysages ruraux, semi-naturels, parcs aménagés, bosquets, marais, étangs, chemins de halage, paysages d'intérêt historique) sur l'ensemble du territoire régional bruxellois

8.2. Optimiser l'utilisation des infrastructures appropriées pour la pratique de l'activité physique

Description : Les infrastructures publiques qui favorisent la pratique de l'activité physique doivent être accessibles en suffisance. Afin de garantir cette accessibilité, il importe de créer de nouvelles infrastructures et/ou d'en optimiser l'utilisation.

Pistes d'action :

- Construire des équipements qui répondent aux besoins de plusieurs communes limitrophes (ex : piscines) et soutenir des intercommunales de gestion, notamment pour les équipements d'intérêt supra-local qui génèrent des frais d'exploitation importants
- Développer des partenariats avec les collectivités (écoles, associations, clubs sportifs, etc.) afin de rationaliser les infrastructures et octroyer des subsides aux établissements qui partagent leurs infrastructures avec d'autres écoles, associations, etc.

Axe 3. Soutien aux acteurs de terrain

Cet axe propose des stratégies d'appui aux démarches communautaires et de qualité qui outillent et renforcent la population bruxelloise. Ces initiatives se font par des acteurs de terrain, en partenariats intersectoriels. Elles doivent être accompagnées (besoin de ressources complémentaires), transposées à d'autres quartiers / communautés et évaluées. Ce soutien « aux acteurs de terrain » ne pourra se faire que si les informations et besoins des acteurs « remontent » auprès des instances décisionnelles qui ont la responsabilité des allocations des ressources.

Stratégie 9. Soutenir et encourager les démarches de qualité dont les actions communautaires visant le renforcement des ressources et des compétences psychosociales et/ou une réflexion qui porte sur les modes de vie et sur les moyens de créer des environnement plus favorables à la santé

Description : Ces démarches doivent être préférentiellement de type collectif et participatif, basées sur la co-construction, c'est-à-dire qu'elles mettent en place des dispositifs qui assurent, au cœur des quartiers, la collecte des besoins et l'identification des stratégies à adopter pour une alimentation favorable à la santé, une activité physique régulière, une consommation d'alcool responsable et une réduction du tabagisme.

Elles interrogent généralement les représentations de la population, soutiennent l'apprentissage par les pairs et renforcent la cohésion sociale.

Les actions communautaires peuvent également aborder les aspects liés au renforcement des ressources et compétences psychosociales : affirmation et estime de soi, gestion des émotions et du stress, capacité à résoudre des problèmes, empathie, renforcement de l'esprit critique (environnement alimentaire, normes véhiculées par les médias/résistance aux stratégies marketing), etc.

Pistes d'action :

- Soutenir et renforcer les démarches d'éducation permanente (projets, animations, réflexions participatives…) visant le renforcement des capacités d'analyse des personnes sur l'environnement dans lequel elles évoluent et l'acquisition d'un regard critique sur celui-ci afin de faire des choix éclairés et d'exercer ses droits.
- Soutenir et renforcer les actions qui renforcent les capacités des individus à accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage (littératie en santé).
- Soutenir et renforcer les projets qui stimulent la cohésion sociale
- Soutenir et renforcer les actions visant la réduction des risques liées à la consommation d'alcool (ex : sensibilisation par les pairs, mise à disposition d'eau gratuite en soirée, proposition d'alternatives pour un retour sécurisé à domicile, etc.)
- Soutenir et renforcer les démarches qui permettent de (re)développer une culture alimentaire et de l'activité physique et sa transmission (notions de plaisir de manger équilibré et de pratiquer une activité physique, de partage intergénérationnel (ex : transmission de recettes), de convivialité, de la nécessite de prendre du temps pour soi, etc.)
- Aborder des thématiques telles que le genre, l'image corporelle, la stigmatisation des personnes obèses
- Sensibiliser la population sur la notion de sédentarité (notamment sur les effets néfastes des écrans), la relation entre le manque de sommeil et la prise de poids ainsi qu'entre l'activité physique et la qualité du sommeil, la notion de « famille sans fumée de tabac », etc.
- Soutenir les services « qualité de vie » des hautes écoles et universités

- Encourager les acteurs de l'enseignement supérieur à développer et mettre en œuvre des projets promouvant des modes de vie favorables à la santé et une réduction des risques liés à la consommation d'alcool auprès des étudiants et des membres du personnel, en collaboration avec les organisations représentatives des étudiants.
- Stimuler le maintien de logements communautaires étudiants menant à bien des projets (ex : kot-à-projets) qui promeuvent des modes de vie favorables à la santé
- 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

Publics ciblés : Acteurs de promotion de la santé et relais locaux, population bruxelloise

Temporalité : Mise en place à court, moyen et long terme

Indicateurs :

- Nombre de démarches qualité et d'actions communautaires existantes soutenues en lien avec les comportements favorables à la santé
- Nombre de nouveaux : projets, démarches qualités, actions communautaires développés en lien avec les comportements favorables à la santé
- Adhésion de la communauté à ces activités

Acteurs : Services d'accompagnement et de support, acteurs de terrain de promotion de la santé et réseaux

Autorités compétentes à impliquer : Responsables institutionnels et politiques des différents niveaux de compétences de la Région bruxelloise, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et du niveau Fédéral qui mènent des actions en lien avec les quatre thématiques

Stratégie 10. Outiller les acteurs de terrain sur les démarches de promotion de la santé qui sont en lien avec les thématiques de l'alimentation, de l'activité physique, de l'alcool et du tabac et sur le renforcement des ressources et compétences psychosociales

Description : Les acteurs de terrain doivent avoir accès à des informations, des supports pédagogiques et méthodologiques et des formations afin de pouvoir promouvoir au mieux l'accès à une alimentation favorable à la santé, à une activité physique régulière, à une consommation d'alcool responsable et à une diminution du tabagisme auprès des personnes qu'ils accompagnent.

Pistes d'action :

- Renforcer les centres de ressources documentaires et pédagogiques ainsi que les plateformes d'accès à des supports en ligne de promotion de la santé et les faire connaitre
- Organiser des formations sur l'utilisation des outils de promotion de la santé
- Sensibiliser, former et accompagner les acteurs psycho-médicosociaux et adultes-relais (professeurs, éducateurs sportifs, membre de l'équipe PSE, etc.) sur les démarches de promotion de la santé en lien avec/et sur ces quatre thématiques (notamment sur les recommandations et le processus de progressivité vers l'atteinte de ces recommandations)[14]

[14] Notamment les formations de cadres (entraîneurs) organisés par l'ADEPS qui comprend d'important modules sur la « qualité du mouvement » et la préservation de la santé.

- Inclure les notions de promotion de la santé, de prévention, de posture professionnelle d'écoute, de non-jugement social et de non-stigmatisation ainsi que le soutien à ces thématiques dans la formation des acteurs psycho-médicosociaux
- Faire connaitre le mécanisme d'octroi d'espaces gratuits sur les chaînes de radio et de télévision à des fins de communication grand public
- Mettre à disposition des acteurs de terrain des outils leur permettant de réorienter la population en fonction de leur demande spécifique sur une de ces thématiques

Publics ciblés : Acteurs de promotion de la santé, (futurs) acteurs psycho-médicosociaux, adultes-relais (professeurs, éducateurs sportifs, membre de l'équipe PSE, etc.), population bruxelloise

Temporalité : Mise en place à court et moyen terme

Indicateurs :

- Nombre de visites des centres pédagogiques et documentaire/de visites sur les plateformes d'outils de promotion de la santé
- Nombre et types de formations sur l'utilisation des outils de promotion de la santé
- Acteurs psycho-médicosociaux et adultes relais sensibilisés/formés/accompagnés sur les démarches de promotion de la santé
- Disponibilité des outils d'orientation de la population auprès des relais de terrain

Acteurs : Services d'accompagnement et de support, acteurs de terrain de promotion de la santé et réseaux

Autorités compétentes à impliquer : Fédération Wallonie-Bruxelles (Enseignement, Enfance-ONE, Sport)

Stratégie 11. Favoriser les partenariats et les réseaux intra et inter-sectoriels

Description : La mise en place de partenariats et de réseaux intra et inter-sectoriels (social, santé, activité physique, enseignement, environnement, mobilité, enfance, etc.) devrait permettre de partager les expertises et les bonnes pratiques en matière d'alimentation, d'activité physique, de tabac et d'alcool ainsi que d'améliorer la cohérence des actions.

La mise en place d'une approche transversale englobant les politiques du sport, de la santé, de l'éducation, de l'environnement et des transports est d'ailleurs une recommandation faite par le Conseil européen aux états membres[15] qui a été adoptée par les Ministres des sports de l'Union européenne en 2013.

La mise en place de partenariats et de réseaux devrait également favoriser le partage d'informations concernant les préoccupations de la population. Celles-ci seraient ensuite plus facilement relayées par les différentes catégories d'acteurs à leurs instances supérieures spécifiques (cf. Stratégie 12).

Pistes d'action :

- Renforcer les actions locales de promotion de la santé qui s'organisent en collaboration avec plusieurs structures, notamment avec les maisons médicales ou les écoles
- Organiser des concertations entre le secteur social, celui de la santé, de l'activité physique, de l'enseignement, de l'environnement, de la mobilité et de l'enfance.
- S'inscrire dans la recommandation du conseil européen sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé.

[15] Conseil Européen. *Recommandation sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé*. 2013.

Publics ciblés : Acteurs de promotion de la santé, autres intervenants locaux qui travaillent en lien avec les quatre thématiques (social, santé, activité physique, enseignement, environnement, mobilité, enfance), population bruxelloise

Temporalité : Mise en place à moyen et long terme

Indicateurs :

- Participation des différents acteurs aux réunions intra et intersectorielles et reconnaissance des ressources de chacun
- Présence de stratégies liées aux modes de vie et environnement favorables à la santé dans les actions sectorielles (hors santé)
- Valorisation des actions intersectorielles au sein des organismes sectoriels

Acteurs : Acteurs de promotion de la santé, partenaires de terrain, associations et organisations locales, relais communautaires, etc.

Autorités compétentes à impliquer : Responsables institutionnels et politiques des différents niveaux de compétences de la Région bruxelloise, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et du niveau Fédéral, communes

Stratégie 12. Transmettre les informations, interpellations et recommandations du terrain vers les niveaux supérieurs

Description : Les acteurs de terrain doivent informer, interpeller et adresser des plaidoyers auprès des instances supérieures (Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé, Ministres de la Santé au niveau régional et fédéral, Conseils Supérieurs de la Santé et des Sports, etc.) de manière à faire remonter les préoccupations de la population et des associations et faire ainsi avancer les réflexions en matière d'alimentation, d'activité physique, de tabac et d'alcool.

La Fédération bruxelloise de promotion de la santé est une structure intermédiaire par laquelle les acteurs de promotion de la santé peuvent transmettre les informations, interpellations et recommandation au niveau supérieur.

La Section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé qui formule des avis pour le Ministre en charge de la promotion de la santé constitue un autre levier pour faire remonter des besoins.

Pistes d'action :

- Appuyer les coalitions d'acteurs existantes comme les regroupements d'associations tels que la Fédération bruxelloise de promotion de la santé et le groupe porteur « Jeunes, alcool et société »
- Faire en sorte que les instances décisionnelles reçoivent les plaidoyers générés sur base des préoccupations et des besoins de la population bruxelloise

Publics ciblés : acteurs de promotion de la santé, autres intervenants locaux qui travaillent en lien avec les quatre thématiques (social, santé, sport, activité physique, enseignement, environnement, mobilité, enfance), population bruxelloise

Temporalité : Mise en place à court, moyen et long terme

Indicateurs :

- Existence de relais pour transmettre les revendications et plaidoyers aux différents niveaux décisionnels
- Plaidoyers développés par les coalitions d'acteurs
- Transmission des messages aux différents niveaux décisionnels

Acteurs : Acteurs de promotion de la santé, autres intervenants locaux qui travaillent en lien avec les quatre thématiques, population bruxelloise

Autorités compétentes à impliquer : Responsables institutionnels et politiques des différents niveaux de compétences de la Région bruxelloise, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et du niveau Fédéral

Stratégie 13. Soutenir les acteurs dans l'évaluation de leurs actions en lien avec la promotion des modes de vie et des environnements favorables à la santé

Description : Un appui méthodologique sera proposé aux associations, établissements scolaires et administrations afin de leur permettre d'évaluer leurs actions en lien avec la promotion d'une alimentation favorable à la santé, d'une activité physique régulière, d'une consommation d'alcool responsable et d'une réduction du tabagisme.

Les objectifs de l'évaluation sont variés et dépendent du type d'évaluation mis en place. Elles peuvent permettre aux acteurs d'analyser les progrès réalisés/l'efficacité de leur projet, d'améliorer leurs actions ou encore de rédiger leurs rapports d'activité.

Idéalement participatives, ces évaluations devraient porter à la fois sur le processus de mise en œuvre des actions et sur les résultats obtenus.

Afin de rendre compte des changements généralement recherchés par la mise en œuvre d'action de promotion de la santé, l'utilisation de méthodes qualitatives (ou mixtes) s'avère indispensable. Ces méthodes permettent par ailleurs de prendre en considération les spécificités de chaque projet.

Pistes d'action :

- Identifier une association/un organisme pour accompagner, former, analyser et faire remonter les cadres d'évaluation des actions
- Développer des méthodes et outils pour des évaluations adaptées aux besoins des acteurs, aux objectifs et aux ressources mis en œuvre
- Accompagner et former les acteurs à l'évaluation
- Rendre disponibles des ressources pour mener les évaluations
- Centraliser, analyser et diffuser les résultats des évaluations
- Favoriser les démarches qualité et les échanges de pratiques

Publics ciblés : Acteurs de promotion de la santé, autres intervenants locaux qui travaillent en lien avec les quatre thématiques (notamment acteurs de l'enseignement, ainsi que les administrations), population bruxelloise

Temporalité : Mise en place à court et moyen terme

Indicateurs :

- Nombre de partenaires-relais qui ont initié un processus d'évaluation de leurs actions
- Disponibilité de critères d'évaluation des interventions et des politiques publiques de promotion des modes de vie et environnement favorables à la santé
- Mise en place d'un cadre de suivi et d'évaluation des projets, interventions, et politiques publiques
- Développement d'évaluations participatives et formatives
- Utilisation des outils et ressources mises à disposition des associations pour mener leurs évaluations

Acteurs : Services d'accompagnement et de support

Autorités compétentes à impliquer : Responsables institutionnels et politiques des différents niveaux de compétences de la Région bruxelloise, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et du niveau Fédéral qui mènent des actions en lien avec les quatre thématiques

Axe 4. Soutien à la population bruxelloise

Il s'agit de développer et de renforcer les connaissances et capacités de la population bruxelloise (adaptées aux publics visés) sur base des ressources existantes et d'actions de proximité mais aussi de faciliter l'accessibilité à une alimentation favorable à la santé et à des environnements favorisant la l'activité physique.

Les actions de promotion des modes de vie favorables à la santé doivent être menées dans tous les milieux de vie, à toutes les étapes de la vie. Il est toutefois important de renforcer les actions menées dans les milieux de vie dans lesquels évoluent les enfants afin de pouvoir accompagner les jeunes dans l'adoption de modes de vie favorables à la santé qu'ils devraient garder tout au long de leur vie.

L'action pour la santé s'inscrit aussi dans un continuum qui va des démarches communautaires à la prise en charge individuelle. Ce Plan doit donc faire le lien entre différents niveaux du système de santé et favoriser la continuité des interventions.

Cet axe, très important, n'a de sens que si les stratégies des autres axes énumérés sont également mises en œuvre.

Stratégie 14. Renforcer les connaissances de la population en matière de modes de vie et d'environnements favorables à la santé et de leurs déterminants

Description : Le renforcement des connaissances est une étape préalable indispensable afin que la population puisse poser des choix éclairés en matière d'alimentation, d'activité physique et de consommation d'alcool et de tabac.

Les actions de renforcement des connaissances liées à ces thématiques doivent idéalement prendre appui sur les connaissances déjà existantes chez les publics et être associées à une réflexion sur la mise en pratique de celles-ci (en tenant compte des contextes et du libre arbitre).

Il s'agit également de renforcer des connaissances qui permettent aux personnes de prendre conscience de problématiques liées à leur environnement et de s'engager dans des actions liées à celui-ci.

Les supports et dynamiques qui permettent de renforcer les connaissances doivent être conçus en prenant en compte les caractéristiques et les préoccupations des publics visés. Ils s'appuieront autant que possible sur des processus de co-construction.

Public ciblé **:** Population bruxelloise

Temporalité : Mise en place à moyen et long terme

Indicateurs :

- Perception des bienfaits d'une alimentation favorable à la santé et d'une activité physique régulière
- Perception des risques liés au tabagisme et à une consommation excessive d'alcool
- Degré d'adhésion sur des affirmations concernant la sédentarité, le sommeil, le surpoids, etc.

Acteurs : Acteurs de promotion de la santé, organisations locales qui travaillent en lien avec l'une des quatre thématiques

Autorités compétentes à impliquer : Responsables institutionnels et politiques des différents niveaux de compétences de la Région bruxelloise en lien avec les milieux de vie dans lesquels la stratégie sera déclinée.

Certaines « sous-stratégies » ou pistes d'action pourraient être :

14.1. Renforcer les ressources existantes

Description : De nombreuses ressources (brochures, affiches, campagnes, sites internet, jeux, etc.) existent déjà sur ces thématiques. La priorité n'est donc pas de créer de nouveaux outils mais plutôt de renforcer les outils existants. Cela peut notamment se concrétiser par une actualisation des ressources connues et appréciées du public.

Pistes d'action :

- Renforcer les ressources de proximité (ex : initiatives de partage de représentations et connaissances par les pairs)
- Renforcer le site « mangerbouger.be », plateforme d'informations sur l'alimentation et l'activité physique qui vise à soutenir les personnes dans leur démarche ou projet de santé.
- Faire connaitre les sites « mangerbouger.be », « aide-alcool.be », « jeunesetalcool.be », « one.be », « tabacstop.be » et ceux des structures de promotion de la santé

14.2. Favoriser l'accès aux connaissances

Description : Afin de garantir un accès aux connaissances, il est important d'adapter ces dernières au public visé (âge, contexte, valeurs, rapport à la langue, etc.), de les formuler dans un langage clair et précis, d'utiliser des stratégies de diffusion efficaces (formats et canaux de diffusion variés et adaptés au public visé) et d'encourager les partages de connaissances et de représentations par les pairs.

Pistes d'action :

- Analyser l'impact des différentes stratégies de communication sur chaque groupe d'âge / milieu de vie et proposer des repères en communication
- Diffuser des ressources par public cible expliquant les bienfaits et les principes d'une alimentation favorable à la santé, d'un mode de vie actif (niveaux recommandés d'activité physique), des usages des produits du tabac et de l'alcool (y compris la législation) et de l'impact de leur utilisation sur le consommateur et son entourage
- Développer des supports d'information ou adapter des supports existants pour qu'ils soient accessibles, compréhensibles, non-stigmatisants, non-moralisateurs et en lien avec les contextes des publics qu'ils visent.
- Encourager les actions d'information s'inscrivant dans un contexte de relation vivante et directe (animations) dans lequel le participant tient un rôle actif

Stratégie 15. Proposer une information de proximité sur les démarches communautaires/citoyennes qui abordent les aspects liés au renforcement des ressources et compétences psychosociales, aux modes de vie et aux environnements favorables à la santé

Description : Une information de proximité doit être mise en place au sein des quartiers afin de faire connaître les différentes démarches communautaires et citoyennes auprès de la population. La population doit également être informée des différentes offres de proximité en matière d'activité physique.

Toutes ces démarches et offres devraient déjà été répertoriées dans un cadastre (cf. Stratégie 3).

Pistes d'action :

- Diffuser à travers différents canaux de communication les initiatives locales et leurs cibles
- Appuyer les campagnes d'information et « d'action » (ex : journée mondiale de l'exercice physique, semaine européenne du sport coordonnée par l'ADEPS, semaine des diététiciens, etc.) durant

lesquels les tarifs sont réduits afin de faire connaitre les différentes offres disponibles et permettre à la population d'expérimenter la « mise à l'action »

Public ciblé : Population bruxelloise

Temporalité : Mise en place à moyen et long terme

Indicateurs :

- Diffusion auprès de la population des initiatives citoyennes, démarches communautaires et offres d'activité physique
- Meilleure connaissance par les habitants et les professionnels des structures existantes (aux niveaux régional et local)

Acteurs : Acteurs de promotion de la santé, organisations locales qui travaillent en lien avec l'une des quatre thématiques

Autorités compétentes à impliquer : communes

Stratégie 16. Renforcer la promotion des modes de vie et environnements favorables à la santé au sein des établissements scolaires

Description : Les modes de vie favorables à la santé s'acquièrent d'autant plus facilement et plus durablement s'ils sont appris tôt dans la vie. Les établissements scolaires sont donc un milieu de vie privilégié pour développer et renforcer les connaissances et aptitudes des élèves sur ces thématiques.

Publics ciblés : Elèves de l'enseignement maternel, primaire et secondaire, enseignants, directions, pouvoirs organisateurs

Temporalité : Mise en place à court et à moyen terme

Indicateurs :

- Existence d'un chapitre spécifique sur les modes de vie et environnements favorables à la santé dans les projets d'établissement
- Existence de plans de promotion de la santé dans les écoles qui abordent les modes de vies favorables à la santé
- Augmentation du volume horaire des cours d'éducation physique
- Concordance entre les messages, l'offre alimentaire et d'activité physique et le comportement des adultes ou responsables d'établissement
- Implication des parents dans le choix des messages transmis

Acteurs : Acteurs de promotion de la santé, organisations locales qui travaillent en lien avec l'une des quatre thématiques, PSE

Autorités compétentes à impliquer : Fédération Wallonie-Bruxelles (Enseignement, Enfance-ONE, Sport)

Certaines « sous-stratégies » ou pistes d'action pourraient être :

16.1. Accompagner les écoles dans la mise en œuvre de leur stratégie de promotion de la santé

Description : Dès septembre 2018, les écoles auront pour obligation de définir une stratégie de promotion de la santé pour leur établissement en lien avec l'alimentation et l'activité physique.

En fonction du projet choisi, certaines écoles pourront bénéficier de l'appui de diverses associations afin de les aider à améliorer le mode de vie des élèves ainsi que leur environnement.

Outre la mise en œuvre de projets liés à l'alimentation et l'activité physique, les établissements scolaires pourraient également aborder la thématique de l'alcool ou du tabac avec les élèves ou encore mettre

en œuvre des activités qui permettraient de renforcer leurs ressources et compétences psychosociales (affirmation et estime de soi, gestion des émotions et du stress, capacité à résoudre des problèmes, empathie, renforcement de l'esprit critique (environnement alimentaire, normes véhiculées par les médias/résistance aux stratégies marketing)).

Certains établissements scolaires/classes mettent déjà en place des projets de ce type. Il s'agira donc à la fois de renforcer les projets existants et d'accompagner les écoles dans la mise en œuvre de nouvelles stratégies.

16.2. Favoriser l'insertion d'un chapitre spécifique sur les modes de vie et environnements favorables à la santé dans chaque projet d'établissement

Description : Le projet d'établissement définit l'ensemble des choix pédagogiques et des actions particulières que l'équipe éducative de l'établissement scolaire entend mettre en œuvre, en collaboration avec l'ensemble des acteurs et partenaires de l'école, pour réaliser les projets éducatif et pédagogique du Pouvoir Organisateur (article 67 du décret Missions).

Inclure un chapitre spécifique sur les modes de vie et environnement favorables à la santé dans le projet d'établissement devrait permettre aux parents de faire un choix éclairé par rapport aux priorités de l'établissement concernant ces thématiques.

16.3. Sensibiliser les établissements à une meilleure cohérence entre les messages qu'ils transmettent et les actions menées en leur sein

Description : Les établissements doivent veiller à être cohérents. S'ils organisent des sensibilisations sur la nécessité de mettre en place des modes de vie et des environnements favorables à la santé, il est indispensable que cela se traduisent dans leurs actions (qualité du repas dans les cantines, alternative aux distributeurs de snacks, mesures qui favorisent un mode de vie physiquement actif, activités physiques pas exclusivement centrées sur la performance, etc.).

16.4. Favoriser les échanges de bonnes pratiques liées aux modes de vie et environnements favorables à la santé entre les écoles

Description : Des projets sont régulièrement menés au sein des écoles en lien avec les modes de vie et environnements favorables à la santé. Malheureusement, les expériences positives (qu'elles soient liées à la conception du projet, au processus de mise en œuvre ou aux résultats qu'il a permis d'atteindre) ne sont que trop rarement partagées et exploitées entre établissements scolaires.

Ces échanges de bonnes pratiques permettraient pourtant d'enrichir la réflexion, de donner l'envie à d'autres écoles d'expérimenter certaines démarches de co-construction et de partenariat.

Afin d'atteindre cet objectif, une structure de promotion de la santé pourrait être chargée de recueillir et centraliser toutes les bonnes pratiques mises en place dans les écoles bruxelloises afin de renforcer les modes de vie et environnements favorables à la santé. Cette structure sera par ailleurs chargée de disséminer ces bonnes pratiques à l'ensemble des réseaux d'enseignement.

16.5. Soutenir le renforcement du rôle des professeurs d'éducation physique dans la promotion des modes de vie et environnements sains

Description : Dans la proposition du « Pacte pour un enseignement d'excellence », le cours d'éducation physique est privilégié pour mettre en place les conditions du développement des capacités physiques des élèves, les conditions de leur bien-être corporel et émotionnel (gestion du stress et de l'anxiété, manières de pouvoir s'affirmer sans violence et en respectant les autres, etc.) ainsi que les conditions de leur santé physique (sensibilisation à la nutrition et aux impacts de l'alimentation et des assuétudes sur la santé).

Le professeur d'éducation physique devient donc une personne ressource qui pourrait également être sollicitée dans la mise en œuvre de projet de promotion de la santé au sein des établissements scolaires.

Il semble donc important d'outiller les professeurs d'éducation physique afin qu'ils puissent promouvoir au mieux ces aspects auprès des élèves et mener à bien des projets de promotion de la santé (cf. Stratégie 10).

16.6. Soutenir l'initiative d'augmenter le volume horaire des cours d'éducation physique

Description : Le choix du volume horaire attribué au cours d'éducation physique devrait tenir compte du niveau d'activité physique recommandé par l'OMS pour les enfants et du fait que l'école est, pour un nombre important d'entre eux, le seul endroit où ils pratiquent une activité physique.

Etant donné ces éléments et les nouvelles missions assignées au professeur d'éducation physique dans la proposition du « Pacte pour un enseignement d'excellence », il semble indispensable d'augmenter le volume horaire des cours d'éducation physique.

La proposition du Pacte met en avant ces éléments sans pour autant préciser le nombre de périodes qui devraient être consacrées à cet enseignement.

Stratégie 17. Favoriser une alimentation favorable à la santé, durable et accessible financièrement et culturellement dans les collectivités

Description : Les repas pris en dehors du domicile sont nombreux. Il est donc important d'encourager les écoles, les maisons de repos et/ou de soins, les hôpitaux, les entreprises, les centres sportifs et administrations ainsi que les lieux de rassemblement (soirées, etc.) à proposer une alimentation favorable à la santé, durable et accessible financièrement et culturellement. Les repas livrés à domicile ainsi que les repas préparés à domicile et mangés en collectivité (ex : « repas-tartines » des élèves) devraient également bénéficier de la même attention.

Publics ciblés : Petite enfance, élèves de l'enseignement maternel, primaire et secondaire, supérieur, personnes âgées en MR-MRS, travailleurs, administrations, associations, personnes détenues, personnes en collectivité

Temporalité : Mise en place à court et à moyen terme

Indicateurs :

- Utilisation du guide pratique cantine durable à destination des cantines et restaurants de collectivités, du guide pratique « Chouette on passe à table » dans les milieux d'accueil de la petite enfance et du cahier spécial des charges « Confection et livraison de repas dans des collectivités d'enfants de 3 à 18 ans »
- Mise en place d'une démarche qualité en lien avec l'alimentation des personnes âgées en maisons de repos
- Critères d'une charte alimentaire pour l'accréditation des institutions de repos et/ou de soins

- Taux de personnes âgées dénutries en MR/MRS
- Nombre de collectivités qui facilitent l'accès à l'eau

Acteurs : Responsables institutionnels des collectivités en lien avec les publics cibles, fournisseurs de repas, denrées alimentaires et distributeurs automatiques

Autorités compétentes à impliquer : COCOM (santé), Fédération Wallonie-Bruxelles (Enseignement, Enfance-ONE, Sport), Justice

Certaines « sous-stratégies » ou pistes d'action pourraient être :

17.1. Améliorer la qualité diététique de l'offre alimentaire

Description : La qualité diététique des repas proposés/mangés au sein des collectivités et de ceux livrés à domicile, est variable et pourrait, dans la majorité des cas, être améliorée.

La composition des repas pris dans les collectivités peut par ailleurs participer à l'éducation alimentaire des consommateurs, et par ricochet, à celle de leur famille.

Pistes d'action :

- Renforcer les connaissances du personnel qui travaille dans la restauration collective en matière de qualité diététique et nutritionnelle
- Susciter l'utilisation des différents guides pratiques (« cantine durable à destination des cantines et restaurants de collectivités » et « Chouette on passe à table » dans les milieux d'accueil de la petite enfance) et le cahier spécial des charges « Confection et livraison de repas dans des collectivités d'enfants de 3 à 18 ans »
- Sensibiliser les établissements à l'importance de supprimer les distributeurs automatiques (ou y proposer des aliments plus sains) et les aider à trouver des sources alternatives de revenus (proposer des solutions ou des échanges d'expériences)
- Proposer des collations collectives de qualité dans les écoles
- Sensibiliser les parents et les enfants à la qualité diététique des « repas tartines »
- Renforcer le rôle du diététicien et augmenter le nombre de ses interventions dans les institutions (de repos et/ou de soins mais aussi dans les établissements scolaires) et les entreprises de livraison de repas à domicile, ou faire régulièrement appel à un diététicien extérieur
- Mettre en œuvre une démarche qualité en lien avec l'alimentation des personnes âgées en maisons de repos
- Elaborer des critères pour l'accréditation des institutions de repos et/ou de soins sous forme d'une charte alimentaire, à inclure dans les législations communautaires, régionales et fédérales
- Diffuser la charte alimentaire à toutes les institutions de repos et/ou de soins et organiser une séance avec un diététicien pour en discuter si nécessaire

17.2. Promouvoir la consommation d'eau de distribution

Description : S'hydrater est vital pour notre organisme. Favoriser la consommation d'eau permet de diminuer celles des boissons sucrées et ainsi de réduire le risque surpoids/obésité et de caries.
L'eau de distribution doit être privilégiée puisqu'elle est potable, facilement accessible, bien moins chère (peut être mise à disposition des consommateurs gratuitement) que l'eau en bouteille.

Pistes d'action :

- Rendre accessibles les fontaines, carafes, lavabos et robinets
- Sensibiliser les enseignants à la nécessité de laisser les élèves aller aux toilettes et boire de l'eau dès qu'ils en font la demande

- Sensibiliser les restaurants, les écoles, les centres sportifs, les maisons de repos et/ou de soins, les hôpitaux, les entreprises, les administrations ainsi que les organisateurs d'évènements (soirées, festivals, concerts, etc.) à mettre de l'eau gratuitement à la disposition des consommateurs, à rendre cette action visible
- Sensibiliser les organisateurs de soirées à proposer des boissons non alcoolisées « attractives » (prix, apparence, nom)

17.3. Garantir l'accessibilité financière des repas pris dans les cantines, et plus particulièrement les écoles

Description : Les pouvoirs organisateurs et autres instances décisionnelles doivent être encouragés à mettre en place des politiques de prix afin de garantir l'accessibilité financière des repas pris dans les cantines.

Favoriser un accès à une alimentation favorable à la santé à un prix abordable dans les écoles permettrait par ailleurs de lutter contre les inégalités sociales puisque les enfants de tous les milieux socioéconomiques les fréquentent.

17.4. Sensibiliser les établissements à l'importance que l'offre alimentaire des cantines soit établie en concertation avec toutes les parties prenantes

Description : La mise en place de concertations avec toutes les parties prenantes (exemple pour l'école : direction, enseignants, équipe PSE, parents et enfants) devraient permettre à chacun d'exprimer son avis sur l'offre alimentaire proposée dans les cantines.

Diverses réflexions peuvent ainsi être menées, comme par exemple le fait de prendre en considération ou non les choix et modes de vie alimentaires de chacun (végétarisme, végétalisme, halal, etc.).

Stratégie 18. Améliorer les contextes et environnements de prise de repas dans les collectivités

Description : Manger ne devrait pas être considéré comme un acte mécanique mais bien comme un moment de plaisir. La composition du repas est bien sûr importante, mais d'autres aspects entrent en considération. Il s'agit notamment du temps octroyé au repas (lié à l'organisation du travail ou des périodes scolaires) et de la convivialité des lieux dans lesquels ils sont pris (espace suffisant, décoration, niveau sonore, etc.).

Il est donc nécessaire d'améliorer les contextes et environnements dans lesquels sont pris les repas dans les cantines et collectivités.

Pistes d'action :

- Encourager les établissements à aménager et organiser au mieux les zones réservées aux services alimentaires
- Conscientiser les lieux d'accueil et les écoles à l'importance de prévoir un espace pour que les enfants puissent prendre leur petit déjeuner (ou le compléter)
- Encourager les établissements à rendre les zones réservées aux services alimentaires conviviales et accueillantes
- Encourager les établissements à prévoir un temps suffisant pour la pause déjeuner
- Encourager les entreprises à mettre à disposition des travailleurs un frigo et un four à micro-ondes

Publics ciblés : Petite enfance, élèves de l'enseignement maternel, primaire et secondaire, supérieur, personnes âgées en MR-MRS, travailleurs, administrations, associations, personnes détenues, personnes en collectivité

Temporalité : Mise en place à court et à moyen terme

Indicateurs :

- Intégration dans les projets d'établissement de stratégies pour améliorer l'environnement de prise de repas
- Développement d'espaces repas conviviaux dans les entreprises et collectivités

Acteurs : Responsables institutionnels des collectivités en lien avec les publics cibles

Autorités compétentes à impliquer : Fédération Wallonie-Bruxelles (Enseignement, Enfance-ONE, Sport), COCOM (santé), Justice

Stratégie 19. Lutter contre la dénutrition des personnes âgées

Description : La plupart des personnes âgées sont touchées par une diminution de la synthèse protéique et une diminution de l'appétit. La diversité alimentaire est parfois déficiente, que ce soit à domicile ou en maison de repos et/ou de soins. Tout ceci contribue à des problèmes de dénutrition chez les personnes âgées.

Cet état menace tant leur santé (la dénutrition est un facteur de risque de mortalité) que leur qualité de vie. La dénutrition accroît en effet les risques de dépendance, de multi-pathologies, d'invalidité qui viennent à leur tour renforcer l'état nutritionnel inadéquat.

La prévention de la dénutrition des personnes âgées est donc essentielle. Cela nécessite tout d'abord de garantir à ces dernières une alimentation favorable à la santé et suffisante. Manger devrait ensuite être réassocié aux notions de plaisir et de convivialité.

Les activités qui favorisent l'appétit s'inscrivent par ailleurs dans la prévention des chutes. Ces interventions multifactorielles s'inscrivent donc dans une vision globale de la personne âgée.

Pistes d'action :

- Former les prestataires de soins de première ligne et du personnel des institutions aux spécificités du vieillissement (notamment sur la dénutrition) et au « bien vieillir »
- Mettre en place des procédures d'identification des problématiques et d'accompagnement de l'état nutritionnel des personnes âgées qui vivent à domicile ou en institution par les intervenants de première ligne
- Organiser des ateliers avec les personnes âgées afin de discuter des notions de goûts, d'habitudes alimentaires et de convivialité
- Favoriser les activités physiques des personnes âgées (qui elles-mêmes favorisent l'appétit)
- Impliquer les personnes âgées et leur famille dans la politique de l'institution en matière d'alimentation et de mouvement
- Soutenir les actions (limite du nombre de médicaments, aménagement de l'environnement, achat des bonnes chaussures, soutien communautaire) et les activités visant la prévention des chutes chez les personnes âgées
- Améliorer l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées

Publics ciblés : Personnes âgées en institution ou autonomes

Temporalité : Mise en place à court et à moyen terme

Indicateurs :

- Nombre de prestataires formés sur la (dé)nutrition des personnes âgées
- Taux de dépistage de la dénutrition dans les institutions

- Mise en place d'interventions multifactorielles ou multiples dans les établissements

Acteurs : Responsables institutionnels des collectivités des MR/MRS, personnel de soins, acteurs de promotion de la santé

Autorités compétentes à impliquer : COCOF (affaires sociales), COCOM (santé, affaires sociales)

Stratégie 20. Renforcer et développer les opportunités de pratiquer une activité physique

Description : L'offre d'activités physiques doit être renforcée et développée tant au niveau du quartier que dans les établissements scolaires, dans les entreprises et dans les administrations.

Publics ciblés : Population bruxelloise (petite enfance, élèves de l'enseignement maternel, primaire et secondaire, supérieur, personnes âgées, travailleurs, personnes sans emploi, administrations)

Temporalité : Mise en place à moyen et long terme

Indicateurs :
- Offre d'activités physiques pour les enfants et les jeunes
- Offre d'activités physiques pour les adultes
- Evolution de l'offre d'activité physique par milieu de vie
- Développement de l'offre d'activités qui favorisent le mouvement
- Taux d'encadrement des activités
- Amélioration des infrastructures mises à disposition (espaces publics, écoles, entreprises)
- Guide de bonnes pratiques à l'intention du monde du travail

Acteurs : Acteurs de promotion de la santé, organisations locales qui travaillent en lien avec l'activité physique, responsables institutionnels des collectivités en lien avec les publics cibles

Autorités compétentes à impliquer : Fédération Wallonie-Bruxelles (Enseignement, Sport)

Certaines « sous-stratégies » ou pistes d'action pourraient être :

20.1. Renforcer et développer l'offre d'activités physiques au sein des quartiers

Description : La population bruxelloise doit pouvoir avoir accès à une offre d'activités physiques suffisante et variée. Elle ne doit pas viser uniquement les activités sportives mais également et surtout, les activités qui favorisent le mouvement (ex : mouvement de jeunesse et autres clubs de jeunes, course à pied, randonnée, jardinage et autres activités de plein air).

L'offre doit également être adaptée aux spécificités (âge, sexe, quartier, degré de validité et de pratique, maladie) et aux demandes de la population. Les activités doivent être encadrées par des personnes formées à certains types de public (ex : enfants, personnes âgées, personnes moins actives, moins valides, etc.).

20.2. Encourager les établissements à adopter des mesures qui favorisent un mode de vie physiquement actif

Description : Les établissements scolaires, les entreprises et les administrations doivent être encouragés à mettre en place des mesures qui permettent aux personnes qui fréquentent ces lieux de pratiquer des activités physiques en leur sein (ex : offre d'activité physique proposée en leur sein, incitation à l'utilisation des escaliers) ou en dehors (ex : horaires flexibles) et d'y venir à vélo (ex : mise à disposition de supports à vélo, douches et vestiaires).

Pistes d'action :

- Améliorer les infrastructures et les espaces dédiés aux cours d'activité physique et aux temps-libre à l'école
- Améliorer l'aménagement des cours de récréation en matière d'équipement et de petits matériels, notamment pour favoriser les jeux collectifs
- Mobiliser les parents et les communautés dans l'organisation d'activités extrascolaires au sein et en dehors des écoles
- Encourager la mise en place de modèles d'écoles « qui bougent » dans les projets d'établissement
- Etablir un guide de bonnes pratiques à l'intention du monde du travail pour développer un soutien permettant de favoriser l'activité physique durant la journée de travail
- Stimuler les institutions de repos et/ou de soins à ce que les occasions de pratiquer une activité physique s'inscrivent dans la planification des activités et des soins.

Stratégie 21. Favoriser l'accès financier de la population à une alimentation favorable à la santé et à des activités physiques

Description : Tous les Bruxellois devraient pouvoir avoir accès à une alimentation favorable à la santé. Ce n'est pourtant pas le cas. Ils sont aujourd'hui de plus en plus nombreux à devoir bénéficier d'une aide alimentaire (colis alimentaires, épiceries et restaurants sociaux, etc.).
De même, les prix pratiqués par les clubs de sports ou de fitness ne permettent pas toujours à la population de pouvoir pratiquer une activité sportive régulière.

Il est donc nécessaire de mettre en place des actions afin de favoriser l'accès financier de la population à une alimentation favorable à la santé et aux activités physiques.

Publics ciblés : Population bruxelloise, populations précarisées

Temporalité : Mise en place à moyen et long terme

Indicateurs :

- Nombre de nouvelles initiatives de l'aide alimentaire
- Amélioration de l'accessibilité financière des fruits et légumes pour les populations financièrement les plus vulnérables par des pratiques innovantes
- Adhésion de la population aux interventions des mutuelles
- Incitants fiscaux pour l'adhésion à des activités en lien avec l'alimentation et/ou l'activité physique

Acteurs : structures/volontaires en lien avec l'aide alimentaire, mutuelles

Autorités compétentes à impliquer : Ministre fédéral de la Santé publique

Certaines « sous-stratégies » ou pistes d'action pourraient être :

21.1. Soutenir l'autonomie alimentaire des personnes précarisées

Description : L'aide alimentaire doit pouvoir être mise en œuvre en respectant la dignité des personnes précarisées. Les différentes initiatives mises en place (ex : création de potager, épiceries/restaurants sociaux, groupes d'achats collectifs) visent à garantir un accès le plus autonome possible à une alimentation favorable à la santé.

Pistes d'action :

- Soutenir le projet Solenprim (création, développement et évaluation de dispositifs ou initiatives pilotes permettant aux publics les plus précaires d'accéder durablement à une alimentation favorable à la santé)
- Distribuer des chèques repas (ou équivalents) pour les ménages en difficultés financières

- Soutenir les groupes d'achats collectifs
- Soutenir le secteur de l'aide alimentaire (ex : distribution de colis, épiceries et restaurants sociaux, etc.)

21.2. Soutenir les initiatives visant à favoriser l'accès financier à des activités physiques

Description : Les initiatives favorisant un accès financier à des activités physiques doivent être soutenues afin que l'aspect financier ne soit pas un frein à la réalisation d'une activité physique régulière

Pistes d'action :

- Maintenir et renforcer les interventions des mutuelles dans le montant de l'affiliation à un club sportif et/ou à une activité sportive régulière
- Renforcer les subventions ou incitations fiscales pour l'adhésion à des activités en lien avec l'activité physique
- Faire connaitre les activités physiques organisées par les associations (cf. Stratégie 15)

IX. Bibliographie

- Administration générale de l'Enseignement et de la Recherche scientifique. *Promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique - brochure de promotion de l'eau de distribution au sein des établissements scolaires*. 2009. [En ligne]. www.enseignement.be/index.php?page=23827&do_id=5420&do_check=
- Aujean, S. *Enquête sur le temps de midi dans les établissements de l'enseignement fondamental ordinaire de la région bruxelloise*. Bruxelles : Observatoire de l'Enfant de la Cocof. 2016. [En ligne]. www.spfb.brussels/sites/default/files/asset/document/Rapport%20temps%20de%20midi.pdf
- Barbier, C., Jacobs, M., Ruidant, L. & Taeymans, B. *Plan wallon nutrition santé et bien-être des aînés. Guide pour les maisons de repos, 2012.* [En ligne]. http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/31237_SPW_Br_48pages_Plan_Nutrition_0.pdf
- Béduwé C., Coppieters Y., *et al. Proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française*. CAP Cœur. 2009.
- Boucquiau, A., Thys, M. *et al. Enfant et nutrition : Guide à l'usage des professionnels*. Bruxelles : Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). 2009. [En ligne]. www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/enfant_et_nutrition_one.pdf
- Bureau bruxellois de la planification. *Plan Régional de Développement Durable : projet soumis à enquête publique. 2016*. [En ligne]. www.prdd.brussels/sites/default/files/prdd_fr_web.pdf.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la capitale nationale Québec. Modes de vie et environnements sains et sécuritaires. [En ligne]. www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/sante-publique/promotion-de-la-sante-et-prevention/modes-de-vie-et)
- Chambre des Représentants de Belgique. *Résolution relative à la notification d'un label d'alimentation positive à l'Union européenne*. 2016. [En ligne]. www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1124/54K1124006.pdf
- Communauté française de Belgique. *Décret définissant les missions prioritaires de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre*. [En ligne]. www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/21557_023.pdf
- Conseil supérieur de promotion de la santé, *Recommandations sur le « partenariat » public-privé en matière de promotion de la santé*, Avis du 13 mars 2009.
- Conseil Européen. *Recommandation sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé*. 2013. [En ligne]. http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013H1204(01)&from=FR
- Doumont, D., Hoyois, C., & Taeymans, B. *Quelle place pour la promotion de la santé en milieu professionnel ?* Bruxelles : UCL-RESO. 2012. [En ligne]. www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/DTentreprise14.pdf
- European Commission. *Eurobarometer – Sport and physical activity*. [En ligne]. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_fact_be_en.pdf
- FEDITO BXL asbl. *Politique Drogues et Plan Drogues région de Bruxelles Capitale 2016-2019*. 2015. [En ligne]. http://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2015/Politique_Plan_Drogues_Bruxelles_2016_2019_FR.pdf
- Fond des Affections Respiratoires. *Dispositif stratégique Plan wallon sans Tabac – document de travail*. 2016.
- Gouvernement de la Communauté française. *Deuxième rapport sur la mise en œuvre et l'évaluation de la Politique de Promotion des attitudes saines en Communauté française*. 2009 [En ligne]. www.enseignement.be/download.php?do_id=5959&do_check=

- Gouvernement de la Communauté française. *Politique de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique pour les enfants et les adolescents. 2005.* [En ligne]. www.enseignement.be/index.php?page=5992
- Gouvernement de la Communauté française. *Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008.* 2004. [En ligne]. www.pfwb.be/le-travail-du-parlement/doc-et-pub/documents-parlementaires-et-decrets/documents/000375702
- Gouvernement du Québec. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : Investir pour l'avenir*. 2006. [En ligne]. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-289-08W.pdf
- Groupe central du Pacte pour un enseignement d'excellence. *Pacte pour un enseignement d'excellence : projet d'avis n°3 du groupe central.* [En ligne]. www.pactedexcellence.be/wp-content/uploads/2016/12/Groupe-central-du-Pacte_-Projet-dAvis-N-3-WEB.pdf
- Marpeau, L., & Marret, S. *Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Alcoologie et Addictologie*. 23(4 Suppl). 2001. [En ligne]. www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf
- Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale. *Stratégie Good Food : « vers un système alimentaire durable en Région de Bruxelles-capitale »*. 2015. [En ligne]. http://document.environnement.brussels/opac_css/elecfile/Strat_GoodFood_FR
- Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale. *Vadémécum piéton en Région de Bruxelles-Capitale : Plan piéton stratégique*. 2012. [En ligne]. www.bruxellesmobilite.irisnet.be/static/attachments/news/na/5597/plan-pietons-FR-web.pdf
- Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale. *Vadémécum vélo en Région de Bruxelles-Capitale : Plan Vélo 2010-2015*, 2010. [En ligne]. www.bruxellesmobilite.irisnet.be/static/attachments/articles/na/550/Fietsplan-FR-def-web_.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *La saine alimentation en milieu municipal : Document de réflexion destiné aux acteurs de soutien*. 2015. [En ligne]. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-289-04W.pdf
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes français. *Plan cancer 2014-2019.* 2015. [En ligne]. www.e-cancer.fr/content/download/123552/1485522/file/Plan_cancer_2014-2019-PNRT.pdf
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé français. *Plan obésité 2010-2013*. 2011. [En ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*. 2013. [En ligne]. www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives : Plan d'actions 2016-2017.* 2016. [En ligne]. www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf
- Parlement francophone bruxellois. *Décret relatif à la promotion de la santé*. 2016
- Regroupement pour un Québec en santé. *Plaidoyer pour la concrétisation d'un vaste mouvement collectif en faveur des saines habitudes de vie comme principal vecteur de prévention des maladies et d'amélioration des conditions de vie pour les Québécoises et les Québécois. 2016* [En ligne]. http://pourunquebecensante.org/wp-content/uploads/2016/10/Plaidoyer-Regroupement-fr.pdf
- Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaine alimentaire et Environnement. *Plan national nutrition et santé pour la Belgique 2005-2010*. 2005. [En ligne]. http://www.infor-allaitement.be/pdf/PNNS-B%20DEF.PDF

- Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaine alimentaire et Environnement, FEVIA et COMEOS. *Convention « Alimentation équilibrée »* [En ligne]. www.fevia.be/fr/presse/les-autorites-et-le-secteur-alimentaire-main-dans-la-main-pour-une-diminution-de-5-des-calories-et
- Service d'Information, Promotion, Education Santé (SIPES). *Enquête HBSC de 2014*. Ecole de Santé Publique. Université Libre de Bruxelles (ULB). Document non publié.
- Solidaris – Mutualité socialiste. *Livre blanc - Pour un accès de tous à une alimentation de qualité*. 2014. [En ligne]. www.solidaris.be/Lists/PubDocs/LivreBlancPepsA.pdf
- Van Huyck, C., Béduwé, C., Noël, L. & Baufay, F. *Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues : Carnet 9 résumé et ensemble des actions prioritaires*. Bruxelles : Modus Vivendi. 2014. [En ligne]. http://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2014/11/carnet9.pdf
- Vrijens F, Renard F, *et al. La performance du système de santé Belge Rapport 2012. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2012.* [En ligne]. https://kce.fgov.be/fr/publication/report/la-performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-rapport-2012
- World Health Organization, *A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity : implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*. 2007. [En ligne]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43612/1/9789241595179_eng.pdf.
- World Health Organization. *Activité physique. 2016. Aide- mémoire n°384*. [En ligne] www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/fr/
- World Health Organization. *Alimentation saine. 2015. Aide- mémoire n°394*. [En ligne] www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/fr/
- World Health Organization. *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. 2010. [En ligne] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf
- World Health Organization. *Renoncer au tabac*. [En ligne]. www.who.int/tobacco/quitting/background/fr/index1.html)
- World Health Organization. *Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre*. 2009. [En ligne]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44050/1/9789242597301_fre.pdf
- World Health Organization. *Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025*. Document de travail. 2015. [En ligne] www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/283807/65wd09f_PhysicalActivityStrategy_150474_withCover.pdf
- World Health Organization Tobacco Free Initiative. *Guide pour la mise en place de l'action antitabac.* 2004. [En ligne]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43724/1/9242546585_fre.pdf

Webographie

- Centre Bruxellois de Promotion de la santé (CBPS). *Centre Bruxellois de Promotion de la santé (CBPS)*. www.cbps.be
- Coordination Education & Santé (CORDES asbl). *Cordes*. www.cordesasbl.be
- Cultures & Santé. *Cultures & Santé*. www.cultures-sante.be
- Entr'Aide des Marolles. *Entr'Aide des Marolles*. www.entraide-marolles.be
- Fédération des Maisons Médicales et des collectifs de santé francophones. *Fédération des Maisons Médicales et des collectifs de santé francophones*. www.maisonmedicale.org
- Fédération des Service Sociaux. *Concertation Aide Alimentaire*. www.fdss.be/index.php?page=concertation-aide-alimentaire-3

- Fond des Affections Respiratoires (FARES). *Fond des Affections Respiratoires (FARES)*. www.fares.be/fr
- Fondation contre le cancer. *Tabac stop : arrêter de fumer, c'est possible*. www.tabacstop.be
- Forest quartiers santé. *Forest quartiers santé*. www.f-q-s.be
- Institut Scientifique de Santé Publique, Enquête de Santé. [En ligne]. https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx
- Jeunes, alcool & société. *Jeunes, alcool & société.* www.jeunesetalcool.be
- Le Pélican. *Le Pélican*. www.lepelican-asbl.be
- Le Pélican & Le Centre ALFA. *Aide alcool*. www.aide-alcool.be
- Les pissenlits. *Les pissenlits*. www.lespissenlits.be
- Modus Vivendi. *Modus Vivendi*. www.modusvivendi-be.org
- Office de la naissance et de l'enfance. *Office de la naissance et de l'enfance (ONE)*. www.one.be
- Question Santé. *Question Santé : Des méthodes, des projets, des contenus de réflexion et des outils de travail.* www.questionsante.org
- Question santé. *Manger bouger : Pour s'informer, réfléchir, faire des choix et agir !* www.mangerbouger.be
- Réseau Santé Diabète. *Le réseau Santé Diabète Bruxelles*. http://reseausantediabete.be
- Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). *Société Scientifique de Médecine Générale*. www.promosante-mg.be
- Solidaris – Mutualité socialiste. *Plateforme de débat pour un accès de tous à une alimentation de qualité*. www.alimentationdequalite.be
- Univers santé. *Univers santé : Une asbl de promotion de la santé en milieu jeune et étudiant.* www.univers-sante.be

X. Acronymes

ADEPS	Administration de l'Education Physique et des Sports (Administration générale du Sport)
COCOF	Commission communautaire française
COCOM	Commission communautaire commune
COMEOS	Fédération belge du commerce et des services
FEVIA	Fédération de l'industrie alimentaire
MR	Maison de Repos
MRS	Maison de Repos et de Soins
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PSE	Promotion de la Santé à l'Ecole
SIPES	Service d'Information, Promotion, Education Santé
ULB	Université Libre de Bruxelles
VGC	Vlaamse Gemeenschapscommissie - Commission communautaire flamande

XI. Annexes

Annexe 1 – Evolution de certains indicateurs socio-comportementaux

Ces données sont issues des rapports d'Enquête de Santé réalisés par l'Institut Scientifique de Santé Publique[16].

Tableau 2 : Evolution de certains indicateurs liés au statut nutritionnel

Indicateur	Belgique	Région bruxelloise					Région wallonne	Région flamande
	2013	1997	2001	2004	2008	2013	2013	2013
Indice de masse corporelle (IMC) moyen au sein de la population adulte	25,4	24,3	24,7	24,9	24,7	25,1	25,8	25,3
Pourcentage de la population adulte qui souffre de surpoids (IMC ≥ 25)	48,1	35,5	40,6	39,1	39,8	43,9	50,2	47,7
Pourcentage de la population adulte qui souffre d'obésité (IMC ≥ 30)	13,7	9,2	11,8	11,4	11,9	12,9	16,1	12,6
Pourcentage de jeunes (âgés de 2 à 17 ans) qui souffre de surpoids (IMC ≥ 25)	20	-	-	-	-	23	25	16
Pourcentage de jeunes (âgés de 2 à 17 ans) qui souffre d'obésité (IMC ≥ 30)	7	-	-	-	-	9	9	5
Pourcentage de la population adulte qui souffre de carences pondérales	3,0	4,6	3,5	5,0	4,1	4,1	3,2	2,6

[16] Institut Scientifique de Santé Publique, Enquête de Santé. [En ligne]. https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx

Tableau 3 : Evolution de certains indicateurs socio-comportements liés aux quatre thématiques

Indicateur	Belgique	Région bruxelloise					Région wallonne	Région flamande
	2013	1997	2001	2004	2008	2013	2013	2013
Pourcentage de la population adulte qui prend régulièrement un petit-déjeuner (au moins cinq jours par semaine)	81,0	-	70,9	75,4	-	72,9	72,4	79,4
Pourcentage de la population adulte qui consomme des boissons sucrées chaque jour	24,4	-	-	-	26,5	20,6	27,1	23,7
Pourcentage de la population adulte qui pratique une activité physique suffisante pour avoir un impact positif sur la santé	26,3	-	26,6	22,0	23,1	28,0	24,3	27,3
Pourcentage de la population adulte qui court un risque en matière de santé en raison du manque d'activités physiques de loisir	28,1	41,6	40,3	29,3	33,6	29,3	33,4	25,4
Pourcentage des consommateurs hebdomadaires adultes pour qui la quantité d'alcool consommée par semaine est considérée excessive (femmes >14 verres, hommes > 21 verres)	12,8	14,9	19,5	15,1	13,2	14,4	14,8	11,6
Pourcentage de la population adulte qui fume actuellement	23,2	33,1	31,0	29,8	27,6	23,3	26,1	21,8

Annexe 2 – Recommandations sur le « partenariat » public-privé en matière de promotion de la santé

Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé du 13 mars 2009 remis en réponse à une demande de l'administration.

INTRODUCTION

Le secteur privé semble de plus en plus conscient de ses responsabilités dans le domaine de la santé. Il apparaît aujourd'hui le plus en mesure d'augmenter de manière significative les moyens que tant les pouvoirs publics que le secteur associatif non-marchand peuvent consacrer à la promotion de la santé.

Il y a là des opportunités intéressantes, pour autant que chacun soit conscient de ses droits et de ses devoirs et que des règles claires guident les relations de collaboration entre secteurs privé et public ou associatif. Il existe en effet, à côté des avantages de ces partenariats, des risques importants de dérives et d'effets contreproductifs.

Les recommandations qui suivent ont pour objectif de préciser le cadre dans lequel ces relations peuvent se développer et aussi de formuler quelques conditions jugées indispensables par le Conseil supérieur de promotion santé pour des relations public-privé équilibrées, qui soient profitables au bien commun. Il est également important d'inscrire ces recommandations en regard du public cible des programmes d'action, avec une vigilance particulière pour ceux qui s'adressent aux jeunes.

DÉFINITIONS ET PRÉALABLES

Secteur public et secteur privé

On entend ici par secteur public les services publics et le secteur associatif non-marchand d'intérêt général non lié aux entreprises commerciales ou à but lucratif.

Par secteur privé, on entend ici le secteur d'intérêt privé, en ce compris les entreprises commerciales ou à but lucratif mais également le secteur associatif lié aux entreprises commerciales ou à but lucratif.

Relations public-privé

Le terme de partenariat est un terme qui implique un équilibre, une complémentarité au niveau des objectifs et des enjeux, utilisé notamment pour des collaborations entre intervenants du secteur non-marchand (public et privé). On préférera donc parler ici de relations public-privé (RPP), le terme étant plus neutre.

Conflit d'intérêt

Au cœur des enjeux des relations public-privé se pose la question centrale des conflits d'intérêt. Par conflit d'intérêt, on entend un fait susceptible d'influencer le contenu d'une initiative quelconque dans le sens d'une altération de données, d'opinions, de conclusions d'étude, de valorisation de comportements, etc. Ou encore « une situation dans laquelle le jugement professionnel concernant une **valeur essentielle** (santé de l'individu ou de la collectivité par exemple) est susceptible d'être influencé de manière excessive par un **intérêt secondaire** tel que le gain financier » (NEJM, 1993).

Les intérêts soumis à conflit sont variés, dont tout d'abord le bénéfice financier, mais également le souhait de valorisation d'un individu ou d'une institution, la volonté des pouvoirs publics de faire des économies, la recherche du scoop, etc.

La question n'est pas ici de porter un jugement sur ces intérêts, qui peuvent par ailleurs constituer des motivations positives et légitimes, mais bien d'indiquer l'ensemble des faits qui paraissent relever du conflit d'intérêt ou qui pourraient donner lieu à tel conflit (il est important de prendre en compte tout conflit d'intérêt potentiel avant de conclure une relation public-privé, voire même toute situation pouvant être perçue comme ayant été influencée).

Ces conflits d'intérêt sont sans doute inévitables. L'objectif de ces recommandations est de permettre de les déceler, de les encadrer et de les gérer dans l'objectif du bien-être public.

Secteur initiateur
Au préalable, il convient de distinguer les projets selon le secteur qui en est le concepteur et de préciser à quelle demande on répond.

Il y a 3 situations de conceptions :
1. le secteur privé qui viendrait solliciter une collaboration auprès du secteur public ;
2. le secteur public construit le projet et sollicite ultérieurement la participation du privé ;
3. les deux secteurs construisent ensemble le projet.

Les demandes peuvent se formuler sous 4 formes :
- une demande de collaboration émanant du privé (sans impact budgétaire) ;
- une demande de collaboration (avec cofinancement) émanant du privé ;
- une demande de collaboration (avec cofinancement) émanant du public ;
- une demande de financement pour un projet qui bénéficie déjà de fonds privés.

Le secteur public doit être le garant du respect de l'intérêt général en matière de santé et imposer cette priorité au secteur privé en cadrant la relation public-privé par des balises.

Lorsque le secteur privé sollicite la collaboration du public (avec ou sans financement), il faut non seulement établir des conditions de collaboration pour gérer les conflits d'intérêts, mais aussi veiller à établir la qualité du projet en termes de santé publique et respecter les principes d'une approche de promotion de la santé.

RECOMMANDATIOS

Certaines recommandations constituent des conditions indispensables à respecter dans le cadre des relations public-privé. D'autres apparaissent comme souhaitables dans un projet de relations public-privé. Les recommandations portent :
- soit sur l'entreprise issue du secteur privé,
- soit sur le projet,
- soit sur les modalités de collaboration.

CONDITIONS CONCERNANT L'ENTREPRISE

1. **Clarifier les conflits d'intérêt** : il est nécessaire dans un but de transparence d'identifier dès le départ les conflits d'intérêt existants ou potentiels et de clarifier au maximum les enjeux, les objectifs poursuivis par la relation public-privé ainsi que ses inconvénients. Le privé doit s'engager à s'impliquer dans l'atteinte des objectifs fixés. Il doit énoncer ses objectifs propres à la base de l'engagement dans le projet et détailler les retombées attendues dans le cadre de ses activités commerciales ou autres.

2. **Etre en cohérence avec la santé** : l'implication en matière de santé de l'entreprise dans son propre domaine d'activité doit être prise en considération (par exemple que fait telle entreprise au niveau de l'offre de produits sains ?). Les activités, les processus de production et les produits commercialisés de l'entreprise privée ne peuvent être contraires aux objectifs de santé poursuivis.

3. **Assumer sa responsabilité sociale** : il s'agit donc de prendre en considération :
   - son impact quant aux finalités de santé,
   - ses conditions de travail (normes de l'OIT),
   - l'impact des activités de l'entreprise sur l'environnement,
   - le respect des droits de l'homme.

CONDITIONS CONCERNANT LE PROJET

1. **Proposer un projet de qualité** : la qualité du projet sera évaluée à l'aune des outils d'analyse existant en promotion de la santé et en santé publique. Les objectifs seront cohérents avec l'importance de la problématique pour les populations concernées et avec l'efficacité présumée des moyens proposés. On sera attentif aux choix éthiques sous-tendant ce projet : prévoit-il d'agir sur d'autres

leviers que les connaissances et comportements individuels ? Favorise-t-il le renforcement de la maîtrise des individus et des groupes sur leur milieu de vie ? Implique-t-il d'autres professionnels que ceux du secteur des soins ? Permet-il d'atténuer les inégalités sociales en santé ? Enfin, on veillera à ce que ce projet prévoie une évaluation de son déroulement et de ses effets, sans oublier les effets non attendus au départ.

2. L'apport du privé ne doit pas altérer la pertinence du projet. Plus précisément, il doit en respecter les objectifs, le plan d'action et le mode d'évaluation. Il doit s'inscrire dans les choix éthiques posés au préalable dans la définition du projet ou du programme.

3. Le secteur public doit avoir le pouvoir de décision sur le projet : respect et maintien de l'autonomie de décision et de contrôle dans les mains de l'intervenant public ou de l'organisation de promotion de la santé.

4. L'apport du privé doit survenir en aval de la conception du projet : la conception d'un projet en promotion de la santé réalisé avec une part de financement privé doit être le fait du secteur public qui en garde la maitrise. Il est considéré en effet que les initiatives visant la santé mais émanant de firmes commerciales répondent davantage à des objectifs privés (commerciaux) qu'à la recherche du bien-être public.

5. L'apport du privé doit permettre de renforcer le projet en rendant possible une diversification des interventions et des ressources.

CONDITIONS CONCERNANT LES MODALITÉS DES RELATIONS PUBLIC-PRIVÉ

1. Sources de financement : un projet en promotion de la santé devrait en tout premier lieu indiquer clairement d'où lui vient son financement, et d'où vient le financement de l'institution qui en est le promoteur et/ou l'exécutant.

2. Convention : il est indispensable d'établir une convention écrite entre les deux parties définissant les modalités de la relation public-privé et notamment les objectifs, les conditions générales, les apports respectifs (ressources humaines et financières des deux parties), des dates claires de début et de fin de collaboration, une clause prévoyant une procédure permettant l'arrêt immédiat de la collaboration en cas de non-respect d'une des conditions, une clause précisant l'éventuelle utilisation du nom du programme et/ou d'un label aussi bien pendant la durée de la relation qu'après la fin du projet.

3. Publicité et mention : le projet issu de la relation public-privé ne doit impliquer aucune publicité directe pour un produit ou un service commercial ; le nom de l'organisme du secteur privé peut être cité mais ne peut prendre le pas sur l'objectif du projet.

4. Relations sectorielles : il est souhaitable de proposer des relations public-privé sectorielles plutôt qu'avec une seule entreprise et diversifier au maximum les sources de financement.

5. Avis indépendant : il peut être utile de faire examiner le projet de relation public-privé par un organe indépendant garant de l'éthique et de l'intérêt général qui rendrait avis. Le Conseil supérieur de promotion de la santé pourrait jouer ce rôle. Ceci devrait, pour être effectif, faire l'objet d'une réglementation.

6. Lignes directrices : il est souhaitable que l'entreprise privée déclare son adhésion à une charte ou à des lignes directrices existantes ou à définir.

7. Fonds public : il est souhaitable que soit créé un fonds public, qui apporte toutes les assurances en termes d'intégrité et de transparence, qui serait alimenté par des contributions provenant du secteur privé et qui permettrait de soutenir des projets gérés par le secteur non-marchand.