PROPOSITION DE PLAN DE PROMOTION DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Volume 1

Programmation générale

Septembre 2009
Table des Matières

I. AVANT-PROPOS ................................................................. 5

II. STRUCTURE DE LA PROPOSITION DE PLAN .............................. 6

III. COMMENT ABORDER CE DOCUMENT .................................... 7

IV. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE ........................................... 8
   1. Le volet cardiovasculaire du plan communautaire opérationnel ........... 8
   2. Une proposition basée sur une démarche participative et multisectorielle ... 9

V. À PROPOS DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE ............................... 10
   1. LA SANTÉ DU CŒUR EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ....................... 10
   2. DES FACTEURS DE RISQUE EN LIEN AVEC LES MODES ET LES CONDITIONS DE VIE ............. 11
      A / Recommandations en matière d’alimentation ........................................ 11
      B / Recommandations en matière d’activité physique ................................... 12
      C / Recommandations en matière de tabagisme .......................................... 13
      D / Dépistage et suivi du risque cardiovasculaire global ............................ 14
   3. UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE ............ 15
   4. DES OUTILS SPÉCIFIQUES POUR UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ ......... 16
      A / Les unités de concertation ................................................................. 16
      B / L’outil de catégorisation des résultats ............................................... 16
   5. DES ENJEUX DE SOCIÉTÉ ...................................................... 17
      A / La participation des bénéficiaires ...................................................... 17
      B / La réduction des inégalités sociales de santé .................................... 17

VI. OBJECTIFS PRIORITAIRES .................................................. 18
   OBJECTIF PRIORITAIRE 1. AMÉNAGER LES CADRES DE VIE ET LES INFRASTRUCTURES .......... 20
      A / En vue de favoriser un style de vie favorable à la santé (activité physique, mobilité douce, alimentation saine) ainsi que la construction du lien social entre individus ............ 20
      B / Enjeux de société ........................................................................ 21
         Favoriser la participation des bénéficiaires
         Réduire les inégalités sociales de santé
   C / Grille récapitulative ........................................................................ 22
   OBJECTIF PRIORITAIRE 2. DÉVELOPPER DES OFFRES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ............ 23
      A / En vue de favoriser l’adoption de styles de vie favorables à la santé (activité physique, mobilité douce, alimentation saine, environnements sans tabac, détente...) ........................................ 23
      B / En vue de favoriser les ressources psychosociales des individus et le développement de compétences personnelles favorables à la santé ................................................................. 24
      C / En vue de favoriser le développement de liens sociaux et de capacités relationnelles ............. 25
      D / Enjeux de société ........................................................................ 25
         Favoriser la participation des bénéficiaires
         Réduire les inégalités sociales de santé
   E / Grille récapitulative ........................................................................ 27
OBJECTIF PRIORITAIRE 3. DÉVELOPPER DES OFFRES DE SANTÉ ET DE SOUTIEN SOCIAL DE PROXIMITÉ
  A / Développer l’offre et sa qualité ................................................................. 29
  B / Développer des habitudes et des compétences personnelles pour l’adoption de modes de vie favorables à la santé, au dépistage et au traitement ........................................... 30
  C / Enjeux de société ......................................................................................... 31
     Favoriser la participation des bénéficiaires
     Réduire les inégalités sociales de santé
  D / Grille récapitulative .................................................................................. 32

OBJECTIF PRIORITAIRE 4. FAVORISER L’ACCESSIBILITÉ AUX INFRASTRUCTURES AINSI QU’AUX OFFRES DE SANTÉ, DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE SOUTIEN SOCIAL ................................................................. 33
  A / D’un point de vue social et culturel ............................................................. 33
  B / D’un point de vue financier ........................................................................ 34
  C / D’un point de vue physique (géographique et logistique) ......................... 34
  D / Enjeux de société ......................................................................................... 35
     Favoriser la participation des bénéficiaires
     Réduire les inégalités sociales de santé
  E / Grille récapitulative .................................................................................. 36

OBJECTIF PRIORITAIRE 5. MOBILISER LES ACTEURS POLITIQUES ET LES RESPONSABLES INSTITUTIONNELS ........................................................ 38
  A / Sensibiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels à leur rôle en matière de promotion de la santé et du bien-être de la population ........................................ 38
  B / Adopter des réglementations, des mesures et des modifications organisationnelles favorables à la santé de la population ......................................................... 38
  C / Mobiliser des moyens pour développer des cadres de vie et des offres favorables à la santé de la population ................................................................. 40
  D / Enjeux de société ......................................................................................... 40
     Favoriser la participation des bénéficiaires
     Réduire les inégalités sociales de santé
  E / Grille récapitulative .................................................................................. 41

OBJECTIF PRIORITAIRE 6. SOUTENIR LES PROFESSIONNELS ET RENFORCER LEURS ACTIONS AUPRÈS DE LA POPULATION ................................................................. 43
  A / Développer les compétences des professionnels en matière de promotion de la santé, de dépistage des facteurs de risque, de suivi individuel et de soutien social ........................................ 43
  B / Développer des outils qui soutiennent l’action des professionnels ............... 44
  C / Développer des structures de soutien pour les professionnels .................. 45
  D / Enjeux de société ......................................................................................... 45
     Favoriser la participation des bénéficiaires
     Réduire les inégalités sociales de santé
  E / Grille récapitulative .................................................................................. 46

OBJECTIF PRIORITAIRE 7. ASSURER ET COORDONNER LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN (OBJECTIF TRANSVERSAL DE GESTION) ................................................................. 48
  A / Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités du Plan ......................... 49
  B / Assurer le contrôle de qualité et l’évaluation de la mise en œuvre du Plan .... 49
  C / Favoriser les mécanismes de financements des activités du Plan ................ 50
  D / Grille récapitulative .................................................................................. 50

VII. REMERCIEMENTS .................................................................................. 51

VIII. SOURCES ............................................................................................... 52

IX. ANNEXE : PARCOURS DE LECTURES ....................................................... 55
I. Avant-propos

A l’initiative de la Ministre de la Santé de la Communauté française, un groupe de travail réunissant principalement des professionnels de la promotion de la santé a été constitué pour élaborer le volet cardiovasculaire du Plan Communautaire Opérationnel (PCO) de la Communauté française, une des priorités du Programme quinquennal. Ce groupe de travail a été élargi et institué en Comité de Pilotage. Pour l’aider dans son travail, la Cellule d’Appui au Plan Communautaire Opérationnel cardiovasculaire – la CAP Cœur – a été mise en place pour travailler à l’opérationnalisation du Plan.

Composition de la CAP Cœur :
- Ecole de Santé Publique de l’Université Libre de Bruxelles : Cécile Béduwé, Yves Coppieters et Alain Levêque ;
- Centre d’Éducation du Patient asbl : Jean-Luc Collignon ;
- Promo Santé et Médecine Générale asbl : Valérie Hubens.

La Proposition de Plan de Promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique – Volumes 1 et 2 – est destinée aux membres du Conseil supérieur de la promotion de la santé auxquels elle sera soumise. Si celle-ci est acceptée, elle constituera le Volet cardiovasculaire du Plan Communautaire Opérationnel (PCO) en Communauté française pour les cinq années à venir.

Cette proposition a été rédigée par la CAP Cœur encadrée par le Comité de Pilotage, à partir des éléments et des productions issus du processus de concertation d’acteurs démarré en 2008.

Les institutions qui se sont impliquées dans la démarche méthodologique ou l’organisation des unités de concertation sont (par ordre alphabétique) :
- l’APES-ULg, Carolo Prévention santé asbl, le CLPS de Liège, Coordination Education & Santé - Cordes asbl, l’Ecole de Santé Publique de l’ULB, l’Observatoire de la santé du Hainaut (OSH), l’ONE, Question Santé asbl, le RESO-UCL, SIPES-ULB, la Société Scientifique de Santé au Travail (SSST), Univers Santé asbl.

Ce document doit être référencé de la manière suivante :
II. Structure de la proposition de Plan

La proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française se compose de deux volumes.

Le volume 1 s’articule de la manière suivante :
– Les chapitres 1 à 4 dressent le cadre de la proposition de Plan de Promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique (PCO cardiovasculaire3), en rappellent le contexte, présentent la méthodologie ayant servi à son élaboration, précisent les niveaux de lecture du document ainsi que la manière de l’appréhender en fonction de son profil professionnel.
– Le chapitre 5 introduit les caractéristiques des maladies cardiovasculaires et les recommandations en lien avec divers facteurs de risque.
– Le chapitre 6 présente les objectifs prioritaires de la proposition de Plan, les objectifs intermédiaires, ainsi que des pistes d’actions à mener. Y sont également présentés les enjeux de société à tenir en compte de manière systématique dans tout programme ou projet de prévention et promotion de la santé cardiovasculaire mené, à savoir :
  • favoriser la participation des bénéficiaires ;
  • réduire les inégalités sociales de santé.

A la fin de chaque partie consacrée à un objectif prioritaire, les objectifs intermédiaires en lien sont synthétisés dans une grille qui pointe les programmations spécifiques (par milieux de vie, publics ou acteurs cf. le volume 2) où ils figurent. Quelques objectifs ne sont cependant pas reliés à une programmation en particulier. Ils sont le fruit de divers échanges entre professionnels notamment au cours d’ateliers organisés à l’occasion d’une journée de réflexion en 20084. Les thématiques concernées sont également spécifiées : activité physique, alimentation, tabac, stress, bien-être, lien social, soutien social, «empowerment».

Le volume 2 présente les programmations spécifiques et les recommandations visant les milieux de vie, publics cibles et acteurs suivants :

1. la petite enfance ;
2. l’enseignement fondamental et les temps extrascolaires ;
3. l’enseignement secondaire et les temps extrascolaires ;
4. l’enseignement supérieur et universitaire ;
5. le monde du travail ;
6. les seniors actifs ;
7. les colloques singuliers ;
8. les pouvoirs locaux ;
9. les populations fragilisées.

3 Volet cardiovasculaire du Plan Communautaire Opérationnel (PCO).
4 Cf. point IV.2. Une proposition basée sur une démarche participative et multisectorielle.
III. Comment aborder ce document

La proposition de Plan est à appréhender selon deux niveaux :

- Premièrement, elle doit servir de cadre d’action pour les acteurs en lien avec les milieux de vie et les publics ciblés. Celui-ci ne se veut pas contraignant mais doit plutôt être appréhendé comme un cadre de référence pour guider tout acteur qui souhaiterait développer un volet, des stratégies ou ne fût-ce que des actions dans le cadre de la santé cardiovasculaire.

- Deuxièmement, la programmation s’adresse aux responsables institutionnels et politiques en charge de diverses compétences dont la prévention et la promotion de la santé en Communauté française, ainsi qu’à d’autres niveaux de pouvoir concernés (au niveau fédéral, régional ou local).

Comment aborder ce document en regard de son profil professionnel

Nous proposons des « parcours de lecture » qui permettront aux différents professionnels concernés par la prévention et la promotion de la santé cardiovasculaire d’identifier plus facilement les stratégies et pistes d’action se rapportant à leurs publics cibles ou leur milieu d’intervention. Par ailleurs, s’il le souhaite, il lui sera également possible de découvrir les autres stratégies et d’en retirer des éléments complémentaires.

Six parcours de lecture ont été identifiés :

1. pour les acteurs de la promotion de la santé (y compris les Services de promotion de la santé à l’école et les Centres psycho-médico-sociaux pour la Communauté française) ;
2. pour les professionnels de santé en contact direct avec les patients (y compris la médecine du travail) ;
3. pour les travailleurs sociaux ;
4. pour les acteurs de la petite enfance, de la jeunesse, de l’éducation, du sport ;
5. pour les responsables institutionnels (directeurs d’organismes, responsables de services) des différents secteurs ;
6. pour les acteurs politiques (tous niveaux de compétences).

CES PARCOURS SONT DISPONIBLES EN ANNEXE.
IV. Contexte et méthodologie

1. Le volet cardiovasculaire du Plan Communautaire Opérationnel

Le décret\(^6\) portant sur l’organisation de la promotion de la santé et de la médecine préventive en Communauté française définit l’élaboration d’un Programme quinquennal de promotion de la santé et d’un Plan communautaire opérationnel (PCO). Le premier a une portée plus stratégique et définit des principes d’action, les acteurs à mobiliser et les problématiques prioritaires. Le PCO, quant à lui, se veut une déclinaison plus concrète et définit des champs d’actions prioritaires\(^7\).

En Communauté française, le Programme quinquennal de promotion de la santé a institué la prévention et la promotion de la santé cardiovasculaire comme l’une de ses priorités.

Il est apparu nécessaire de réfléchir à un mode d’opérationnalisation du volet cardiovasculaire – plus communément désigné par les termes «PCO cardiovasculaire» – tenant compte de la complexité de la problématique et de la réalité des nombreux acteurs et publics concernés.

Les pathologies cardiovasculaires sont une priorité de santé publique qui dépasse la problématique cardiovasculaire au sens strict. D’un côté, les facteurs de risque et les déterminants associés aux pathologies cardiovasculaires sont également associés à d’autres problématiques de santé. D’un autre côté, les approches «innovantes» de santé, qui se centrent entre autres sur les déterminants de la santé physique, psychique et sociale (sans référence à une pathologie particulière), et sur la participation des acteurs, touchent aussi le champ des pathologies cardiovasculaires. Les stratégies de prévention et de promotion de la santé du PCO cardiovasculaire chevauchent et pourront donc renforcer les stratégies d’autres problèmes de santé. De même, les priorités d’actions en matière cardiovasculaire permettront donc aussi d’agir sur les déterminants d’autres pathologies chroniques telles que celles liées à la problématique des cancers.

\(^6\) Décret du 14/7/1997 (révisé notamment le 17/7/2003).
2. Une proposition basée sur une démarche participative et multisectorielle

Du domaine plus strict de la santé, en passant par le tabagisme, l’activité physique, l’alimentation, le stress, etc., la thématique cardiovasculaire est rendue particulièrement complexe par l’éventail très large des publics, secteurs et professionnels concernés. Il a donc été décidé de mettre en place un processus de concertation, participatif et multisectoriel, afin d’élaborer un PCO cardiovasculaire tenant compte des multiples réalités de terrain ainsi que des attentes des professionnels et des relais concernés.

Pour mettre en place ce processus d’échanges et de concertation, des «unités de concertation» (UC) ont été constituées de façon à identifier des objectifs opérationnels qui pourraient être mis en œuvre dans un délai de deux à cinq ans.

Au nombre de neuf, les UC étaient composées de dix à quinze participants et visaient soit des milieux de vie des bénéficiaires, soit des groupes de la population, soit des acteurs (professionnels de santé et/ou responsables institutionnels, acteurs politiques). Il s’agissait des unités : Petite enfance, Enseignement fondamental et temps extrascolaires, Enseignement secondaire et temps extrascolaires, Enseignement supérieur et universitaire, Monde du travail, Seniors actifs, Colloques singuliers, Pouvoirs locaux et Populations fragilisées.

En outre, deux journées consacrées au futur PCO cardiovasculaire rassemblant une centaine d’acteurs8 ont permis de poursuivre la réflexion.

Chaque unité de concertation a produit une programmation ou des recommandations spécifiques9. C’est principalement à partir de ces programmations, et en partie de la journée d’Échanges organisée en avril 200810, qu’ont été déterminés les objectifs prioritaires et intermédiaires, ainsi que les pistes d’actions11, à la base de la proposition de Plan. Ceux-ci sont présentés dans les chapitres suivants.

Les points forts de la démarche participative :

- la mobilisation d’acteurs de différents secteurs ;
- des programmations tenant compte des réalités de terrain ;
- la définition d’une stratégie globale et intégrée qui s’étend à une grande variété de déterminants de la santé et qui concerne toute la durée de la vie (de la petite enfance aux seniors).

---

9 «Journée forum de réflexion et d’échanges pour un Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française», le 29 avril 2009, au Charleroi Espace Meeting Européen (CEME), à Charleroi.
11 «Journée forum de réflexion et d’échanges pour un Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française», le 29 avril 2009, au Charleroi Espace Meeting Européen (CEME), à Charleroi.
12 L’objectif prioritaire 7 (Assurer et coordonner la mise en œuvre du Plan - Objectif transversal de gestion) ainsi que des objectifs intermédiaires et actions en découlant, ne sont pas issus des échanges au sein des unités de concertation.
V. À propos de la santé cardiovasculaire

1. La santé du cœur en Communauté française

Une des priorités de la Communauté française en termes de promotion de la santé et de médecine préventive sont les maladies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux qui restent la principale cause de mortalité dans notre pays.

Chaque année, près de 38 000 Belges décèdent des conséquences de ces maladies, soit environ un tiers du total des décès. Ces pathologies représentent également un fardeau considérable en terme de morbidité : l’angine de poitrine, l’infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les artériopathies des membres inférieurs. Celles-ci sont pourtant évitables dans une large mesure.

Dix pour cent des adultes belges (de 30 à 75 ans) se situent dans la catégorie à haut risque cardiovasculaire. Beaucoup l’ignorent et c’est surtout parmi cette population que se produisent les événements cardiovasculaires.

Parmi près de 200 facteurs de risque recensés dans la littérature scientifique pour les maladies cardiovasculaires, huit sont prioritaires et identifiables par les médecins généralistes et autres cliniciens en pratique courante. Une liste mnémotechnique permet de se les rappeler aisément : A (âge), B (briquet : tabac) ; C (cholestérol perturbé), D (diabète), E (événement cardiovasculaire personnel), F (antécédents familiaux d’événements cardiovasculaires), G (graisse : excès de graisse, de BMI ou de tour de taille abdominal), H : (hypertension artérielle). Plusieurs de ces facteurs de risque sont communs à d’autres maladies tout aussi péjoratives, comme la plupart des cancers.

Par ailleurs, en amont des facteurs de risque de ces maladies, les déterminants sociaux de la santé interviennent largement : un gradient social existe pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. A quelques rares exceptions près, les gradients sociaux de santé se retrouvent encore aujourd’hui pour chaque problématique de santé en termes de mortalité et morbidité. Souvent confrontées à de multiples difficultés (logement insuffisant, pouvoir d’achat réduit, surendettement, problème d’insertion professionnelle, difficultés à se chauffer…), les personnes défavorisées sont plus vite malades, plus souvent malades et meurent plus tôt. A titre d’exemple, les personnes dont le niveau d’instruction est bas souffrent davantage de maladies telles que le diabète, l’hypertension artérielle, les pathologies cardioïdiques, etc. On dénombre également plus de cas d’obésité dans les couches moins scolarisées. Le BMI y est en moyenne plus élevé (26,2 versus 24,2). On note également des différences en termes de styles de vie et de comportements en lien avec l’état de santé. Au sein des couches de la population moins instruites, la consommation de légumes et de fruits est moins fréquente, tout comme la pratique d’une activité physique durant les temps de loisir. C’est également chez les personnes moins scolarisées que l’on compte la part la plus importante de fumeurs.


22 Body mass index ou encore indice de masse corporelle (IMC).

2. Des facteurs de risque en lien avec les modes et les conditions de vie

Si certains facteurs de risques tels que l’âge, le sexe ou l’hérédité sont déterminés, la plupart peuvent évoluer. Parmi ces derniers figurent le tabagisme, l’hypertension artérielle et l’excès de cholestérol, l’obésité, le diabète, le stress et la sédentarité. Ils sont souvent intimement liés aux comportements individuels et aux conditions et modes de vie : manque d’activité physique, alimentation déséquilibrée, habitudes tabagiques, abus d’alcool, excès chronique de stress, etc. La plupart du temps, la connaissance de la présence de ces facteurs de risque est sous-estimée au niveau de la population.

Nous nous limiterons ici à trois types de facteurs de risque importants, souvent pris en compte dans les programmes de promotion de la santé cardiovasculaire : l’alimentation (y compris la consommation d’alcool), la sédentarité (versus l’activité physique) et le tabagisme. Nous les aborderons sous forme de recommandations. Nous nous intéresserons ensuite à la notion de dépistage de facteurs de risque global.

A / RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D’ALIMENTATION

Selon la Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs de la Commission européenne (DG SANCO de l’Union européenne), la consommation de fruits et légumes est inférieure aux recommandations, en particulier dans le Nord de la Communauté européenne et dans la plupart des groupes socio-économiques défavorisés, et l’apport en graisses, en particulier saturées, est élevé dans presque tous les Etats membres. De même, l’Enquête nationale de consommation alimentaire montre une consommation extrêmement faible de fruits : entre un tiers et la moitié des personnes interrogées à peine consomment quotidiennement des fruits ; 10 à 15 % mangent un fruit moins d’une fois par semaine.

Pourtant, la consommation de fruits et légumes compte parmi les comportements alimentaires les plus souvent rapportés dans la littérature comme étant protecteurs pour la santé : les vitamines, antioxydants et fibres constituent des facteurs protecteurs contre les maladies cardiovasculaires et les cancers. Et si les graisses végétales poly- ou mono-insaturées sont indispensables, en quantités restreintes, à l’organisme, les graisses saturées nuisent à la santé.

En matière de risques cardiovasculaires, le Plan National Nutrition-Santé pour la Belgique (PNNS-B) prône essentiellement :

- l’adaptation entre apports et dépenses énergétiques ;
- la consommation d’au moins 400 grammes de fruits et légumes par jour et l’augmentation de la consommation de fibres alimentaires ;
- la diminution de petits mangeurs de fruits et légumes surtout chez les écoliers et adolescents ;
- la limitation de la consommation des graisses totales (moins de 35 % de l’apport énergétique total recommandé) ;
- l’amélioration de la composition des apports en lipides ;
- la promotion de la consommation de glucides (min. 50 % de l’apport énergétique total recommandé) surtout complexes et la réduction de la consommation de glucides simples ajoutés ;
- la réduction de la consommation de sel ;
- la promotion de l’eau comme boisson (au moins 1,5 l par jour) ;
- la promotion de l’allaitement maternel.


Il est également important de préciser que les comportements nutritionnels et les problèmes alimentaires sont influencés par l’accès à une alimentation de qualité favorable à la santé (dans lequel persistent des inégalités sociales de santé), l’offre et la disponibilité alimentaires, les aspects environnementaux, etc. En effet, si les aliments disponibles sont de qualité médiocre, cela aura un impact sur la consommation de la population. Une attention particulière doit être portée à ce niveau.

24 Pour plus de détails, voir le site : http://www.0-5-30.com
25 «Common nutritional trends in the EU», DG SANCO.
27 http://www.mangerbouger.be
28 Fondation contre le cancer : http://www.cancer.be
34 http://www.alcooletgrossesse.be
B / RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D’ACTIVITÉS PHYSIQUES

Les recommandations scientifiques se déclinent souvent, d’une part, pour la population générale et, d’autre part, pour le public plus particulier des enfants et des adolescents.

Pour la population générale, les recommandations sont :
- un minimum de 30 min/jour d’activités physiques d’une intensité modérée ; des bénéfices notables apparaissent pour les personnes sédentaires qui passent à environ 200 minutes par semaine (soit 30 minutes par jour) d’activités physiques d’intensité modérée. Les bénéfices augmentent encore au-delà mais à partir de 5 heures par semaine, l’accroissement du bénéfice est moins net ;
- la prise en compte de la notion de plaisir dans l’activité physique afin de viser des attitudes favorables sur le long terme ;
- le maintien de la régularité dans la pratique tout au long de l’année ;
- une initiation modérée et une augmentation progressive des dépenses énergétiques pour les personnes sédentaires depuis plusieurs années ;
- une préférence pour les activités physiques susceptibles de bien s’intégrer à son mode de vie et une adaptation du type d’activité en fonction des saisons.

Pour les enfants et les adolescents :
Chez les enfants, la pratique d’une activité physique :
- favorise le développement musculaire, la croissance, la coordination des mouvements et la socialisation (notamment par des jeux actifs) ;
- augmente la probabilité de maintien de l’activité physique dans le temps si elle démarre dès le jeune âge.

Les recommandations pour les enfants et adolescents, émanant de conférences de consensus, sont :
- être physiquement actifs (presque) tous les jours à l’école, à la maison, en plein air en pratiquant des activités variées comme le sport, l’entraînement structuré et l’éducation physique, des déplacements et des loisirs actifs ;
- pratiquer des activités physiques d’intensité moyenne ou plus élevée trois fois ou plus chaque semaine pendant au moins 20 minutes par séance, comme des activités physiques ou sportives pour les enfants, et pour les adolescents des activités physiques d’entraînement musculaire avec résistance ;
- totaliser un minimum de 60 minutes par jour d’activités physiques d’intensité modérée ou plus élevée sous forme de sports, jeux ou activités de la vie quotidienne ;
- viser cet objectif de manière progressive pour des jeunes inactifs ;

La pratique d’une activité physique est de plus directement en lien avec l’existence d’infrastructures, leur accès et disponibilité, et l’existence d’encadrement ou d’organisation d’événements facilitant cette pratique.

36 La modération se réfère à une pratique physique hors contexte sportif (marcher, monter les escaliers…) ou dans le cadre d’une activité sportive sans esprit de performance.
C / RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE TABAGISME

La consommation de tabac est l’un des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables les plus importants. C’est également le facteur qui, en cas d’élimination, a l’impact le plus notable sur la diminution du risque de développer une maladie cardiovasculaire39,40.

C’est l’abstinence qui est recommandée en ce qui concerne le tabagisme et donc l’arrêt pour les fumeurs. L’arrêt du tabac doit être conseillé et soutenu chez tous les fumeurs41-44. Cependant, le sevrage tabagique est difficile et les «rechutes» sont fréquentes. Celles-ci sont normales, elles font partie de ce que l’on appelle le cycle du fumeur43,44. Elles doivent être considérées non pas comme des échecs mais bien comme des expériences dont les enseignements seront utiles pour les prochaines tentatives à l’arrêt.

Les avantages de l’arrêt sont nombreux que ce soit à court terme ou à long terme :

<table>
<thead>
<tr>
<th>Temps</th>
<th>Effet</th>
<th>Détail</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Après 20 minutes</td>
<td>La pression sanguine, la fréquence cardiaque et la circulation périphérique s’améliorent.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Après 8 heures</td>
<td>Le niveau de monoxyde de carbone diminue et le niveau d’oxygène augmente.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Après 24 heures</td>
<td>Le CO est éliminé. Les poumons commencent à éliminer le mucus et les autres résidus de fumée, le patient tousser ! Les risques de crise cardiaque commencent déjà à diminuer.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Après 48 heures</td>
<td>Toute la nicotine a quitté l’organisme. L’odorat et le goût s’améliorent.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Après 72 heures</td>
<td>La respiration devient plus facile.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Après 2 semaines à 3 mois</td>
<td>Le fonctionnement des poumons augmente jusqu’à 30 %, la circulation sanguine s’améliore.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Après 6 mois</td>
<td>La toux, la congestion des sinus, la fatigue et le souffle court s’améliorent.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Après 1 an</td>
<td>Le risque d’infarctus du myocarde est réduit de moitié ; le risque d’AVC rejoint celui du non-fumeur.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Après 10 ans</td>
<td>Le risque de mortalité du cancer du poumon est réduit de 50 % ; le risque de cancer du pharynx et de la bouche rejoint celui du non-fumeur.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Après 15 ans</td>
<td>Le risque d’infarctus du myocarde rejoint celui du non-fumeur après 5 à 20 ans.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Après 20 ans</td>
<td>L’inflammation des bronches (BPCO) est améliorée de 50 %, le risque de cancer du poumon est fortement diminué.45</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Le tabagisme passif (inhalation involontaire par le non fumeur de la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs dans l’entourage) est également nocif pour la santé. Il augmente les risques d’affections cardiovasculaires chez l’adulte46 mais a également un impact sur la santé des enfants47, des nourrissons et des fœtus48. Une enquête a montré que soixante pourcent des jeunes étaient exposés à la fumée de tabac de leur entourage et ceci beaucoup plus fréquemment dans les couches sociales moins favorisées49.

Afin de ne pas exposer les autres à la fumée de cigarette, il est recommandé de ne pas fumer dans les espaces clos et, dès lors, de toujours fumer à l’extérieur50,51.

41 Idem.
50 http://www.grossessesanstabac.be
51 http://www.cancer.be
Par ailleurs, en Belgique, il est interdit de fumer dans certains lieux publics52, sur les lieux de travail 53 et dans les restaurants54. Début juillet 2009, une proposition de loi visant à «imposer une interdiction générale de fumer dans l’Horeca, y compris pour les débits de boissons sauf si on ne peut y consommer que des aliments qui ne périment pas dans les trois mois» (chips, cacahuètes), a également été adoptée par la Chambre55.

Il existe aussi ce que l’on appelle le tabagisme ultra-passif. Il s’agit d’une pollution par des particules très fines, issues des résidus de la fumée. Ces particules restent longtemps en suspension dans l’air puis se déposent sur toutes les surfaces et s’incrustent durant des jours, voire des mois. Ces dépôts sont prêts à se remettre en suspension dans l’air à la moindre vibration, créant ainsi un tabagisme ultra-passif56. Les jeunes enfants, en jouant près du sol, sont particulièrement susceptibles de remettre en suspension ces particules qu’ils inhaleront en respirant, entraînant des effets néfastes pour la santé. Il est dès lors conseillé de ne pas fumer au domicile ou dans sa voiture57.

**D / DÉPISTAGE ET SUIVI DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE GLOBAL**

Les différents facteurs de risque se potentialisent entre eux et doivent être abordés ensemble, globalement. Le dépistage du risque cardiovasculaire global chez toutes les personnes de 30 à 75 ans permet d’identifier des personnes à risque «élevé, moyen ou bas» d’avoir un décès d’origine cardiovasculaire dans les dix prochaines années58. Cette approche encourage également les professionnels de santé à conseiller et à renforcer des modes de vie favorables à la santé chez les personnes dépistées comme étant à faible risque.

Le dépistage se réalise en trois étapes59 :

1. **L’anamnèse et l’examen clinique**
   
   Cette étape consiste à rassembler l’information relative aux huit facteurs de risque cardiovasculaire principaux, classiquement reconnus comme intervenant dans les maladies ischémiques60.

2. **La détermination du risque**
   
   Les informations recueillies permettent de déterminer le risque cardiovasculaire global du patient en le classant immédiatement dans l’un des quatre groupes à risque suivant :
   - risque d’emblée élevé : E+ et/ou D+
   - risque d’emblée bas : aucun facteur de risque
   - risque lié uniquement au tabac : B+

3. **Le suivi**
   
   La troisième étape est une prise en charge prioritaire des patients à risque cardiovasculaire global élevé ou moyen, ainsi que des patients fumeurs.

52 Arrêté Royal du 13/12/2005 portant interdiction de fumer dans les lieux publics.
53 Arrêté Royal du 19/01/05 relatif à la protection des travailleurs contre la fumée de tabac.
54 Arrêté royal du 6 juillet 2006 modifiant l’arrêté du 13 décembre 2005 portant interdiction de fumer dans les lieux publics. L’Arrêté Royal introduit de nouvelles définitions pour ‘’Etablissement Horeca’’ et ‘’débit de boissons’’.
60 Age, B (briquet) tabagisme, Cholestérol, Diabète de type 2, Evénement antérieur ischémique personnel, antécédents Familiaux, G (graisse) tour de taille, Hypertension.
3. Une approche globale de la santé cardiovasculaire

Les recommandations de bonne pratique dans le champ de la promotion de la santé et la prévention des maladies cardiovasculaires prônent souvent des interventions en rapport avec le style de vie. Il s’agit principalement de l’arrêt du tabac chez les fumeurs ou encore de la promotion d’une alimentation saine et de la pratique d’une activité physique. Il existe une multitude d’initiatives et de projets pour améliorer la santé cardiovasculaire. Ils ont été identifiés et présentés dans un cadastre réalisé au niveau de la Communauté française.

Il faut noter qu’il existe différents niveaux d’intervention possibles : soit en visant directement, de manière spécifique, un facteur de risque et les modes de vie qui y sont associés, soit de manière plus globale et intégrée en visant un ensemble de facteurs et de déterminants de la santé au sein de la population. Cette dernière approche se révèle plus efficace pour promouvoir la santé cardiovasculaire61. En effet, celle-ci intègre aussi bien des actions de promotion de la santé (agissant sur les déterminants de la santé62 et sur les facteurs qui les influencent63) que des actions qui visent à améliorer le dépistage ainsi que l’accompagnement des patients en prévention secondaire et tertiaire64. Les actions sur les déterminants de la santé et les facteurs les influençant présentent l’avantage de souvent être communes à de nombreuses maladies chroniques65.

Un dossier technique, rédigé par UCL-RESO, présente les «bonnes pratiques» en termes de stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire à partir d’une revue de la littérature internationale. Les éléments clés qui ressortent des conclusions de l’étude montrent entre autres qu’il faut encourager :

- la responsabilisation citoyenne, communautaire et socio-politique ;
- la multidisciplinarité des intervenants mais également les collaborations et les synergies entre les différents secteurs en lien avec la santé cardiovasculaire ;
- une meilleure coordination de tous les partenaires avec leur pleine participation et l’implication des bénéficiaires et ce, dès le démarrage du projet/processus ;
- la multiplicité des lieux d’action - et ce pour tous - et tout mettre en oeuvre pour permettre de faciliter des choix favorables à la santé.

L’action sur les déterminants de la santé porte sur la création de milieux et de modes de vie favorables à la santé. Ils sont influencés par le soutien et le potentiel social, l’engagement favorables à la santé de la part des bénéficiaires, l’accessibilité des offres, les compétences des professionnels, les compétences psycho-sociales individuelles favorables à la santé, etc. Il s’agit des facteurs influençant.

Il est important de souligner que les actions de prévention visant les facteurs de risque cardiovasculaire sont efficaces et qu’elles l’ont prouvé. Tant aux États-Unis qu’au Canada, des études ont mis en évidence le rôle important de la prévention au niveau des facteurs de risque pour diminuer la mortalité cardiovasculaire66,68,69. A titre d’exemple, en Finlande, le projet Carélie du Nord a permis, après avoir été élargi à tout le pays, de diminuer l’incidence des maladies coronariennes ainsi que des troubles cardiovasculaires au niveau national. Cette expérience entendait modérer les modes de vie associés aux maladies cardiovasculaires, ainsi que leur environnement social et physique, non seulement pour les personnes à risque ou déjà atteintes, mais également pour l’ensemble de la population. Plutôt qu’une multitude de projets verticaux spécifiques, ne visant qu’un facteur de risque en particulier, c’est une approche intégrée visant un ensemble de facteurs de risque partagés par la population70 qui a été privilégiée.

63 Création d’un milieu de vie et de modes de vie favorables à la santé.
64 Soutien social, potentiel social et engagement favorables à la santé de la part des bénéficiaires, accessibilité des offres, compétences des professionnels, compétences psycho-sociales individuelles favorables à la santé…
65 Ces deux derniers aspects ne sont cependant pas du ressort direct de la Communauté française.
4. Des outils spécifiques pour une approche globale de la santé

Cette proposition de Plan se base sur un processus de concertation participatif et multisectoriel, à travers des unités de concertation, qui a permis d’impliquer les acteurs des divers domaines dans la réflexion et la formulation d’objectifs et de stratégies opérationnelles. Le Comité de pilotage, représentatif des multiples secteurs concernés par la problématique cardiovasculaire et composé de personnes ayant une expérience de terrain, a également joué un rôle considérable dans l’aboutissement du projet. L’ensemble de la méthodologie est décrit dans le Rapport intermédiaire de la proposition de Plan71.

A / LES UNITÉS DE CONCERTATION

Pour mettre en place ce processus d’échanges et de concertation, neuf unités de concertation (UC) ont été constituées pour permettre d’identifier des objectifs opérationnels qui pourraient être mis en œuvre dans un délai de deux à cinq ans. Ces groupes de concertation ont permis de couvrir de nombreuses tranches d’âge de la population (du petit enfant à la personne âgée) ainsi que des groupes plus spécifiques (les populations fragilisées, les patients…), dans un ou plusieurs de leurs milieux de vie, de façon à favoriser une approche globale de la santé.

La mise en place de ce cadre de concertation s’est faite en tenant compte de l’existant (projets, programmes, recommandations communautaires, nationales et internationales), ainsi que d’une vision de planification participative et systémique.

Les analyses et réflexions de chaque unité sont à la base des programmations – par milieux de vie, par groupes de populations ou d’acteurs – présentées dans le Volume 2 de la proposition de Plan.

B / L’OUTIL DE CATÉGORISATION DES RÉSULTATS

La méthodologique utilisée au sein des unités de concertation repose sur une vision systémique qui tient compte de manière détaillée d’un ensemble de facteurs-clés influençant la santé cardiovasculaire. Dans ce cadre, l’outil de catégorisation des résultats72 mis au point par la Fondation Promotion Santé Suisse a été choisi parce qu’il prend en considération toute une série de déterminants de la santé et facteurs qui exercent une influence sur ces déterminants. Rappelons encore que c’est en agissant positivement sur les déterminants de la santé et d’autres facteurs pertinents (aussi bien ceux concernant le comportement individuel que les conditions de vie, d’apprentissage, de travail) que l’on peut, à long terme, améliorer la santé de la population ou de groupes de population.

Les principes fondamentaux de l’approche de la programmation ont été :

– le respect des étapes de la gestion du cycle de projet/programme ;
– la définition des publics cibles, de leurs milieux de vie et des acteurs à mobiliser ;
– la mise en place de groupes de travail sous formes d’Unités de Concertation (UC) ;
– la mise en place d’analyses systémiques par milieu de vie ou groupes d’acteurs, au sein des UC ;
– le développement d’approches participatives et de cadres de planification au sein des UC ;
– la dimension multisectorielle des UC.

---

5. Des enjeux de société

Au-delà des objectifs prioritaires qui sont présentés plus loin, la « participation des bénéficiaires » et la « réduction des inégalités sociales de santé » sont appréhendées comme des éléments transversaux, des « philosophies » d’intervention, des critères de qualité que les acteurs devraient tenter de mettre en œuvre quels que soient les actions, les projets, les services, les objectifs poursuivis. Ceux-ci dépassent le domaine strictement cardiovasculaire et constituent de véritables enjeux de société à travers toutes actions de promotion de la santé.

Dans cette logique, un volet « participation des bénéficiaires » et « réduction des inégalités sociales de santé » est développé au niveau de chaque objectif prioritaire, sous la forme d’un ou de plusieurs objectifs intermédiaires et de pistes d’actions.

A / LA PARTICIPATION DES BÉNÉFICIAIRES

La Charte d’Ottawa sur la promotion de la santé73 précise :

« La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l’élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l’indépendance de l’individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l’accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l’aide financière. »

Il est cependant important de préciser qu’il existe différents dégrés et formes de participation déterminés par les modes d’organisation et de communication définis par les acteurs74. Cela peut se limiter à une « simple » consultation des bénéficiaires. Il s’agit dans ce cas d’une conception relativement limitée et minimale de la participation, voire parfois d’une participation « alibi ».

La participation peut également prendre la forme d’une construction commune du projet, constituant, dans ce cas de figure, plus une participation « active » des bénéficiaires dans le projet qui les concerne.

Dans les démarches communautaires de santé, le partenariat, l’action intersectorielle et la mise en réseau sont souvent complémentaires. Il est donc important de pouvoir situer le degré de participation des bénéficiaires. La présente proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire se donne pour défi, pour les prochaines années, d’encourager la participation active, de l’ancre à tous les étages de décision en tant que « réelle » participation des bénéficiaires. Cela intégre aussi une meilleure prise en compte des besoins de santé par des contacts plus rapprochés entre les professionnels et les bénéficiaires.

B / LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

La littérature a largement démontré que les inégalités socio-économiques ont des répercussions sur le niveau de santé des populations et que cette situation reste toujours d’actualité25,26 : les personnes connaissant des difficultés économiques, psychosociales, sociales sont davantage confrontées à des problèmes de santé. Dans notre pays, certaines études continuent à montrer un accroissement des inégalités75 et il est important d’éviter que des programmes de prévention et promotion de la santé ne renforcent ces inégalités sociales de santé.

Est ici visé ce qu’il convient de mettre en œuvre pour agir sur les déterminants de ces inégalités de façon à assurer l’égalité de chacun en termes de santé. C’est donc au niveau des « résultats » que l’égalité est recherchée et non dans les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. De fait, il s’agit de proposer des stratégies adaptées en fonction des publics visés et de leurs besoins.

Il convient de distinguer les populations précarisées, voire très précarisées, et le concept de gradient social. Ici, ce ne sont pas uniquement les personnes précarisées qui sont concernées par cette approche mais bien les personnes qui ont des chances inégales au niveau social, culturel, économique, physique… et dans différents milieux de vie (scolaire, du travail, etc.). La lutte contre les inégalités sociales de santé concerne une partie importante de la population qui se révèle très fluctuante dans le sens où une personne et sa famille peuvent rapidement basculer dans une situation « fragilisée » pour une période plus ou moins longue (perte d’emploi, maladie…). Les termes « populations fragilisées » sont dès lors utilisés au fil des objectifs présentés plus loin.

VI. Objectifs prioritaires

Les objectifs prioritaires et intermédiaires, qui constituent le corps de la Proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française, ont principalement été extraits des programmations des unités de concertation et en partie de la journée de réflexion et d’échanges organisée en avril 2009.

Ces objectifs sont repris de manière synthétique dans le tableau 1. Ils sont ensuite présentés de manière détaillée, avec les objectifs intermédiaires s’y rapportant et des propositions de pistes d’actions. L’ensemble des déterminants de la santé est abordé à travers les six objectifs prioritaires qui correspondent en grande partie aux catégories de l’outil de catégorisation des résultats utilisés dans le cadre des planifications participatives. En regard de chaque objectif prioritaire sont présentés les axes stratégiques spécifiques et les axes stratégiques transversaux présentés sous forme «d’Enjeux en terme de société». La proposition de Plan comporte aussi un objectif transversal de gestion qui se centre sur la coordination et la mise en œuvre des activités des programmations.

Une approche globale de la santé plutôt que par facteurs de risque cardiovasculaires

Rappelons que dans le cadre du PCO cardiovasculaire, c’est une approche globale de la santé qui a été privilégiée (lire à ce sujet le point V.3 : Une approche globale de la santé). Aussi, les principaux facteurs de risques qui sont le tabagisme, l’hypertension, l’hypercholestérolémie, l’excès chronique de stress, l’obésité, la sédentarité, le diabète de type II, ne sont-ils pas repris en tant qu’objectifs prioritaires à part entière. Toutefois, ces facteurs de risque sont en dernière instance liés au risque cardiovasculaire global. Ils sont donc traités au fil des objectifs intermédiaires et des pistes d’actions.

Des comportements recommandés et des modes de vie favorables à la santé

Par ailleurs, à plusieurs reprises, il est fait référence à des modes de vie et des comportements recommandés ou favorables à la santé. Par ces termes, il faut entendre des modes de vie en respect, ou du moins «tendant vers» les recommandations formulées en termes d’alimentation, d’activité physique, de tabagisme telles que reprises dans le PNNS belge et la «Politique de promotion des attitudes saines sur le plan alimentaire et physique pour les enfants et les adolescents» de la Communauté française. Ces recommandations sont présentées dans le chapitre IV. À propos de la santé cardiovasculaire.

La notion de comportements recommandés intègre, par ailleurs, la réduction ou la suppression de comportements nocifs tels que définis par les recommandations nationales et internationales en santé cardiovasculaire. Il s’agit, par exemple, de gérer son sevrage tabagique, de gérer de façon responsable sa consommation de tabac (ou autres types d’assuétudes) en réduisant les risques pour soi-même et pour les autres. Le comportement recommandé ou favorable à la santé, dans certains cas, comprend également le comportement favorable au dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires. Il a été démontré que réduire les facteurs de risque cardiovasculaires au niveau de l’ensemble d’une population est plus efficace que de focaliser la prise en charge uniquement sur les personnes à haut risque.

78 Lire à ce sujet le chapitre : Une proposition de Plan élaborée selon un mode participatif et multisectoriel.
80 Cf. le chapitre «4. Des outils spécifiques pour une approche globale de la santé. B. L’outil de catégorisation des résultats».
81 «Politique de promotion des attitudes saines sur le plan alimentaire et physique pour les enfants et les adolescents», Gouvernement de la Communauté française.
### Tableau 1. Tableau synthétique des objectifs du futur Plan de promotion de la santé cardiovasculaire et de leurs composantes

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Axes stratégiques spécifiques</strong></td>
<td>A. En vue de favoriser : – un style de vie favorable à la santé – la construction du lien social entre les individus</td>
<td>A. En vue de favoriser l’adoption de styles de vie favorables à la santé</td>
<td>A. Développer l’offre et sa qualité</td>
<td>A. D’un point de vue social et culturel</td>
<td>A. Sensibiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels à leur rôle en matière de promotion de la santé et du bien-être de la population organisationnelles favorables à la santé</td>
<td>A. Développer les compétences des professionnels en matière de : – promotion de la santé, – dépistage des facteurs de risque, – suivi individuel – soutien social</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>B. En vue de favoriser les ressources psychosociales des individus et le développement de compétences personnelles favorables à la santé</td>
<td>B. Développer des habitudes et des compétences personnelles pour l’adoption de modes de vie favorables à la santé, au dépistage et au traitement</td>
<td>B. D’un point de vue financier</td>
<td>B. Adopter des réglementations, des mesures et des modifications</td>
<td></td>
<td>B. Développer des outils qui soutiennent l’action des professionnels</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>C. En vue de favoriser le développement de liens sociaux et de capacités relationnelles</td>
<td>C. D’un point de vue physique (géographique et logistique)</td>
<td>C. Mobiliser des moyens pour développer des cadres de vie et des offres favorables à la santé</td>
<td></td>
<td>C. Développer des structures de soutien pour les professionnels</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Axes stratégiques transversaux : ENJEUX DE SOCIÉTÉ**

- Favoriser la participation des bénéficiaires
- Réduire les inégalités sociales de santé

**Objectif prioritaire transversal et axes stratégiques**

7. **Assurer et coordonner la mise en œuvre du Plan**
A. Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités du Plan
B. Assurer le contrôle de qualité et l’évaluation de la mise en œuvre du Plan
C. Favoriser les mécanismes de financements des activités du Plan
Objectif prioritaire 1
Aménager les cadres de vie et les infrastructures

L’importance du cadre de vie pour la population est un enjeu désormais admis par tous.

Cette notion est assez large et englobe toute une série d’éléments tels que les lieux, les espaces, mais également le matériel et les produits mis à la disposition du public. Il peut s’agir d’équipement sportif ou encore de produits alimentaires par exemple.

Le cadre de vie comporte également plusieurs dimensions qui interviennent entre elles : collectives (le lieu de travail, l’école, par exemple), publiques (les espaces verts, les parcs, les trottoirs, la voirie, les pistes cyclables…) mais également privées (comme celle du logement, notamment).

Les infrastructures, quant à elles, sont plus restrictives et désignent des structures, des installations, des bâtiments, des constructions… Elles sont des bases pour développer des offres de service ou pour faciliter des démarches et comportements individuels.

En fonction de leur localisation et de leur finalité, la responsabilité des cadres de vie et des infrastructures publiques incombe à différents niveaux de pouvoirs : communal, provincial, communautaire, régional…

A/ EN VUE DE FAVORISER UN STYLE DE VIE FAVORABLE À LA SANTÉ (ACTIVITÉ PHYSIQUE, MOBILITÉ DOUCE, ALIMENTATION Saine) AINSI QUE LA CONSTRUCTION DU LIEN SOCIAL ENTRE INDIVIDUS

Il s’agit ici de développer les lieux et les installations encourageant et stimulant à la fois :

– les modes de vie recommandés en termes de santé au niveau de l’alimentation, du tabac et de l’activité physique84, ce compris les modes de déplacements alternatifs et la mobilité douce85, etc. ;

– les rencontres et les échanges avec d’autres personnes. En effet, l’absence de liens sociaux dans la vie quotidienne peut être à l’origine de difficultés au niveau du bien-être général et de la santé mentale et physique en particulier.

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

1.1 Connaître les infrastructures et les espaces existants ainsi que les besoins de la population à ce niveau.

Pistes d’actions en lien

– Réalisation ou mise à jour par les communes d’un cadastre de l’ensemble des lieux (parcs, espaces verts…) et infrastructures existantes, et de leur état (qu’ils soient publics ou privés et quel que soit le niveau de pouvoir dont ils dépendent).

1.2 Aménager, entretenir, rénover et sécuriser des espaces ou infrastructures spécifiques (destinés à des publics ou activités spécifiques : plaines de jeux, par exemple) et polyvalents (pour divers publics ou activités : parcs, espaces verts, halls sportifs…) en tenant compte du mode de vie et des besoins des publics bénéficiaires.

Pistes d’actions en lien

– Adaptation de l’environnement scolaire à la pratique d’activité physique et aménagement des cours de récréation avec un matériel adéquat pour favoriser le bouger «libre» des enfants.

– Aménagement d’espaces de repos et de détente conviviaux favorisant la communication entre les personnes au sein des institutions (campus universitaires, entreprises, parcs, écoles, espaces publics).

– Aménagement des structures et services d’accueil en portant une attention particulière au besoin de motricité des jeunes enfants : évaluation des besoins en qualité et quantité.

– Aménagement du poste de travail en tenant compte de la charge psychosociale dans l’analyse des risques liés (via des questionnaires, etc.).

– Mise en place, adaptation et entretien d’infrastructures polyvalentes stimulant l’organisation d’activités spécifiques à la santé cardiovasculaire favorisant les liens sociaux (maisons de village, de quartier…).

– Prise en compte de la mobilité douce et sécurisée lors des aménagements, des espaces urbains (pistes cyclables, trottoirs, bancs, espaces verts).

84 Lire à ce sujet «2. Des facteurs de risque en lien avec les modes de vie», Chapitre IV.
85 On entend par mobilité douce les déplacements effectués principalement par la force musculaire : vélo, marche, etc. (Définition inspirée de l’Office fédéral des routes OFROU, de la Confédération helvétique, (http://www.astra.admin.ch, consulté en mars 2009).
1.3 Aménager des lieux permettant d’assurer des moments de pauses repas dans de bonnes conditions.

**Pistes d’actions en lien**
- Mise à disposition et aménagement d’espaces conviviaux spécifiques à la prise de repas en milieux professionnels, universitaires, scolaires et dans les lieux publics.
- Réaménagement des réfectoires et création d’endroits adéquats pour « les repas tartines », organisation des repas par groupe.

1.4 Développer une offre alimentaire favorable à la santé et assurer la mise à disposition de celle-ci.

**Pistes d’actions en lien**
- Remplacement des aliments trop sucrés et trop gras par des aliments plus sains (dans les infrastructures communales, lors d’événements publics, dans des lieux collectifs et publics, à l’école, dans des centres sportifs, etc.). Exemples : suppression des distributeurs d’encas, mise à disposition de sandwiches «sains», potages et fruits, repas complets équilibrés, petits déjeuners santé, etc.
- Limitation de l’offre d’alcool (dans les collectivités, lieux de travail, lieux publics…).
- Installation de fontaines d’eau dans les lieux publics, collectifs (écoles, centres sportifs, infrastructures communales/communautaires/régionales, etc.)

1.5 Mettre en place des partenariats locaux pour développer des cadres de vie et des infrastructures adaptés.

**Pistes d’actions en lien**
- Mise en place de concertations multisectorielles.
- Création d’occasions, d’opportunités d’échanges intersectoriels : concertations (ou extension de concertations existantes, partenariats).
- Développement de contacts, de rencontres des différentes structures existantes et des acteurs (exemple : création de partenariats avec les secteurs culturels et économiques dans le but de développer des infrastructures et services de proximité favorisant la socialisation des personnes, etc.).

### B / ENJEUX DE SOCIÉTÉ

**Favoriser la participation des bénéficiaires**

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

1.6 Favoriser la participation des bénéficiaires à l’identification de leurs besoins et attentes, ainsi qu’à l’élaboration de projets centrés sur l’amélioration des cadres de vie en matière de repas, d’activité physique, de contacts avec les autres, etc.

**Pistes d’actions en lien**
- Mise en place d’un projet «Petite enfance», au niveau communal, impliquant les familles et qui concerne l’aménagement des espaces urbains, les infrastructures routières et publiques, en lien avec les besoins de motricité, de sécurité et d’activité du jeune enfant et de sa famille.
- Consultation de la population par des enquêtes dans les quartiers, les villages (au niveau de chaque famille), conception et autogestion, en collaboration avec les citoyens, des espaces et infrastructures les concernant, l’organisation de tables rondes, etc.
- Incitation des intervenants internes (travailleurs de nuit, postés…) et externes à l’entreprise (fournisseurs, sous-traitants) à participer activement à l’analyse de leurs besoins/attentes en matière de repas (y compris le cadre), d’analyse de risques, etc.
- Consultation préalable des travailleurs sur la recherche de solutions.
- Intégration de citoyens dans les Commissions Consultatives Communaux d’Aménagement du Territoire et de la Mobilité (CCCATM).

**Réduire les inégalités sociales de santé**

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

1.7 Porter une attention particulière aux populations fragilisées66 dans leur globalité (c’est-à-dire tenant compte de leurs besoins, demandes, représentations, conditions de vie, etc.) et les reconnaître dans leurs besoins spécifiques (financiers, sociaux, liés aux handicaps physiques, aux différences culturelles) pour adapter des lieux et infrastructures à ceux-ci.

1.8 Identifier et repérer les infrastructures, espaces collectifs, lieux de vie (écoles, quartiers, rues, espaces collectifs publics, etc.) où les actions d’aménagement doivent être développées en priorité afin d’en faire bénéficier les populations fragilisées.

**Piste d’action en lien**
- Par le biais d’un cadastre des infrastructures, identification des quartiers à populations fragilisées.

---

66 Travailleurs âgés ou ayant connu des problèmes de santé, enfants issus de familles précarisées, etc.
**C / GRILLE RÉCAPITULATIVE**

Remarque préalable : le libellé des objectifs prioritaires et intermédiaires résulte d’une synthèse et d’une reformulation des objectifs figurant dans les grilles de programmation produites par les unités de concertation (cf. Volume 2).

### OBJECTIF PRIORITAIRE 1
Aménager les cadres de vie et les infrastructures

<table>
<thead>
<tr>
<th>Objectifs intermédiaires</th>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation (milleux de vie, publics, acteurs)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Petite enfance</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Ens. fondamental et temps extrascolaires</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Ens. secondaire et temps extrascolaires</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Ens. supérieur et universitaire</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Monde du travail</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Seniors actifs</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Colloques singuliers</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pouvoirs locaux</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Populations fragilisées</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### A / EN VUE DE FAVORISER UN STYLE DE VIE FAVORABLE À LA SANTÉ (ACTIVITÉ PHYSIQUE, MOBILITÉ DOUCE, ALIMENTATION SAINNE) AINSI QUE LA CONSTRUCTION DU LIEN SOCIAL ENTRE INDIVIDUS

1.1 Connaître les infrastructures et les espaces existants ainsi que les besoins de la population à ce niveau.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tabac</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1.2 Aménager, entretenir, rénover et sécuriser des espaces ou infrastructures spécifiques (destinés à des publics ou activités spécifiques : plaines de jeux par exemple) et polyvalents (pour divers publics ou activités : parcs, espaces verts, halls sportifs…) en tenant compte du mode de vie et des besoins des publics bénéficiaires.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1.3 Aménager des lieux permettant d’assurer des moments de pauses repas dans de bonnes conditions.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1.4 Développer une offre alimentaire favorable à la santé et assurer la mise à disposition de celle-ci.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1.5 Mettre en place des partenariats locaux pour développer des cadres de vie et des infrastructures adaptés.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### B / ENJEUX DE SOCIÉTÉ

**Favoriser participation des bénéficiaires**

1.6 Favoriser la participation des bénéficiaires à l’identification de leurs besoins et attentes, ainsi qu’à l’élaboration de projets centrés sur l’amélioration des cadres en matière de repas, d’activité physique, des contacts avec les autres, etc.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tabac</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Réduire les inégalités sociales de santé**

1.7 Porter une attention particulière aux populations fragilisées dans leur globalité (c’est-à-dire tenant compte de leurs besoins, demandes, représentations, conditions de vie…) et les reconnaître dans leurs besoins spécifiques (financiers, sociaux, liés aux handicaps physiques, aux différences culturelles) pour adapter des lieux et infrastructures à ceux-ci.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tabac</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1.8 Identifier et repérer les infrastructures, espaces collectifs, lieux de vie (écoles, quartiers, rues, espaces collectifs publics, etc.) où les actions d’aménagement doivent être développées en priorité afin d’en faire bénéficier les populations fragilisées.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

87 Travaillleurs âgés ou ayant connu des problèmes de santé, enfants issus de familles précarisées, etc.
Objectif prioritaire 2
Développer des offres de promotion de la santé

L’objectif de la promotion de la santé, qui intègre les aspects liés à la prévention, consiste à améliorer la santé de la population. La santé de la population, ou de certains groupes, comprend le bien-être physique et psychique et le bien-être social. Cet objectif prioritaire, qui vise le développement des offres de promotion de la santé, s’inscrit pleinement dans la vision de la Charte d’Ottawa et englobe toutes stratégies de mobilisation, d’éducation, d’animation communautaires qui visent à augmenter l’influence de la population sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque cardiovasculaires. Les stratégies en lien avec le suivi individuel sont cependant reprises dans l’objectif prioritaire 3.

L’offre de promotion de la santé et/ou de prévention vise ici tant les projets, services et actions menés par des professionnels dans des domaines comme l’activité physique, la mobilité douce, l’alimentation saine, la détente et le bien-être, un environnement sans tabac, que le dépistage des risques cardiovasculaires.

A / EN VUE DE FAVORISER L’ADOPTION DE STYLES DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ (ACTIVITÉ PHYSIQUE, MOBILITÉ DOUCE, ALIMENTATION SAINÉ, ENVIRONNEMENTS SANS TABAC, DÉTENTE...)

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

2.1 Développer un plus grand nombre d’offres d’activité physique et sportive en veillant à les adapter aux bénéficiaires et à leurs milieux de vie.

Pistes d’actions en lien
- Mise à jour du cadastre des actions et projets de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française.
- Actions de sport «santé» plutôt que de sport performance.
- Dans les espaces aménagés et sécurisés, offres d’activités encadrées par des personnes spécifiquement formées à certains types de publics (exemple : activité physique pour les seniors, pour les tout petits, les personnes moins sportives, etc.).
- En milieu scolaire, organisation de deux heures de «mouvements» par journée scolaire pour les enfants de primaire et de trois heures pour les enfants de maternelle.
- Élaboration et mise en œuvre de plan de mobilité (par les communes, les entreprises...).
- Organisation d’activités formelles ou informelles sur le lieu de travail : constitution sur base volontaire de groupes de jogging ou de marche, après les repas, participation collective à des événements sportifs et d’entraînements «collectifs», journée «vélo» hebdomadaire avec diffusion des meilleurs itinéraires vélos.

2.2 Développer une offre d’activités et de services stimulant la consommation d’une alimentation favorable à la santé.

Pistes d’actions en lien
- Sensibilisation des responsables d’institutions, du personnel de cuisine et des bénéficiaires à la qualité de l’offre alimentaire en tenant compte des modes de vie et des besoins de ces derniers.
- Organisation d’activités de promotion des aliments sains (via des brochures, des films, des panneaux, des cours de cuisine, des animations).
- Diversification et développement d’offres d’activités attrayantes stimulant l’envie de découvrir des aliments et de manger sainement, ateliers du goût.
- Mise à jour du cadastre des actions et projets de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française.
- Développement des compétences des professionnels responsables de l’offre alimentaire dans les lieux collectifs en matière de nutrition, de promotion et d’éducation de la santé.
- Diffusion d’un cahier des charges et de référentiels pour la restauration collective.
- Intégration de la «thématique alimentation» dans les actions de promotion de la santé (dirigées vers les jeunes, les seniors, etc.).

88 http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french
89 Cadastre des actions et projets de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique, Université libre de Bruxelles et Centre d’Éducation du Patient, avril 2007.
90 Développés dans le cadre de la «Politique de promotion des attitudes saines sur le plan alimentaire et physique pour les enfants et les adolescents» (PPAS), Gouvernement de la Communauté française.
91 Cadastre des actions et projets de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique, Université libre de Bruxelles et Centre d’Éducation du Patient, avril 2007.
2.3 Développer l’offre de suivi de l’interdiction de fumer dans les lieux publics, et notamment sur les lieux du travail.

**Pistes d’actions en lien**
- Mise à disposition de substituts nicotiniques accompagnée d’une information sur le sevrage et l’aide au sevrage tabagique.

**B / EN VUE DE FAVORISER LES RESSOURCES PSYCHOSOCIALES DES INDIVIDUS ET LE DéVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES PERSONNELLES FAVORABLES À LA SANTÉ**

Même si les ressources psychosociales personnelles et les compétences individuelles ne sont pas suffisantes pour assurer le développement de comportements favorables à la santé, celles-ci constituent des préalables incontournables.

Les ressources psychosociales personnelles sont des ressources «générales et transversales», non directement liées à l’objectif de changement de comportements. Elles permettent aux individus de se sentir «bien dans leur peau» et de pouvoir ainsi plus facilement avancer dans la vie en posant les choix qui leur conviennent. Il s’agit de l’estime de soi, de la capacité d’adaptation à son environnement, des compétences sociales, etc. Développer ce type de ressources constitue un point central sans lequel toutes les autres actions n’auraient que peu d’impact.

Par compétences individuelles en matière de santé, on entend un ensemble de savoirs, savoir-faire, savoir-être en lien direct avec le changement de comportement tels que, par exemple : les connaissances que l’on a par rapport au sujet en lien avec la santé, une attitude positive envers une thématique de santé, les capacités à changer, la confiance en soi de pouvoir réaliser ce changement, les capacités à devenir acteur de sa santé et de ses conditions de vie, c’est-à-dire à se mobiliser personnellement pour des conditions de vie (ou de travail) favorables ou encore de se mobiliser personnellement pour sa santé.

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

2.4 Développer la confiance en soi et l’estime de soi des bénéficiaires.

**Pistes d’actions en lien**
- Réalisation d’actions partant des expériences de vie et des savoirs des bénéficiaires. Exemple : cours de cuisine à partir des recettes des bénéficiaires, etc.
- Développement d’offres d’activités dynamiques, positives, non stigmatisantes. Exemple : activités et messages pour les seniors n’étant pas connotés «vieux».
- Développement de l’éducation par les pairs92.

2.5 Développer l’autonomie, l’esprit critique et les capacités de coping93 des bénéficiaires.

**Pistes d’actions en lien**
- Intégration de ces aspects dans le programme scolaire et plus particulièrement dans le cursus d’éducation aux médias.
- Création de lieux et de moments d’expression pour développer l’esprit critique.
- Conception et organisation de campagnes de sensibilisation par des personnes issues du public ciblé.

2.6 Développer des compétences nécessaires à l’adoption de comportements favorables à la santé : prise de conscience et connaissances relatives des thèmes de la santé cardiovasculaire, attitude favorable à la santé, etc.

**Pistes d’actions en lien**
- Organisation d’événements symboliques : journées, semaines à thèmes...
- Création d’espaces d’échanges de connaissances et d’expériences de vie entre bénéficiaires et entre bénéficiaires et professionnels.
- Actions d’information et de sensibilisation pointant et rendant concret le lien entre modes de vie (exercice physique adapté, alimentation, environnement sans tabac, etc.) et santé.
- Diffusion de campagnes médiatiques appuyant le message des professionnels : diffusion de spots télévisés renforcés par une campagne d’affichage, éventuellement parrainée par une personnalité, actions auprès de la presse, diffusion de folders pour la sensibilisation et l’information…
- Groupes de rencontre et de discussion autour de thèmes en lien avec la santé.
- Publication d’articles de sensibilisation dans les revues grand public.

92 Par «pair», on entend toute personne d’un niveau égal à une autre, en particulier par l’âge et le statut social.
93 Capacité de s’adapter à sa situation, à sa maladie…
C / EN VUE DE FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE LIENS SOCIAUX ET DE CAPACITÉS RELATIONNELLES

Il s’agit ici de développer les manifestations et les offres encourageant et favorisant les contacts, les rencontres, les échanges avec d’autres personnes et stimulant l’aide réciproque.

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

2.7 Soutenir les offres existantes ou en développer de nouvelles.

Pistes d’actions en lien
- Diversification des places disponibles en milieu d’accueil de la petite enfance (crèches, prégardienats…) en fonction des besoins identifiés auprès des familles afin de répondre au besoin de socialisation de tous les enfants et de leur famille quelle que soit leur situation socio-économique.
- Développement de Maisons de l’enfance (Suivant l’Arrêté Royal de 2004).
- Partage des locaux ou création de partenariat avec des acteurs locaux. Exemple : mise à disposition des infrastructures communales pour les associations et services souhaitant développer des activités.
- Appels à projets pour développer les activités et les offres de service favorisant le développement de liens sociaux et de capacités relationnelles.

2.8 Créer des opportunités de rencontres et d’échanges entre les personnes.

Pistes d’actions en lien
- Développement d’interactions entre les personnes, ainsi qu’entre les personnes et les professionnels : groupes de paroles, tables rondes, ateliers créatifs, projets collectifs, parrainages…
- Organisation d’événements populaires (marches, brocantes…).
- Développement des marchés locaux, des commerces et des services de proximité.

2.9 Développer les compétences relationnelles des bénéficiaires.

Pistes d’actions en lien
- Développement d’actions autour du vivre ensemble : séjours en groupe, travaux en groupe, actions avec les kots, les classes…
- Organisation d’activités physiques vécues en collectif.
- Création d’associations (d’étudiants, de pairs…).
- Développement du parrainage, du tutorat…

2.10 Définir des critères de qualité auxquels l’offre en matière de socialisation doit répondre et les faire appliquer par les institutions.

Pistes d’actions en lien
- Définition de critères pour les initiatives et activités de soutien à la parentalité, lieux de rencontre et groupes de parole.
- Renforcement de l’utilisation des documents de référence de l’ONE dans tous les milieux et structures d’accueil de la petite enfance ou des temps extrascolaires.
- Elaboration et/ou diffusion de «guidelines» en matière d’offres de socialisation.

D / ENJEUX DE SOCIÉTÉ

Favoriser la participation des bénéficiaires

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

2.11 Associer les bénéficiaires à la formulation de leurs demandes et de leurs intérêts en termes de liens sociaux, de convivialité et de modes de vie favorables à la santé (alimentation, activité physique, stress, etc.).

Pistes d’actions en lien
- Consultation de la population, enquêtes, tables rondes, journées-débats, etc.
- Participation active à des organes de représentation, des lieux de décision, etc. : conseils d’école, Conseils Consultatifs des Aînés au sein des communes, etc.);

2.12 Développer les ressources et compétences personnelles (estime de soi, confiance en soi, capacités relationnelles, etc.) des bénéficiaires par le biais de la participation.

Piste d’actions en lien
- Projets d’éducation par les pairs 92, parrainages. (Exemple : soutien au sevrage tabagique).
- Actions partant de l’existant (liens sociaux, familiaux…) et le valorisant.

92 Par «pair», on entend toute personne d’un niveau égal à une autre, en particulier par l’âge et le statut social.
2.13. Favoriser, à travers la participation des bénéficiaires, l’appropriation de projets ou de questions santé afin d’en assurer leur pérennisation.

**Pistes d’actions en lien**
- Par le biais d’une participation active à l’association des élèves, aux conseils de classe ou aux conseils de participation, définition par les élèves (ou encore leurs parents via les associations de parents, par exemple) de leurs besoins et de la façon de les rencontrer par rapport aux repas et à l’activité physique.
- Diffusion d’informations par les pairs ou autres groupes de la population : campagne de sensibilisation réfléchie, conçue et diffusée par des personnes issues du public visé.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Réduire les inégalités sociales de santé</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Piste d’actions en lien**
- Création de jardins pédagogiques, initiation de partages d’expériences en matière de santé, cours de cuisine partant de l’expérience des participants, etc.

2.15. Intégrer les valeurs des publics fragilisés dans les projets et les offres de promotion de la santé qui les concernent.

**Pistes d’actions en lien**
- Développement d’actions ne véhiculant pas de message stigmatisant ou moralisateur, culpabilisant, pointant l’autre dans sa différence.
**E / GRILLE RÉCAPITULATIVE**

Remarque préalable : le libellé des objectifs prioritaires et intermédiaires résulte d’une synthèse et d’une reformulation des objectifs figurant dans les grilles de programmation produites par les unités de concertation (cf. Volume 2).

### OBJECTIF PRIORITAIRE 2
Développer des offres de promotion de la santé

<table>
<thead>
<tr>
<th>Objectifs intermédiaires</th>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation (milieux de vie, publics, acteurs)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Petite enfance (Ens. fondamental, temps extrascolaires)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### A / EN VUE DE FAVORISER L’ADOPTION DE STYLES DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ (ACTIVITÉ PHYSIQUE, MOBILITÉ DOUCE, ALIMENTATION Saine, ENVIRONNEMENTS SANS TABAC, DÉTENTE…)

2.1 Développer un plus grand nombre d’offres d’activité physique et sportives en veillant à les adapter aux bénéficiaires et à leurs milieux de vie.

2.2 Développer une offre d’activités et de services stimulant la consommation d’une alimentation favorable à la santé.

2.3 Développer l’offre de suivi de l’interdiction de fumer dans les lieux publics, et notamment sur les lieux du travail.

#### B / EN VUE DE FAVORISER LES RESSOURCES PSYCHOSOCIALES DES INDIVIDUS ET LE DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES PERSONNELLES FAVORABLES À LA SANTÉ

2.4 Développer la confiance en soi et l’estime de soi des bénéficiaires.

2.5 Développer l’autonomie, l’esprit critique et les capacités de coping (capacité de s’adapter à sa situation, à sa maladie…) des bénéficiaires.

2.6 Développer des compétences nécessaires à l’adoption de comportements favorables à la santé : prise de conscience et connaissances relatives des thèmes de la santé cardiovasculaire, une attitude favorable à la santé, etc.

#### C / EN VUE DE FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE LIENS SOCIAUX ET DE CAPACITÉS RELATIONNELLES

2.7 Soutenir les offres existantes ou en développer de nouvelles.

2.8 Créer des opportunités de rencontres et d’échanges entre les personnes.

2.9 Développer les compétences relationnelles des bénéficiaires.

2.10 Définir des critères de qualité auxquels l’offre en matière de socialisation doit répondre et les faire appliquer par les institutions.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Objectifs intermédiaires</th>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation (milieux de vie, publics, acteurs)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Développer des offres de promotion de la santé</strong></td>
<td><strong>Objectif Prioritaire 2</strong></td>
<td><strong>Unités de concertation (milieux de vie, publics, acteurs)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>D / ENJEUX DE SOCIÉTÉ</strong></td>
<td></td>
<td><strong>Unités de concertation (milieux de vie, publics, acteurs)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Favoriser la participation des bénéficiaires</strong></td>
<td>2.11 Associer les bénéficiaires à la formulation de leurs demandes et de leurs intérêts en termes de liens sociaux, de convivialité et de modes de vie favorables à la santé (alimentation, activité physique, stress, etc.).</td>
<td><strong>Alimentation</strong>  <strong>Activité physique</strong>  <strong>Tabac</strong>  <strong>Stress</strong>  <strong>Bien-être</strong>  <strong>Lien social</strong>  <strong>Empowerment</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.12 Développer les ressources et compétences personnelles (estime de soi, confiance en soi, capacités relationnelles, etc.) des bénéficiaires par le biais de la participation.</td>
<td><strong>Lien social</strong>  <strong>Empowerment</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.13 Favoriser, à travers la participation des bénéficiaires, l’appropriation de projets ou de question santé afin d’en assurer leur pérennisation.</td>
<td><strong>Lien social</strong>  <strong>Empowerment</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Réduire les inégalités sociales de santé</strong></td>
<td>2.14 Mobiliser les ressources des personnes et de leur quartier.</td>
<td><strong>Lien social</strong>  <strong>Empowerment</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.15 Intégrer les valeurs des publics fragilisés dans les projets et les offres de promotion de la santé qui les concernent.</td>
<td><strong>Lien social</strong>  <strong>Empowerment</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Cet objectif concerne l’offre en soins de santé mais également les services qui apportent une aide sociale, qui améliorent le soutien social dans les groupes cibles et qui facilitent la demande d’aide ou de soutien à des professionnels. L’aide médico-sociale se manifeste de diverses manières : aide médicale ou psycho-sociale, conseil, aide à la parentalité, colis alimentaire, aide au logement, aide financière ponctuelle…

A ce niveau, le soutien proposé est principalement envisagé de manière individuelle, c'est-à-dire que le professionnel s’adresse à un seul individu à la fois, comme dans le cadre d’une entrevue individuelle (colloque singulier).

Le soutien peut également être abordé de manière collective dans le cas de services, d’actions visant des groupes d’individus.

A / DÉVELOPPER L’OFFRE ET SA QUALITÉ

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

3.1 Connaître les besoins des bénéficiaires et sensibiliser les acteurs de terrain à ces besoins.
**Pistes d’actions en lien**
- Analyse des besoins au niveau quantitatif et qualitatif (enquêtes auprès de la population, consultation de la population, réalisation de cadastres…). Exemple : identification des groupes et des professions à haut risque en termes de consommation excessive d’alcool (plus de deux verres/jour) pour l’adoption de mesures adéquates et spécifiques ainsi que pour leur mise en œuvre.

3.2 Connaître les offres existantes, les soutenir ou en développer de nouvelles si nécessaire.
**Pistes d’actions en lien**
- Réalisation d’un état des lieux en matière d’offre de soutien individuel et collectif afin d’évaluer ce qui doit être soutenu, stimulé ou encore créé.
- Création de groupes d’entraide : au sein de l’entreprise, pour résoudre un problème spécifique ponctuel ou non, pour le soutien au sevrage tabagique, etc.
- Création de structures d’accueil : guichet spécifique pour l’aide aux personnes, l’aide psycho-médico-sociale, etc. au sein des institutions.
- Appels à projets.
- Organisation de dépistage (y compris dans le cadre de la médecine du travail).

3.3 Favoriser le travail en partenariat et en réseau avec d’autres professionnels pour assurer une détection précoce des problèmes et une prise en charge adéquate.
**Pistes d’actions en lien**
- Mise en place, au sein de concertations existantes, de quelques réunions interdisciplinaires. Exemple : au niveau des écoles, réunion rassemblant des acteurs en lien avec le milieu scolaire et extrascolaire : enseignants, acteurs de la promotion de la santé, acteurs extrascolaires, parents…
- Renforcement des réseaux d’aide et de communication : précision des rôles des différents professionnels, de la disponibilité des services, diffusion des coordonnées (ressources humaines, médecin du travail, personnes de confiance…).

3.4 Soutenir la personne dans ses changements de mode de vie.
**Pistes d’actions en lien**
- Développement et diffusion d’outils de sensibilisation.
- Coaching pour le sevrage tabagique.
- Groupes de paroles pour l’aide au sevrage tabagique.
- Discussion et réflexion pour l’identification des problèmes et des solutions.
- Prise en compte par le professionnel de santé du projet santé du patient.

3.5 Soutenir la personne dans le suivi de son traitement.
**Pistes d’actions en lien**
- Création d’outils de sensibilisation de l’entourage du patient à son rôle de soutien auprès de ses proches et démarches auprès de celui-ci.
- Organisation de visites par un assistant social pour les personnes isolées.
3.6. Diffuser des messages clairs, cohérents et communs à tous les professionnels de santé.
**Pistes d’actions en lien**
- Adoption de consensus pluridisciplinaires entre les professionnels pour des messages communs à diffuser aux bénéficiaires.
- Diffusion des outils d’informations et de leur mode d’utilisation (protocole, mode d’emploi).
- Développement de différents canaux de communication pour diffuser les messages.
- Création de temps d’échanges théorie-pratique au sein des institutions de soins (conférences, séminaires, etc.).

**B / DÉVELOPPER DES HABITUDES ET DES COMPÉTENCES PERSONNELLES POUR L’ADOPTION DE MODES DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ, AU DÉPISTAGE ET AU TRAITEMENT.**

Il s’agit essentiellement d’amener la personne dans la tranche d’âge entre 30 et 75 ans à améliorer son mode de vie et ses attitudes vis-à-vis du dépistage, c’est-à-dire :
- à parler du dépistage ou de ses risques cardiovasculaires à son médecin ;
- à être un partenaire actif de sa santé ;
- à repérer les risques cardiovasculaires ;
- à envisager des adaptations de ses modes de vie ;
- à inciter et impliquer son entourage dans ce projet ;
- à prendre en charge son traitement (adaptation des doses de médicaments, manipulation d’inhalateur…) ;
- à utiliser les installations et structures d’aides locales, les mesures d’accessibilité financière.

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

3.7 Développer des connaissances, attitudes, aptitudes, croyances et modes de vie favorables à la prise en charge de sa santé (y compris en termes de dépistage).
**Pistes d’actions en lien**
- Pose d’affiches en salle d’attente ou dans le cabinet de consultation, ou la mise à disposition d’autres outils destinés à faire réagir les patients et à aborder la thématique cardiovasculaire.
- Démarches éducatives dans le cadre du dépistage du risque cardiovasculaire global lors des consultations en médecine (y compris en médecine du travail).

**Pistes d’actions en lien**
- Adaptation par les professionnels de la prise en charge des patients en fonction des priorités, attentes, besoins, représentations, capacités intellectuelles, physiques, financières du patient.
- Adoption d’une communication interindividuelle de qualité, claire avec le patient et cohérente entre professionnels.
- Utilisation par les professionnels des outils et des programmes pouvant aider le patient à changer de comportement (cycle du changement, balance décisionnelle, biofeedback⁹⁵…).
- Mise en place de groupes de pairs visant à développer les capacités des personnes à gérer au quotidien leur maladie et leur traitement.
- Sollicitation des bénéficiaires ou des patients à s’exprimer sur leurs priorités, leurs attentes, leurs besoins, leurs représentations, leur traitement.
- Recours aux dimensions de l’éducation du patient (sensibilisation, information, apprentissage, écoute, aide psychologique et sociale, etc.) et évaluation de ses connaissances en la matière.

⁹⁵ Processus d’apprentissage par lequel une personne apprend à améliorer son état de santé ou ses performances en observant les signaux physiologiques émis par son corps.
C / ENJEUX DE SOCIÉTÉ

**Favoriser la participation des bénéficiaires**

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

Cf. les objectifs intermédiaires (2.11 à 2.13) de l’objectif prioritaire 2 « Développer des offres de promotion de la santé ».

**Réduire les inégalités sociales de santé**

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

3.9 Développer une approche interministérielle des inégalités sociales de santé.

Afin d’assurer une réelle amélioration de la santé et du suivi social de tous, et des plus fragilisés en particulier, il est nécessaire que tous les niveaux et types de compétences (emploi, santé, éducation et formation, affaires sociales...) se sentent concernés par la lutte contre les inégalités sociales de santé et s’y investissent activement.

**Piste d’actions en lien**

– Action de sensibilisation ou de lobby visant les pouvoirs publics de chaque secteur (enseignement, logement, emploi...) sur l’impact des inégalités sociales sur la santé à leur niveau de compétence.

– Création d’une conférence interministérielle avec un engagement formel des différents ministres impliqués.
D / GRILLE RÉCAPITULATIVE

Remarque préalable : le libellé des objectifs prioritaires et intermédiaires résulte d’une synthèse et d’une reformulation des objectifs figurant dans les grilles de programmation produites par les unités de concertation (cf. Volume 2).

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 3</th>
<th>Développer des offres de santé et de soutien social de proximité</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Objectifs intermédiaires</strong></td>
<td><strong>Thématique(s)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.1 Connaître les besoins des bénéficiaires et sensibiliser les acteurs de terrain à ces besoins.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2 Connaître les offres existantes, les soutenir ou en développer de nouvelles si nécessaire.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3 Favoriser le travail en partenariat et en réseau avec d’autres professionnels pour assurer une détection précoce des problèmes et une prise en charge adéquate.</td>
<td>Soutien social</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4 Soutenir la personne dans ses changements de mode de vie.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5 Soutenir la personne dans le suivi de son traitement.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td>3.6 Diffuser des messages clairs, cohérents et communs à tous les professionnels de santé.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
</tbody>
</table>

B / DÉVELOPPER DES HABITUDES ET DES COMPÉTENCES PERSONNELLES POUR L’ADOPTION DE MODES DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ, AU DÉPISTAGE ET AU TRAITEMENT

| 3.7 Développer des connaissances, attitudes, aptitudes, croyances et modes de vie favorables à la prise en charge de sa santé (y compris en termes de dépistage). | Alimentation |   |   |   |   |   |   |
| 3.8 Développer les compétences du patient à l’autogestion, à l’adhésion au traitement et à l’adaptation du traitement à sa maladie chronique. | Alimentation |   |   |   |   |   |   |

C / ENJEUX DE SOCIÉTÉ

| Favoriser la participation des bénéficiaires | Cf. objectifs intermédiaires 2.11, 2.12 et 2.13 | Bien-être | Soutien social | Lien social | Empowerment |
| Réduire les inégalités sociales de santé | 3.9 Développer une approche interministérielle des inégalités sociales de santé. |   |   |   |   |
Objectif prioritaire 4
Favoriser l'accessibilité aux infrastructures ainsi qu’aux offres de santé, de promotion de la santé et de soutien social

Toute offre ou infrastructure mise à la disposition de la population se doit d’être réfléchie en termes d’accès de façon à lever les obstacles qui pourraient en diminuer l’utilisation ou la fréquentation.

Cette accessibilité recouvre différentes dimensions :
- Accessibilité sociale et culturelle : cela correspond-il aux images et aux représentations culturelles et sociales de la population ciblée ? Le public a-t-il le sentiment que ce service lui est destiné, s’y sent-il en confiance et s’y reconnaît-il ? Correspond-il à l’organisation sociale du public en termes d’horaire ?
- Accessibilité financière : le public a-t-il les moyens financiers de recourir à l’offre ou aux infrastructures ? Y a-t-il des incitants financiers ?
- Accès physique : l’offre est-elle accessible physiquement en termes de trajets ou de déplacements à effectuer ?

A / D’UN POINT DE VUE SOCIAL ET CULTUREL

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

4.1 Tenir compte des contraintes de temps et d’horaires du public bénéficiaire.
**Pistes d’actions en lien**
- Consultation des groupes de bénéficiaires (enquêtes, focus groups, etc.).
- Aménagement des horaires avec, pour certains jours, des heures d’ouverture sur le temps de midi, le soir.
- Ajustement des heures d’ouverture et d’accès aux outils (informatique, bibliothèques…) aux besoins des étudiants dans l’enseignement supérieur, en tenant compte, par exemple, des périodes de blocs et d’examens.

4.2 Connaître et faire connaître les conditions d’accès des différentes infrastructures et offres.
**Pistes d’actions en lien**
- Réalisation d’un état des lieux (cadastre) de ce qui existe et des conditions d’accès. Exemple : d’un cadastre de l’aide alimentaire, des restaurants sociaux ou d’autres types d’aides locales.

4.3 Augmenter la disponibilité des infrastructures existantes en mettant à disposition des lieux multifonctionnels, de proximité et reconnus socialement.
**Pistes d’actions en lien**
- Mise à disposition de sa salle de sport par une école pour les familles des enfants, les familles du quartier.
- Mise à disposition par une entreprise de sa salle de sport pour les familles des employés.

4.4 Prévoir la possibilité d’accès différenciés pour certaines populations cibles.
**Pistes d’actions en lien**
- Heures d’ouverture particulières de la piscine pour certains types de publics (jeunes enfants, par exemple).
- Organisation de garderie, d’ateliers pour enfants afin de rendre la piscine ou la salle de sport accessible aux jeunes mamans.

4.5 Diffuser une information régulière et mise à jour sur les offres et infrastructures ainsi que sur les possibilités d’accès.
**Pistes d’actions en lien**
- Développement d’une communication de proximité : toutes-boîtes, information affichée dans les lieux publics, dans les lieux de vie, radios et télévisions locales, etc.
- Mise en place et recours aux forfaits sociaux pour les repas scolaires.
- Création d’un numéro d’appel ou d’un site Web pour obtenir les informations (tant administratives que médicales, que sur les loisirs sportifs et les offres en matière de santé).
4.6 Stimuler la fréquentation des infrastructures de proximité et l’utilisation des offres.

**Pistes d’actions en lien**
- Organisation d’actions, d’animations, d’événements de valorisation des lieux et d’événements «attractifs» favorisant la convivialité et l’échange entre les personnes pour susciter leur fréquentation.
- Promotion de congés pour la poursuite de l’allaitement maternel.

**B / D’UN POINT DE VUE FINANCIER**

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

4.7 Porter une attention constante à l’accessibilité financière des différents types de services et activités.

**Pistes d’actions en lien**
- Développement d’une offre d’activités et tarification tenant compte des ressources financières des bénéficiaires.
- Développement de chèques sport, de billets combinés activités-déplacements, de primes, etc.
- Soutien financier aux structures d’aide comme les épiceries sociales, les structures de distribution de l’aide alimentaire.
- Organisation de dépistages du risque cardiovasculaire global gratuits.
- Soutien financier aux professionnels pour permettre une diminution des honoraires et faciliter ainsi l’accès aux consultations en lien avec l’alimentation ou le sevrage tabagique.

4.8 Coordonner les ressources disponibles.

**Pistes d’actions en lien**
- Pour une répartition plus équitable des ressources financières dans les clubs sportifs, mise en place d’une commission de contrôle et d’avis sur le sponsoring en termes qualitatifs et quantitatifs.

**C / D’UN POINT DE VUE PHYSIQUE (GÉOGRAPHIQUE ET LOGISTIQUE)**

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

4.9 Faciliter l’accès physique aux ressources et sécuriser les abords des infrastructures et espaces publics.

**Pistes d’actions en lien**
- Création de parkings à vélos, de pistes cyclables, de trottoirs.
- Organisation de covoiturages, etc.
- Augmentation des lignes de bus.
- Décentralisation des services offerts.

4.10 Développer des synergies et des partenariats locaux, privés-publics pour favoriser l’accessibilité aux espaces publics, aux espaces verts, aux infrastructures favorisant l’activité physique.

**Pistes d’actions en lien**
- Combinaison pour un même lieu de plusieurs fonctions (lieux multifonctionnels permettant les sports individuels et collectifs) et exploités par différents types d’intervenants.
- Exploitation des structures existantes par plusieurs organisations. Par exemple : pour l’organisation d’activités sportives de proximité, partage de locaux entre les écoles, tous réseaux confondus, entre les écoles et les clubs sportifs, etc.
 Favoriser la participation des bénéficiaires

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

4.11 Encourager la mise en place de groupes de bénéficiaires pour participer à l’analyse des besoins, y compris en termes d’accès.

4.12 Favoriser la diffusion par les pairs de l’information concernant les ressources et structures.

Réduire les inégalités sociales de santé

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

4.13 Développer des offres de proximité et/ou dans des lieux de vie (surtout pour les populations fragilisées).

**Pistes d’actions en lien**

- Développer une offre d’au moins deux à trois heures (en fonction de l’âge) d’activité physique en milieu scolaire de façon à garantir un «minimum» d’exercices physiques à tous les enfants en âge scolaire.
- Organisation de dépistages dans des lieux de proximité : maisons de quartiers, maisons médicales, lieux publics, etc.

4.14 Simplifier les procédures pour l’octroi d’aides financières (en lien avec le point 4.7).

**Pistes d’actions en lien**

- Information claire concernant les conditions d’accès à des avantages financiers (statut OMNIO par exemple\(^{96}\)).

4.15 Adapter les services et les actions proposés (offres d’activités physiques et sportives adaptées, aide et accompagnement des étudiants en situation de handicap, etc.) en fonction des résultats de l’analyse des besoins.

4.16 Assurer une circulation de l’information sur les ressources disponibles, adaptée aux publics défavorisés et aux acteurs relais les plus proches.

**Pistes d’actions en lien**

- Développement d’une réelle communication de proximité : communication via les toutes-boîtes, les télévisions communautaires, information présente dans la salle d’attente des médecins généralistes et divers milieux de vie des publics visés.

---

\(^{96}\) Le statut OMNIO donne depuis le 1er juillet 2007 droit à de meilleurs remboursements des frais médicaux (médecin, dentiste, kiné, pharmacien, hospitalisation…) pour des ménages ayant des faibles revenus. La part personnelle (ticket modérateur) à payer pour ces prestations est donc nettement moins élevée. (http://www.inami.fgov.be).
**E / GRILLE RÉCAPITULATIVE**

Remarque préalable : le libellé des objectifs prioritaires et intermédiaires résulte d’une synthèse et d’une reformulation des objectifs figurant dans les grilles de programmation produites par les unités de concertation (cf. Volume 2).

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 4</th>
<th>Favoriser l’accessibilité aux infrastructures ainsi qu’aux offres de santé, de promotion de la santé et de soutien social</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Objectifs intermédiaires</td>
<td>Thématique(s)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Unités de concertation (milieux de vie, publics, acteurs)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Petite enfance</td>
</tr>
<tr>
<td>A / D’UN POINT DE VUE SOCIAL ET CULTUREL</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.1 Tenir compte des contraintes de temps et d’horaires du public bénéficiaire.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2 Connaître et faire connaître les conditions d’accès des différentes infrastructures et offres.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3 Augmenter la disponibilité des infrastructures existantes en mettant à disposition des lieux multifonctionnels, de proximité et reconnus socialement.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td>4.4 Prévoir la possibilité d’accès différenciés pour certaines populations cibles.</td>
<td>Activité physique</td>
</tr>
<tr>
<td>4.5 Diffuser une information régulière et mise à jour sur les offres et infrastructures ainsi que sur les possibilités d’accès.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td>4.6 Stimuler la fréquentation des infrastructures de proximité et l’utilisation des offres.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td>B / D’UN POINT DE VUE FINANCIER</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.7 Porter une attention constante à l’accessibilité financière des différents types de services et activités.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td>4.8 Coordonner les ressources disponibles.</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## OBJECTIF PRIORITAIRE 4
Favoriser l’accessibilité aux infrastructures ainsi qu’aux offres de santé, de promotion de la santé et de soutien social

<table>
<thead>
<tr>
<th>Objectifs intermédiaires</th>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation (milieux de vie, publics, acteurs)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Petite enfance</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### C / D’UN POINT DE VUE PHYSIQUE (GÉOGRAPHIQUE ET LOGISTIQUE)

| 4.9 Faciliter l’accès physique aux ressources et sécuriser les abords des infrastructures et espaces publics. | Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social Soutien social | |
| 4.10 Développer des synergies et des partenariats locaux, privés-publics pour favoriser l’accessibilité aux espaces publics, aux espaces verts, aux infrastructures, etc. favorisant l’activité physique. | Activité physique Bien-être Lien social | |

### C / ENJEUX DE SOCIÉTÉ

#### Favoriser la participation des bénéficiaires

| 4.11 Encourager la mise en place de groupes de bénéficiaires pour participer à l’analyse des besoins, y compris en termes d’accès. | Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social Empowerment | |

#### Réduire les inégalités sociales de santé

| 4.13 Développer des offres de proximité et/ou dans les lieux de vie (surtout pour les populations fragilisées). | Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social Soutien social | |
| 4.14 Simplifier les procédures pour l’octroi d’aides financières. | Soutien social | |
| 4.15 Adapter les services et les actions proposés (offre d’activités physiques et sportives adaptées, aide et accompagnement des étudiants en situation de handicap…), en fonction des résultats de l’analyse des besoins. | Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social | |
| 4.16 Assurer une circulation de l’information sur les ressources disponibles, adaptée aux publics fragilisés et aux acteurs relais les plus proches. | Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social Soutien social | |
Objectif prioritaire 5
Mobiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels

Cette stratégie vise le rôle actif ainsi que les efforts menés par les acteurs politiques pour soutenir, orienter, encourager une pratique ou le fonctionnement d’une structure dans une direction voulue. Les acteurs visés sont tant le pouvoir politique que les responsables des institutions à différents niveaux de territoire et de pouvoir (communal, provincial, communautaire, régional et fédéral).

Précisons que les termes «pouvoirs locaux» désignent le niveau communal et provincial. Pour rappel, les activités en fonction de leur nature dépendent de différents niveaux de pouvoir qui assument des responsabilités diverses. Ainsi, la coordination ou la synergie des activités et des acteurs de terrain dépendra sans doute davantage des niveaux de pouvoirs communal et provincial que des niveaux régional et fédéral.

Ces pouvoirs locaux sont aussi concernés en tant que pouvoirs organisateurs de l’enseignement communal ou provincial, des activités extrascolaires ou encore de l’accueil de la petite enfance. À ce niveau, la Communauté française apparaît également en tant que pouvoir organisateur de l’un des réseaux d’enseignement francophone.

Nous nous intéressons ici à la manière dont les décideurs peuvent intervenir et prendre des mesures pour favoriser et veiller à la qualité des structures, des services et des projets favorisant des modes de vie sains mais aussi la construction du lien social (par la population et au sein de celle-ci).

Sont également visées dans cet objectif prioritaire les démarches des professionnels de divers secteurs, voire de la population, à l’égard de décideurs pour qu’ils se mobilisent au niveau de la promotion de la santé.

A / SÉNSIBILISER LES ACTEURS POLITIQUES ET LES RESPONSABLES INSTITUTIONNELS À LEUR RÔLE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION.

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

5.1 Sensibiliser les décideurs politiques et institutionnels à l’importance :
- d’aménager des cadres de vie favorables à la santé et au bien-être de la population.
- de mettre en place des offres de services et d’actions favorables à la santé et au bien-être de la population.
- de mettre en place des offres de services et d’actions favorables à la création de liens sociaux entre les citoyens.

Pistes d’actions en lien
- Constitution de rapports, de dossiers de lobby valorisant les expériences positives développées à l’étranger ou au niveau local (sur d’autres territoires équivalents, d’autres communes, etc.)
- Constitution d’argumentaires pointant les bénéfices en termes de santé pour la population et au niveau économique.
- Création de réseaux ou de journées d’échanges entre pouvoirs locaux.

B / ADOPTER DES RÉGLEMENTATIONS, DES MESURES ET DES MODIFICATIONS ORGANISATIONNELLES Favorables à la santé

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

5.2 Développer une approche interministérielle de la promotion de la santé.

Pistes d’actions en lien
- Approche interministérielle de la santé (Conférence interministérielle, groupes de travail interdisciplinaires).
- Constitution d’un groupe de travail interministériel (enseignement, santé, jeunesse, sport, enfance) pour l’élaboration d’un décret (pour l’enseignement et l’extrascolaire en Communauté française) sur l’interdiction des distributeurs d’encas sucrés-salés en milieu scolaire et extrascolaire. Cela doit s’accompagner de la mise en place de mesures pour soutenir les écoles et acteurs de l’extrascolaire à appliquer le décret (information, conseils, support pour imaginer les alternatives…) en collaboration avec les pouvoirs organisateurs des écoles.
5.3 Mettre en place des politiques transversales et coordonnées en matière de promotion de la santé et de qualité de vie (environnement, mobilité, activité physique, alimentation, environnement, mobilité, stress, logement…).

**Pistes d’actions en lien**

- Création, au sein des communes, d’un Conseil Consultatif de la qualité de vie.
- Réalisation d’un plan communal de mobilité douce.
- Intégration des politiques de qualité de vie dans les missions des Agences de Développement Local.
- Mise en lien de la politique de mobilité douce avec les autres politiques. Si rien n’existe, créer un poste de « référent » de la qualité de vie au niveau de la commune (qui fera le lien entre environnement et santé cardiovasculaire).
- Réexamen et modifications du plan d’aménagement du territoire.
- Développement d’actions de sensibilisation de la population en matière de la qualité de vie et de la promotion de la santé : organisation et participation à des journées (inter)nationales de la qualité de vie, etc.

5.4 Assurer le suivi des règlements existants en matière de santé (sécurité, hygiène…), adopter de nouvelles mesures et développer une aide aux acteurs pour leur mise en place.

**Pistes d’actions en lien**

- Adoption de mesures collectives dans les différents milieux de vie pour la bonne utilisation des environnements favorisant l’activité physique, une mobilité active et une diminution du stress.
- Rappel et sensibilisation des équipes éducatives (directeurs, enseignants, auxiliaires d’éducation…) à l’obligation de respecter l’article 41 du Pacte Scolaire sur l’interdiction de la publicité à l’école (par l’envoi par les pouvoirs organisateurs d’un courrier aux directions d’écoles).

5.5 Prendre systématiquement en compte l’accessibilité physique (y compris les aspects de sécurité), financière et sociale (non discriminante) de tous les types d’usagers (jeunes, seniors, enfants, personnes précarisées, handicapées…) aux infrastructures.

**Pistes d’actions en lien**

- Amélioration du cadastre de l’ensemble des lieux et infrastructures existantes (cf. objectif prioritaire 1) en spécifiant les activités réalisées et les acteurs en lien.
- Recherche de solutions par les mandataires locaux pour la mise en place de la gratuité, de prix adaptés, de facilités ou d’incitants financiers du type chèque sport, avec un abaissement de l’âge et un élargissement des activités couvertes (psychomotricité pour les enfants avant trois ans…), cartes sports démocratiques, prise en charge des abonnements par les CPAS ou les structures d’aide sociale…
- Aménagement et sécurisation des abords des infrastructures (trottoirs sécurisés, éclairage, pistes cyclables…).
- Soutien au développement de services de proximité : marchés locaux, commerces de quartier…

5.6 Créer ou soutenir l’aménagement de cadres de vie favorables à la santé : espaces verts entretenus, infrastructures sportives, réfectoires correctement aménagés, cours de récréation aménagées et équipées, alimentation de qualité…

**Pistes d’actions en lien**

- Réalisation d’un état des lieux (cadastre) pour définir les aménagements nécessaires.
- Enquêtes auprès de la population, organisation de tables rondes sur le type d’aménagements à envisager.
- Augmentation du nombre de places en milieu d’accueil et de socialisation (pré gardiennats, crèches, haltes garderies, haltes d’accueil…) qui développent un cadre favorable à la santé cardiovasculaire (motricité, alimentation…).
- Diffusion de référentiels pour l’aménagement des espaces publics favorisant une alimentation saine, la mobilité et l’activité physique (conseils pour l’aménagement des cours de récréation, des réfectoires et des cantines, etc.).

5.7 Adopter des mesures pour favoriser et valoriser la consommation d’aliments contribuant à une alimentation saine.

**Pistes d’actions en lien**

- Soutien et organisation d’actions d’informations, de sensibilisation de la population, en partenariat avec des acteurs tels que l’Accueil champêtre en Wallonie, la Fédération Wallonne de l’Agriculture…).
- Création d’un label «alimentation saine» pour l’HORECA.
- Installation de fontaines d’eau et remplacement des aliments trop sucrés et trop gras par des aliments plus sains dans les infrastructures publiques (communales, provinciales, communautaires, régionales) ou lors d’événements organisés par les pouvoirs publics.
- Création d’un modèle de cahier des charges pour les restaurations collectives dépendant des pouvoirs publics (communes, provinces, Communauté, Régions).
5.8 Travailler en réseau, coordonner les ressources et les offres afin de rationaliser et de décloisonner ce qui existe.

**Pistes d’actions en lien**
- Développement des contacts, des rencontres des différentes structures existantes et des acteurs impliqués : partenariats avec les secteurs culturels, économiques, etc.
- Octroi de subsides aux écoles qui partagent leurs infrastructures avec d’autres écoles, associations, etc.
- Mise en place par les communes, qui n’en auraient pas encore, d’une coordination de l’accueil temps libre (ATL) pour les activités extrascolaires.

### C / MOBILISER DES MOYENS POUR DÉVELOPPER DES CADRES DE VIE ET DES OFFRES FAVORABLES À LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE DE LA POPULATION

5.9 Octroyer des moyens financiers ou humains pour développer des offres et des cadres de vie favorables à la santé cardiovasculaire.

**Pistes d’actions en lien**
- Création d’un poste d’échevinat de la santé dans chaque commune.
- Octroi d’incitants financiers aux agents communaux qui pratiquent la mobilité douce (déplacements du domicile au travail à vélo, ou entre sites professionnels…).
- Constitution d’équipes «d’experts», de renforcement, pour soutenir les acteurs de terrain à faire face à des situations critiques ou pour développer des actions de promotion de la santé.
  Exemple : renforcement des équipes de santé des écoles et du personnel responsables des menus et des repas par un diététicien, comme personne ressource pour la mise sur pied, le suivi et la supervision d’une offre alimentaire équilibrée et variée produite localement ou livrée (respect des normes HACCP), pour la négociation des contrats avec les services de restauration collective dans le cadre scolaire et extrascolaire.
- Création d’un poste de «référent» de la qualité de vie au niveau de la commune (qui fera le lien entre environnement et santé cardiovasculaire) (en lien avec l’objectif intermédiaire 5.1).
- Amélioration du statut des accueillantes conventionnées et autonomes pour rendre plus attractive la profession et encourager ainsi l’augmentation de l’offre de l’accueil.

5.10 Assurer la formation des acteurs de «première» et «seconde» lignes aux déterminants de la santé cardiovasculaire et aux possibilités d’actions (en lien avec l’objectif prioritaire 6 : Soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population).

**Pistes d’actions en lien**
- Organisation, par les responsables et acteurs institutionnels, de formations sur la prévention et la promotion de la santé cardiovasculaire.
- Intégration, dans les programmes de formations continuées des professionnels de santé, d’analyses des déterminants de la santé cardiovasculaire et des actions en lien.

### D / ENJEUX DE SOCIÉTÉ

#### Favoriser la participation des bénéficiaires

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

5.11 Faciliter l’accès et la participation de la population à des concertations communales, à des tables rondes, etc. concernant l’aménagement de ses lieux de vie, ou des mesures en lien avec sa qualité de vie au niveau local (quartier, commune).

#### Réduire les inégalités sociales de santé

**OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES**

5.12 Accorder la priorité aux projets et structures visant les inégalités sociales (en termes de financement, d’aides spécifiques, de soutien, etc.).

5.13 Inscrire la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les programmes des partis politiques et dans les plans d’action des décideurs politiques, quels que soient leurs niveaux et types de compétences (logement, enseignement, santé, mobilité, emploi…) : au niveau du budget, des stratégies, des objectifs, des procédures de sélection des projets.

5.14 Adopter des mesures spécifiques pour faciliter l’accès des populations précarisées à des structures, services, aides financières favorables à leur santé.

5.15 Au niveau des pouvoirs locaux, rechercher des solutions pour la mise en place de la gratuité, de prix adaptés ou de facilités financières du type chèque sport, avec un abaissement de l’âge et un élargissement des activités couvertes (psycomotricité pour les enfants avant trois ans…).
E / GRILLE RÉCAPITULATIVE

Remarque préalable : le libellé des objectifs prioritaires et intermédiaires résulte d’une synthèse et d’une reformulation des objectifs figurant dans les grilles de programmation produites par les unités de concertation (cf. Volume 2).

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 5</th>
<th>Mobiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels</th>
<th>Unités de concertation (millefeuille, vie, publics, acteurs)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Objectifs intermédiaires</strong></td>
<td><strong>Thématique(s)</strong></td>
<td><strong>Petite enfance</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>A / SENSIBILISER LES ACTEURS POLITIQUES ET LES RESPONSABLES INSTITUTIONNELS À LEUR RÔLE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.1 Sensibiliser les décideurs politiques et institutionnels à l’importance</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| • d’aménager des 

cadres de vie favorables à la 
santé et au bien-être de la population. | **Alimentation** | **Activité physique** | **Tabac** | **Stress** | **Bien-être** | **Lien social** |
| • de mettre en place des offres de services et 
d’actions favorables à la santé et au bien-être de la population. | | | | | | |
| • de mettre en place des offres de services et 
d’actions favorables à la création de liens sociaux entre les citoyens. | | | | | | |

<p>| <strong>B / ADOPTER DES RÉGLEMENTATIONS, DES MESURES ET DES MODIFICATIONS ORGANISATIONNELLES FAVORABLES À LA SANTÉ</strong> | | | |
| <strong>5.2 Développer une approche interministérielle de la promotion de la santé.</strong> | | | |
| <strong>5.3 Mettre en place des politiques transversales et coordonnées en matière de promotion de la santé et de la qualité de vie (environnement, mobilité, activité physique, alimentation, environnement, mobilité, stress, logement…).</strong> | | | |
| <strong>5.4 Assurer le suivi des réglementations existants en matière de santé (sécurité, hygiène…), adopter de nouvelles mesures et développer une aide aux acteurs pour leur mise en place.</strong> | | | |
| <strong>5.5 Prendre systématiquement en compte l’accessibilité physique (y compris les aspects de sécurité), financière et sociale (non discriminante) de tous les types d’usagers (jeunes, seniors, enfants, personnes précarisées, handicapées…) aux infrastructures.</strong> | | | |
| <strong>5.6 Créer ou soutenir l’aménagement de cadres de vie favorables à la santé : espaces verts entretenus, infrastructures sportives, réfectoires correctement aménagés, cours de récréation aménagées et équipées, alimentation de qualité…</strong> | | | |
| <strong>5.7 Adopter des mesures pour favoriser et valoriser la consommation d’aliments contribuant à une alimentation saine.</strong> | | | |
| <strong>5.8 Travailler en réseau, coordonner les ressources et les offres afin de rationaliser et de décloisonner ce qui existe.</strong> | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Objectifs intermédiaires</th>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation (milles de vie, publics, acteurs)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Petite enfance</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>C / MOBILISER DES MOYENS POUR DÉVELOPPER DES CADRES DE VIE ET DES OFFRES FAVORABLES À LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE DE LA POPULATION</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.9 Octroyer des moyens financiers ou humains pour développer des offres et des cadres de vie favorables à la santé.</td>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tabac</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Soutien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.10 Assurer la formation des acteurs de « première » et « seconde » lignes aux déterminants de la santé cardiovasculaire et aux possibilités d’actions.</td>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tabac</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>D / ENJEUX DE SOCIÉTÉ</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Favoriser la participation des bénéficiaires</td>
<td>5.11 Faciliter l’accès et la participation de la population à des concertations communales, à des tables rondes, etc. concernant l’aménagement de ses lieux de vie ou des mesures en lien avec sa qualité de vie au niveau local (quartier, commune).</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tabac</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Soutien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>阿尔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Réduire les inégalités sociales de santé</td>
<td>5.12 Accorder la priorité aux projets et structures visant les inégalités sociales (en termes de financement, d’aides spécifiques, de soutien, etc.).</td>
<td>Alimentation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tabac</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Soutien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.13 Inscrire la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les programmes des partis politiques et dans les plans d’action des décideurs politiques, quels que soient leurs niveaux et types de compétences (logement, enseignement, santé, mobilité, emploi…) : au niveau du budget, des stratégies, des objectifs, des procédures de sélection des projets.</td>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tabac</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Soutien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.14 Adopter des mesures spécifiques pour faciliter l’accès des populations précarisées à des structures, services, aides financières favorables à leur santé.</td>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tabac</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stress</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bien-être</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Soutien social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.15 Au niveau des pouvoirs locaux, rechercher des solutions pour la mise en place de la gratuité, de prix adaptés ou de facilités financières (du type chèque sport), avec un abaissement de l’âge et un élargissement des activités couvertes (psychomotricité pour les enfants avant trois ans…).</td>
<td>Alimentation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Activité physique</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Objectif prioritaire 6
Soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population

Sont ici concernés les acteurs «professionnels», qu’ils soient de première ou seconde ligne, dans leur fonction de relais vers la population.

Les secteurs visés sont très variés et en lien avec les multiples domaines concernés par la santé cardiovasculaire : enseignement, petite enfance et jeunesse, santé, promotion de la santé, social, médicosocial, insertion socioprofessionnelle, monde du travail, sport.

Les relais «non professionnels» sont concernés à certains égards pour cet objectif mais ne sont pas repris à ce stade. Ils se retrouvent de manière transversale à tous les objectifs prioritaires et dans les paragraphes consacrés à la participation des bénéficiaires.

Les axes prioritaires de cet objectif se centrent sur le renforcement des capacités et des compétences des professionnels et le développement d’outils et de structures qui soutiennent leurs actions. Les outils visent entre autres l’amélioration de la communication avec la population, entre professionnels, etc.

A / DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ, DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE, DE SUIVI INDIVIDUEL ET DE SOUTIEN SOCIAL

Les acteurs manifestent le besoin de développer ou de renforcer leurs compétences et capacités afin d’améliorer la qualité de leur travail auprès des populations bénéficiaires. Cette stratégie vise, de manière idéale, le renforcement conjoint des capacités et des compétences des professionnels tant pour les dimensions individuelles que collectives, et tant dans les niveaux de la promotion de la santé que de la prévention et du dépistage du risque cardiovasculaire global.

Les compétences et connaissances des professionnels, tous secteurs confondus, sont à développer en matière de promotion de la santé. Les compétences requises ne sont pas identiques pour chaque catégorie de professionnels. Elles sont à définir en fonction des besoins de la profession, du public auquel les professionnels s’adressent et du milieu dans lequel ils travaillent (en lien avec l’objectif 2).

Voici quelques pistes de compétences à développer en promotion de la santé pour tous les professionnels :
- les compétences en communication : capacité des professionnels à communiquer, à s’ouvrir à la diversité des bénéficiaires…;
- les compétences en formation et animation de groupes pour développer :
  - les capacités personnelles (coping, adaptabilité) des bénéficiaires
  - l’esprit critique des bénéficiaires
  - la confiance en soi des publics bénéficiaires en valorisant leurs compétences
  - leur capacité à participer aux projets qui les concernent
- les connaissances des dimensions de la promotion de la santé, dont le développement d’une approche non culpabilisante ou stigmatisante ;
- des connaissances dans des domaines plus spécifiques en lien avec les facteurs de risque cardiovasculaires : alimentation, activité physique, sevrage tabagique, hypertension…;
- une cohérence entre les messages transmis aux bénéficiaires par les professionnels de l’éducation et leurs attitudes.

Quel que soit leur secteur d’activités, mais tout particulièrement dans le cadre d’entretiens individuels avec les patients, de nombreux professionnels se sentent peu préparés pour développer, auprès des bénéficiaires, des compétences et ressources individuelles nécessaires aux adaptations de leurs modes de vie dans un sens favorable à leur santé, ainsi qu’une attitude favorable au dépistage des facteurs de risque dont le risque cardiovasculaire global97,98.

Cette notion de dépistage global intègre d’une part, pour les professionnels intervenant dans le cadre d’une relation individuelle, la nécessité de développer des compétences en matière d’accompagnement et d’éducation des patients dans l’amélioration de leur mode de vie et d’autre part, pour les autres professionnels, la familiarisation aux déterminants de la santé cardiovasculaire et aux possibilités d’actions qu’ils peuvent mettre en œuvre à leur niveau.

97 Le dépistage du risque cardiovasculaire global chez les personnes âgées de 30 à 75 ans est un outil utile dans une stratégie préventive. En effet, il permet d’identifier les personnes les plus à risque de développer des maladies cardiovasculaires et d’initier chez elles une politique de modification des facteurs de risque. Le dépistage se réalise en trois étapes : l’anamnèse et l’examen clinique, la détermination du risque et le suivi. Cette dernière étape vise une prise en charge prioritaire des patients à risque cardiovasculaire global élevé ou moyen, ainsi que des patients fumeurs.
Un certain nombre de compétences et de connaissances doivent également être développées par les professionnels devant assurer un soutien social ainsi qu’un meilleur suivi individuel des bénéficiaires (en lien avec l’objectif 3).

En voici quelques pistes :

- les compétences en relation avec le patient : communication, empathie, écoute, entretien motivationnel ;
- les compétences en éducation (pour la santé) et promotion de la santé du patient ;
- les connaissances en matière de dépistage et de prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire.

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

6.1 Intégrer les compétences dans le curriculum de formation initiale et les offres de formations continues des professionnels.

Piste d’action en lien
- Création d’un réseau de réflexion pour accompagner entre autres : l’analyse des besoins en formation, la définition de compétences transversales et spécifiques aux différents types de professions, le suivi de l’adéquation entre la formation et la pratique professionnelle. L’existence de ce réseau apporterait une meilleure cohérence entre les formations initiées par les différents secteurs et permettrait ainsi un travail interdisciplinaire plus aisé grâce à un langage commun entre acteurs.

6.2 Organiser des formations destinées aux professionnels et ciblées sur certains objectifs prioritaires.

Pistes d’actions en lien
- Formation du personnel devant encadrer des publics spécifiques (seniors, petits enfants, personnes moins sportives…).
- Développement des compétences des professionnels responsables de l’offre alimentaire dans les lieux collectifs en matière de nutrition, de promotion et d’éducation de la santé.
- Développement des compétences des professionnels de la santé en matière d’éducation du patient, d’entretien motivationnel, etc.
- Mise en place d’une formation destinée aux professionnels de la santé en matière de dépistage et de suivi du risque cardiovasculaire global.

6.3 Diversifier les formules de formation proposées aux professionnels en faisant appel à des approches pédagogiques centrées sur l’apprentissage.

Piste d’action en lien
- Formations concrètes et pratiques (orientées sur le développement des compétences), temps d’échanges, travail des liens théorie/pratique, échanges de bonnes pratiques, conférences, séminaires, réseaux de supervision/intervision, réseaux de réflexion.

6.4 Veiller à l’accessibilité des formations continues en termes : financiers, de temps et d’organisation.

Pistes d’actions en lien
- Cf. les pistes d’action de l’objectif intermédiaire 5.10.
- Mise en place de conditions permettant au personnel de se former : congés de formation, chèques formation, flexibilité des horaires, formations à horaires décalés, à distance…

B / DÉVELOPPER DES OUTILS QUI SOUTIENNENT L’ACTION DES PROFESSIONNELS

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

6.5 Connaître, valoriser l’existant et assurer une bonne utilisation des outils et des structures de soutien, en particulier pour les professionnels d’autres secteurs que la prévention et la promotion de la santé.

Pistes d’actions en lien
- Valorisation des outils existants auprès des professionnels des différents secteurs.
- Création d’un site portail au niveau local, de fiches reprenant les ressources locales.

6.6 Créer et promouvoir de nouveaux outils tout en assurant une utilisation adéquate de ceux-ci.

Pistes d’outils
- Sources d’information pour les professionnels (et parfois les bénéficiaires) : numéro d’appel, sites Internet/portails, cadastres des ressources locales.
- Outils de communication entre professionnels, d’évaluation, de méthodologie.
- Recommandations/guidelines, référentiels pour la préparation des repas en collectivité, l’aménagement des espaces devant stimuler la pratique d’une activité physique, etc..
- Guidelises de prévention cardiovasculaire et de formation à leur utilisation pour que tous les professionnels aient les mêmes messages avec les patients ainsi que les mêmes normes biomédicales pour la prise en charge (mêmes objectifs thérapeutiques).
- Argumentaires, dossiers de lobby, outils de sensibilisation des politiques ou responsables institutionnels pour impulser ou soutenir des pratiques et des actions, adopter des mesures.
- Études scientifiques dans le champ de la promotion de la santé (études sur l’impact des actions en promotion de la santé, etc.).
- Création de modes d’emploi et/ou de formations spécifiques pour un accompagnement méthodologique à l’utilisation de ces outils.
- Diffusion d’une information adéquate et ciblée via un site ad hoc, une lettre d’information, etc. sur les outils.

6.7 Organiser des campagnes médiatiques porteuses de messages en cohérence avec les actions menées par les professionnels sur le terrain.

**Pistes d’actions en lien**
- Diffusion de spots télévisés renforcés par une campagne d’affichage (éventuellement parrainée par une personnalité).
- Actions auprès de la presse.
- Diffusion de folders pour la sensibilisation et l’information de la population de façon à renforcer l’action et les messages des professionnels en milieu scolaire, par exemple.

**C / DÉVELOPPER DES STRUCTURES DE SOUTIEN POUR LES PROFESSIONNELS**

6.8 Organiser une supervision pour faire face à des situations critiques, intégrer de nouvelles dimensions dans sa pratique ou pour aider à réaliser une action.

**Pistes d’actions en lien**
- Équipe existante (ou externe «volante») pluridisciplinaire pour réfléchir avec les acteurs de première ligne à des solutions et aider à les mettre en place. Exemple : en cas de suppression des distributeurs d’encas sucrés-salés, pour trouver une alternative adaptée à l’école…
- Création de réseaux de supervision/intervision pour favoriser l’intégration des principes de la promotion de la santé et de l’éducation du patient dans la pratique des professionnels.

6.9 Octroyer des moyens financiers ou humains supplémentaires.

**Pistes d’actions en lien**
- Renforcement des équipes de santé des écoles, des services de Promotion de la Santé à l’Ecole (PSE), des centres de Psycho-médico-sociaux (PMS) ainsi que du personnel responsable des repas par un diététicien, comme personne ressource extérieure.
- Pérennisation des services en prévention et en promotion de la santé.

**D / ENJEUX DE SOCIÉTÉ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Favoriser la participation des bénéficiaires</th>
<th>OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6.10 Sensibiliser des professionnels à la participation des bénéficiaires et développer leurs compétences à ce niveau.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 6.11 Susciter la participation des professionnels à la définition de leurs besoins en termes d’outils, de compétences, de formation en lien avec leur pratique quotidienne de façon à expérimenter eux-mêmes le principe de la participation, pour ensuite mieux le faire vivre aux bénéficiaires. |

| 6.12 Partager les expériences, les bonnes pratiques, les outils et les informations. |
| **Piste d’actions en lien** |
| - Organisation de tables rondes, de journées d’études, de formation par les pairs. |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Réduire les inégalités sociales de santé</th>
<th>OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6.13 Développer des compétences et des capacités spécifiques au travail des professionnels avec les populations fragilisées. Il s’agit notamment d’ :</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- approcher les publics précarisés de manière adéquate, c’est-à-dire : en tenant compte de l’ensemble de leurs besoins, demandes, représentations et conditions de vie… et en reconnaissant leurs besoins spécifiques (financiers, sociaux, liés aux handicaps physiques, culturels) ;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- intégrer l’approche non culpabilisante et non stigmatisante, démédicalisée de la promotion de la santé ;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- intégrer la diversité culturelle ;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- communiquer de manière adéquate avec le public ;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- développer l’esprit critique vis-à-vis des messages «marketing» ;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- accroître la participation des bénéficiaires.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 6.14 Sensibiliser les professionnels au risque de renforcer, voire d’accroître, les inégalités sociales de santé en menant leurs actions. |
| **Pistes d’actions en lien** |
| - Développement d’outils/documents de formation et d’information. |
| - Organisation de journées d’études, de sensibilisation, etc. |
### E / GRILLE RÉCAPITULATIVE

Remarque préalable : le libellé des objectifs prioritaires et intermédiaires résulte d’une synthèse et d’une reformulation des objectifs figurant dans les grilles de programmation produites par les unités de concertation (cf. Volume 2).

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 6</th>
<th>Soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Objectifs intermédiaires</strong></td>
<td><strong>Thématique(s)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>A / DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ, DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE, DE SUVI INDIVIDUEL ET DE SOUTIEN SOCIAL</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>6.1</strong> Intégrer les compétences dans le curriculum de formation initiale et les offres de formations continus des professionnels.</td>
<td>Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social Soutien social Empowerment</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>6.2</strong> Organiser des formations destinées aux professionnels, ciblées sur certains objectifs prioritaires.</td>
<td>Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social Soutien social Empowerment</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>6.3</strong> Diversifier les formules de formation proposées aux professionnels en faisant appel à des approches pédagogiques centrées sur l’apprentissage.</td>
<td>Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social Soutien social Empowerment</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>6.4</strong> Veiller à l’accessibilité des formations continues en termes : financiers, de temps et d’organisation.</td>
<td>Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social Soutien social Empowerment</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B / DÉVELOPPER DES OUTILS QUI SOUTIENNENT L’ACTION DES PROFESSIONNELS</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>6.5</strong> Connaître, valoriser l’existant et assurer une bonne utilisation des outils et des structures de soutien, en particulier pour les professionnels d’autres secteurs que la prévention et la promotion de la santé.</td>
<td>Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social Soutien social Empowerment</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>6.6</strong> Créer et promouvoir de nouveaux outils tout en assurant une utilisation adéquate de ceux-ci.</td>
<td>Alimentation Activité physique Tabac Stress - Bien-être Lien social Soutien social Empowerment</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>6.7</strong> Organiser des campagnes médiatiques porteuses de messages en cohérence avec les actions menées par les professionnels sur le terrain.</td>
<td>Alimentation Activité physique Tabac</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Objetif prioritaire 6 – SOUTENIR LES PROFESSIONNELS ET RENFORCER LEURS ACTIONS AUPRÈS DE LA POPULATION
## OBJECTIF PRIORITAIRE 6
Soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population

<table>
<thead>
<tr>
<th>Objectifs intermédiaires</th>
<th>Thématique(s)</th>
<th>Unités de concertation (milieux de vie, publics, acteurs)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Petite enfance</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>C / DÉVELOPPER DES STRUCTURES DE SOUTIEN POUR LES PROFESSIONNELS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.8 Organiser une supervision pour faire face à des situations critiques, intégrer de nouvelles dimensions dans sa pratique ou pour aider à réaliser une action.</td>
<td>Alimentation</td>
<td>Tabac</td>
</tr>
<tr>
<td>6.9 Octroyer des moyens financiers ou humains supplémentaires.</td>
<td>Alimentation</td>
<td>Tabac</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| **D / ENJEUX DE SOCIÉTÉ** |               |               |                                          |                                           |                                          |                                          |                        |                          |                        |                                |
| Favoriser la participation des bénéficiaires | 6.10 Sensibiliser des professionnels à la participation des bénéficiaires et développer les compétences à ce niveau. | Empowerment |
| 6.11 Susciter la participation des professionnels à la définition de leurs besoins en termes d’outils, de compétences, de formation en lien avec leur pratique quotidienne de façon à expérimenter eux-mêmes le principe de la participation, pour ensuite mieux le faire vivre aux bénéficiaires. | Empowerment |
| 6.12 Partager les expériences, les bonnes pratiques, les outils et les informations. | Alimentation | Tabac | Stress | Bien-être | Lien social | Empowerment |

| Réduire les inégalités sociales de santé | 6.13 Développer des compétences et des capacités spécifiques au travail des professionnels avec les populations fragilisées. |                          |
| 6.14 Sensibiliser les professionnels au risque de renforcer, voire d’accroître, les inégalités sociales de santé en menant leurs actions. |                                      |
**Objectif prioritaire 7**

Assurer et coordonner la mise en œuvre du Plan
(Objectif transversal de gestion)

Le Plan devrait être doté d'organes de gestion pour assurer la coordination des activités qui en découlent. Il est important qu’une structure de coordination et qu’un Comité de pilotage assurent le suivi général et l’appui méthodologique du PCO cardiovasculaire. Le rôle de ces structures se situerait au niveau de l’appui méthodologique, du travail de coordination et de recherche de liens avec les diverses initiatives dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire en Belgique.

Nous reprenons ci-dessous le schéma du cadre de gestion proposé par le Comité de pilotage du PCO cardiovasculaire.

La cellule de coordination serait à la fois impliquée dans la gestion et la mise en œuvre du programme.

Les axes prioritaires de ce septième objectif, transversal aux six premiers, se centrent sur le suivi de la mise en œuvre des activités du Plan, sur le renforcement de leurs mécanismes de financement ainsi que sur «l’assurance qualité» et le processus continu d’évaluation.

Remarque : l’objectif prioritaire 7 n’est pas issu des échanges au sein des unités de concertations.
A / ASSURER LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DU PLAN

La cellule d’Appui au PCO cardiovasculaire, la CAP Cœur, a été créée pour une période de deux ans. Cette cellule pourrait endosser un rôle de coordination et pourrait être prolongée sous la forme d’un projet pluriannuel (sur 5 ans, par exemple). Cependant, cette coordination du PCO cardiovasculaire mériterait à terme de s’ancrer institutionnellement selon un mode et une forme encore à définir. Cet ancrage pourrait, par exemple, être envisagé à travers la mise en place d’un Centre de référence de prévention et promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française ou encore d’un organisme en charge de la coordination de la santé cardiovasculaire (ou de façon plus large des maladies chroniques non transmissibles). Vu l’ampleur des actions à développer à moyen et long terme et la diversité des partenaires et des publics à mobiliser, cet organisme devrait favoriser une gestion dynamique de l’implantation du Plan. Un système dynamique de gestion intégre toutes les dimensions de la gestion de cycle de Programme (élaboration, programmation, mise en œuvre et évaluation) tout en favorisant l’autonomie et la créativité des partenaires et acteurs dans la mise en œuvre des stratégies d’actions prioritaires.

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

7.1 Assurer la coordination générale de la mise en œuvre du Plan.

_Pistes d’actions en lien_

- Réunions périodiques de suivi de la mise en œuvre du Plan entre partenaires.
- Création d’un site Internet à destination des partenaires et des professionnels impliqués dans la mise en œuvre.

7.2 Appuyer méthodologiquement les Groupes de travail dans le suivi-évaluation des activités par milieu de vie.

_Pistes d’actions en lien_

- Élaboration d’un protocole méthodologique comme base pour les Groupes de travail.
- Appui à une planification (participative) des actions du PCO cardiovasculaire par Groupe de travail.
- Mise en place de liens entre les Groupes de travail, d’échanges d’expériences, tout en respectant leur spécificité, etc.
- Mise en place d’une base de données interactive des ressources en prévention/promotion de la santé cardiovasculaire (base de gestion de contenus).

7.3 Favoriser la mobilisation et l’intégration de nouveaux partenaires (institutionnels et opérationnels) dans le programme.

_Pistes d’actions en lien_

- Réunion annuelle de présentation du Plan aux différents niveaux de pouvoirs, aux responsables institutionnels et aux acteurs de promotion de la santé.
- Actions de sensibilisation et de lobbying pour la réalisation d’activités concrètes prioritées par les Groupes de travail.

7.4 Accompagner techniquement la Communauté française dans le choix de ses priorités en matière de projets de promotion de la santé cardiovasculaire.

_Pistes d’actions en lien_

- Définition de critères pour les appels à projet en lien avec la santé cardiovasculaire.
- Intégration dans les commissions d’avis de projets / programme en lien avec la promotion de la santé cardiovasculaire.
- Participation aux tableaux de bords et autres synthèses en lien avec la santé cardiovasculaire.

B / ASSURER LE CONTRÔLE DE QUALITÉ ET L’ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Il est important de mettre d’emblée en place un processus de contrôle de qualité et de suivi évaluation du plan. Un contrôle de qualité interne sera développé au sein des partenaires responsables de la coordination des activités de mise en œuvre du Plan. Un contrôle de qualité externe pourra être assuré par le Comité de Pilotage du PCO cardiovasculaire.

Ce contrôle de qualité passera aussi par les mécanismes de concertation avec les différentes instances de promotion de la santé en Communauté française.

7.5 Assurer le contrôle de qualité de la mise en œuvre du Plan.

_Pistes d’actions en lien_

- Définition avec les partenaires des éléments du contrôle de qualité.
- Mise en place d’une cellule contrôle qualité au sein des partenaires.
- Suivi des éléments et retours réguliers aux Groupes de travail et au Comité de pilotage.

7.6 Assurer l’évaluation de la mise en œuvre du Plan.

_Pistes d’actions en lien_

- Définition avec les partenaires des éléments et de la méthodologie d’évaluation
- Récolte et analyse des données en fonction des critères et indicateurs d’évaluation.
- Retours réguliers aux Groupes de travail et au Comité de pilotage.
C / FAVORISER LES MÉCANISMES DE FINancements DES ACTIVITÉS DU PLAN

Le Plan doit servir de cadre de référence pour orienter le choix des projets et activités de prévention et promotion de la santé cardiovasculaire à soutenir financièrement en Communauté française. Le budget alloué à cette thématique devrait être consacré aux priorités qui seront définies dès la mise en œuvre des programmations. Ce soutien à ces activités/projets devra suivre les procédures et mécanismes de financements définis par la Communauté française. D’autres niveaux de pouvoirs et institutions pourraient être impliqués dans le financement de certains volets du Plan.

7.7 Elaborer annuellement un plan financier pour l’opérationnalisation du Plan.
   \textbf{Pistes d’actions en lien}  
   - Réunions avec les responsables du PCO de la Communauté française pour connaître les moyens alloués au Plan.
   - Elaboration de plans financiers en fonction des priorités et des avancées du Plan.

7.8 Rechercher des financements complémentaires et valoriser les moyens dégagés par les partenaires.
   \textbf{Pistes d’actions en lien}  
   - Synthèse annuelle avec les partenaires pour évaluer les moyens dégagés dans le cadre de la mise en œuvre du Plan.
   - Actions de sensibilisation et de lobbying auprès d’autres bailleurs.
   - Présentation des activités prioritaires dans le cadre d’appels à projet ou d’autres mécanismes de financement connus.

D / GRILLE RÉCAPITULATIVE

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 7\textsuperscript{er}</th>
<th>Assurer et coordonner la mise en œuvre du Plan (Objectif transversal de gestion)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Objectifs intermédiaires</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>A / ASSURER LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DU PLAN</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.1 Assurer la coordination générale de la mise en œuvre du Plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.2 Appuyer méthodologiquement les Groupes de travail dans le suivi-évaluation des activités par milieu de vie.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.3 Favoriser la mobilisation et l’intégration de nouveaux partenaires (institutionnels et opérationnels) dans le programme.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.4 Accompagner techniquement la Communauté Française dans le choix de ses priorités en matière de projets de promotion de la santé cardiovasculaire.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B / ASSURER LE CONTRÔLE DE QUALITÉ ET L’ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.5 Assurer le contrôle de qualité de la mise en œuvre du Plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.6 Assurer l’évaluation de la mise en œuvre du Plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>C / FAVORISER LES MÉCANISMES DE FINancements DES ACTIVITÉS DU PLAN</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.7 Elaborer annuellement un plan financier pour l’opérationnalisation du Plan.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.8 Rechercher des financements complémentaires et valoriser les moyens dégagés par les partenaires.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

99 L’objectif prioritaire 7 n’est pas lié à une unité de concertation en particulier.
VII. Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes et institutions qui se sont investies dans la réflexion sous-jacente au processus participatif initié. Merci à celles et ceux qui ont participé aux unités de concertation, que ce soit en tant que participants, organisateurs ou animateurs, ou encore en tant qu’appui méthodologique. Nos remerciements vont également aux membres du Comité de Pilotage du PCO cardiovasculaire100 ainsi qu’à toutes les personnes et institutions qui ont collaboré ou participé à la Journée Forum d’échanges et de réflexion du 29 avril 2009.100 Nous remercions aussi Michel Beauchemin (coordinateur à la Direction Générale de la Santé Publique du Québec) qui a participé au forum du 28 mai 2008. Enfin, nous tenons à souligner l’appui méthodologique fourni par l’APES-ULg dans la rédaction de ce document, ainsi que la relecture attentive de l’Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, l’Observatoire de la Santé du Hainaut, Question Santé et SIPES-ULB.

Les institutions qui ont participé102 aux unités de concertation sont (par ordre alphabétique) :

- L’Accueil de la petite enfance de Seraing, l’Administration communale de Jurbise, l’Association belge des praticiens de l’art infirmier, l’Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale asbl (section CPAS), l’Association des Etablissements Sportifs, l’Athléthée Royal Jules Bara (Tournai), l’Belgian Association for the Study of Obesity, la CGSLB- ACLVB (délégués de l’Hôpital Enrume), le Cabinet de la Ministre de l’Enfance, de l’Aide à la Jeunesse et de la Santé ISEI/HELV, Carolo Prévention Santé, CBMT (SEPP), le Centre Comète, le Centre d’autof ormation et de formation continue de l’enseignement de la Communauté française, le Centre d’Éducation du Patient - CEP asbl, le Centre d’Expertise et de Ressources pour l’Enfance - CERE asbl, le Centre d’orthonutrition (Centre hospitalier régional de Tournai), le Centre du Blanc Gravier, les Centres de Conseil du Sport de l’ADEPS - Hainaut Est, les Centres Locaux de Promotion de la Santé (Hainaut occidental, Liège, Luxembourg, Mons-Soignies, Brabant Wallon, Bruxelles), des Centres psychomédicosociaux (Faculté Notre Dame de la Paix Namur, Tamiens, Liège 2 (Libre), Huy (CF), Communauté Française), le CHU de Liège - ULG, le Comité de prévention et de protection au travail d’Industeel, la Commission des pensionnés et prépensionnés de la FGTB Charleroi & Sud Hainaut, la Commission FGTB Pension, la Direction générale de l’Enseignement (Communauté française), la Commune de Chaudfontaine (Echevinat Santé), la Commune de Durbuy, la Commune d’Ixelles (accueil extrascolaire), le Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi, un spécialiste en Consultation de tabagologie de l’Hôpital d’Erisme, le Réseau d’enseignement organisé par la Communauté française, la Crèche Royale Le Nid asbl, Cultures et Santé-Promosanté (asbl), le service de médecine du travail de Delhaize, le Département sport de l’UCL, l’Ecole communale de l’Envol, l’Ecole de Santé Publique (ULB), Entraide des Marolles asbl, Espace Promotion Santé - Fédération des maisons médicales, Espace Santé de la FMSS (Mutualité sociale), la Fédération de l’Enseignement Secondaire Catholique, la Fédération des Associations de parents de l’Enseignement Officiel, la Fédération royale sportive de l’enseignement libre (FRSEL), la FGTB (délégués d’Industeel), le Fonds des Affections Respiratoires - FARES asbl, Forest Quartiessanté, la Halte garderie - Arbre de Vie, la Halte garderie - Tiémé Petits Ours, la Haute École Charlemagne, la Haute École Namur, la Haute École Henri Spaak (Bruxelles), la Haute École Henri Spaak (Nivelles), l’Hôpital Enrume, Infor Santé Namur et Liège (Mutualité chrétienne), l’Institut d’Éducation Physique et de Réadaptation de UCL, l’Intergroupe des Maisons médicales (projet APPLE), Jeunesse et Santé (Mutualité chrétienne), Liège - Province Santé, la Ligue Cardiologique Belge, la Ligue des Familles, la Ligue libérale des pensionnés de Tournai et de Louviers, la Maison Médicale de Forest, la Maison Médicale des Marolles, un médecin généraliste indépendant, Mensura (SEPP), le Ministère de la Région de Bruxelles Capitale, le Mouvement Ouvrier Chrétien, la Mutualité Libérale Hainaut-Ouest (Service Promotion santé), l’Office de la Naissance et de l’Enfance, Prevent, Psychoprep, une psychologue indépendante, Question Santé asbl, la Régie de Quartier Sociale d’Amay, les Relais Santé de Charleroi et de Liège, Rescolie, Santé et Entreprise asbl, le Secrétariat général de l’enseignement catholique (SESEC), le Service d’Aide de UCL, le Service de Promotion de la Santé (Namur), les Services de Promotion de la Santé à l’Ecole de Bruxelles Ville, du Centre de santé de l’UCL, de Châtelet, de Mouscron et de Verviers, le Service d’Etude et de Prévention du Tabagisme, le Service Enseignement de la Ville d’ Ottignies-Louvain-la-Neuve, le Service Général de l’Inspection (Centres Psychomédico-sociaux), le Service Général de l’Inspection (Communauté française), le Service général des affaires pédagogiques du réseau d’enseignement organisé par la Communauté française, Sésame asbl, SIPES-ULB, la Société Scientifique de Santé au Travail (SSST), la Société Scientifique des Pharmaciens Francophones, Sodexo, le Service Public Fédéral de l’Emploi, du Travail et de la Concertation sociale, Sport Seniors, La Teignouse, Trampoline, l’UCP. Mouvement Social des Alénès, l’Unité Qualité de Vie de l’ULg, l’Union des Agricultrices Wallonnes, l’Union Nationale des Mutualités Libres, l’Union Nationale des Mutualités Socialistes, l’Union Professionnelle des diplômés en Diététique de Langue Française, l’Unité de revalidation cardiaque, Cliniques St Luc à Bouge, l’Université Mons Hainaut, la Ville de Charleroi (Département enseignement et direction d’une école).

Le Comité de Pilotage est constitué des institutions suivantes : Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes ; Cabinet de la Ministre de l’Enfance, de l’Aide à la Jeunesse et de la Santé ; Carolo Prévention Santé ; Coordination Education et Santé - CORDES asbl ; Centre d’éducation du patient asbl ; Direction générale de la Santé (Communauté française) ; Ecole de Santé Publique de l’Université Libre de Bruxelles, Fédération des Maisons médicales ; Institut Scientifique de Santé Publique ; Inter Centres Locaux de Promotion de Santé ; Observatoire de la santé du Hainaut ; Promo Santé et Médecine Générale asbl ; Services Communautaires de Promotion de la Santé en Communauté française (APES-ULg, Question Santé asbl, RESO-UCL SIPES-ULB) ; Société Scientifique de la Médecine Générale, Société Scientifique de Santé au Travail ; Service d’Information Education Santé ; Union Nationale des Mutualités Libres ; Union Nationale des Mutualités Socialistes.

100 Le Comité de Pilotage est constitué des institutions suivantes : Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes ; Cabinet de la Ministre de l’Enfance, de l’Aide à la Jeunesse et de la Santé ; Carolo Prévention Santé ; Coordination Education et Santé - CORDES asbl ; Centre d’éducation du patient asbl ; Direction générale de la Santé (Communauté française) ; Ecole de Santé Publique de l’Université Libre de Bruxelles, Fédération des Maisons médicales ; Institut Scientifique de Santé Publique ; Inter Centres Locaux de Promotion de Santé ; Observatoire de la santé du Hainaut ; Promo Santé et Médecine Générale asbl ; Services Communautaires de Promotion de la Santé en Communauté française (APES-ULg, Question Santé asbl, RESO-UCL SIPES-ULB) ; Société Scientifique de la Médecine Générale, Société Scientifique de Santé au Travail ; Service d’Information Education Santé ; Union Nationale des Mutualités Libres ; Union Nationale des Mutualités Socialistes.

101 « Journée forum de réflexion et d’échanges pour un Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française », le 29 avril 2009, au Charleroi Espace Meeting Européen (CEME), à Charleroi.

102 A une de plusieurs rencontres.
VIII. Sources

ARTICLES, REVUES

RAPPRETS, DOSSIERS ET AUTRES DOCUMENTS

- Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa, Canada, 17–21 novembre 1986.
- «Common nutritional trends in the EU», DG SANCO.
- «Politique de promotion des attitudes saines sur le plan alimentaire et physique pour les enfants et les adolescents», Gouvernement de la Communauté française.
TEXTES LÉGAUX

– Arrêté Royal du 19/01/2005 relatif à la protection des travailleurs contre la fumée de tabac.
– Arrêté Royal du 13/12/2005 portant interdiction de fumer dans les lieux publics.

SITES INTERNET

http://www.alcooletgrosesse.be
http://www.astra.admin.ch
http://www.cancer.be
http://www.euro.who.int/document
http://www.grossessesanstabac.be
http://www.inami.fgov.be
http://www.indicemasacorporal.org
http://www.lecho.be
http://www.mangerbourger.be
http://www.mloz.be
http://www.promotionsantesuisse.ch
http://www.sante.cfwb.be
http://socialsante.wallonie.be
http://www.0-5-30.com
IX. Annexes

PARCOURS DE LECTURES

1. Pour les **acteurs de la promotion de la santé** (y compris les Services de promotion de la santé à l’école et les Centres psycho-médico-sociaux pour la Communauté française).

2. Pour les **professionnels de santé en contact direct avec les patients** (y compris la médecine du travail).

3. Pour les **travailleurs sociaux**.

4. Pour les acteurs de la **petite enfance, de la jeunesse, de l’éducation, du sport**.

5. Pour les **responsables institutionnels** (directeurs d’organismes, responsables de services) **des différents secteurs**.

6. Pour les **acteurs politiques** (tous niveaux de compétences).
1. Parcours de lecture pour les acteurs de la promotion de la santé
(y compris les Services de promotion de la santé à l’école et les Centres psychomédicosociaux pour la Communauté française).

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 1</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 2</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 3</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 4</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 5</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aménager les cadres de vie et les infrastructures</td>
<td>Développer des offres de promotion de la santé</td>
<td>Développer des offres de santé et de soutien social de proximité</td>
<td>Favoriser l’accessibilité aux infrastructures ainsi qu’aux offres de santé, de promotion de la santé et de soutien social</td>
<td>Mobiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels</td>
<td>Soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population</td>
</tr>
</tbody>
</table>

A. En vue de favoriser l’adoption de styles de vie favorables à la santé

Objectifs Intermédiaires : 2.1–2.2–2.3

B. En vue de favoriser les ressources psychosociales des individus et le développement de compétences personnelles favorables à la santé

Objectifs Intermédiaires : 2.4–2.5–2.6

C. En vue de favoriser le développement de liens sociaux et de capacités relationnelles

Objectifs Intermédiaires : 2.8–2.9

D. Enjeux de société

- Favoriser la participation des bénéficiaires
  - Objectifs Intermédiaires : 2.11–2.12–2.13
  - Réduire les inégalités sociales de santé
    - Objectifs Intermédiaires : 2.14–2.15

- Favoriser la participation des bénéficiaires
  - Objectifs Intermédiaires : 4.11–4.12
  - Réduire les inégalités sociales de santé
    - Objectifs Intermédiaire : 4.16

Se reporter également aux diverses programmations spécifiques présentées dans le volume 2 en fonction des publics ou milieux de vie visés.
2. Parcours de lecture pour les professionnels de santé en contact direct avec les patients (y compris médecine du travail).

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 1</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 2</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 3</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 4</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 5</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aménager les cadres de vie et les infrastructures</td>
<td>Développer des offres de promotion de la santé</td>
<td>Développer des offres de santé et de soutien social de proximité</td>
<td>Favoriser l’accessibilité aux infrastructures ainsi qu’aux offres de santé, de promotion de la santé et de soutien social</td>
<td>Mobiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels</td>
<td>Soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population</td>
</tr>
</tbody>
</table>

A. Développer l’offre et sa qualité Objectifs intermédiaires : 3.1–3.2–3.3–3.4–3.5–3.6

B. Développer des habitudes et des compétences personnelles pour l’adoption de modes de vie favorables à la santé, au dépistage et au traitement Objectifs intermédiaires : 3.7–3.8

C. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires Objectifs intermédiaires : Cf. 2.11–2.12–13

D. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires Objectifs intermédiaires : 4.12

Réduire les inégalités sociales de santé Objectifs intermédiaires : 4.14

Se reporter également aux programmations spécifiques présentées dans le volume 2 : Colloques singuliers et/ou Monde du travail.
## Parcours de lecture pour les travailleurs sociaux

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 1</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 2</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 3</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 4</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 5</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aménager les cadres de vie et les infrastructures</td>
<td>Développer des offres de promotion de la santé</td>
<td>Développer des offres de santé et de soutien social de proximité</td>
<td>Favoriser l’accessibilité aux infrastructures ainsi qu’aux offres de santé et de soutien social</td>
<td>Mobiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels</td>
<td>Soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| A. En vue de favoriser : | A. Développer l’offre et sa qualité | A. D’un point de vue social et culturel | A. Sensibiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels à leur rôle en matière de promotion de la santé et du bien-être de la population |
| – un style de vie favorable à la santé | Objectif intermédiaire : 3.1 | Objectifs intermédiaires : 4.1-4.2-4.5 | Objectifs intermédiaires : 5.1 |
| – la construction du lien social entre individus | |

| B. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires | B. En vue de favoriser les ressources psychosociales des individus et le développement de compétences personnelles favorables à la santé | C. En vue de favoriser le développement de liens sociaux et de capacités relationnelles | D. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires |
| Objectif intermédiaire : 1.6 | Objectifs intermédiaires : 2.4-2.5-2.6 | |
| Réduire les inégalités sociales de santé | |

| C. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires | C. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires | C. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires | C. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires |

| D. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires | D. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires | D. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires | D. Enjeux de société Favoriser la participation des bénéficiaires |
| Réduire les inégalités sociales de santé | Réduire les inégalités sociales de santé | Réduire les inégalités sociales de santé | Réduire les inégalités sociales de santé |


Se reporter également aux diverses programmations spécifiques présentées dans le volume 2 en fonction des publics ou milieux de vie visés.
4. Parcours de lecture pour les acteurs de la petite enfance, de la jeunesse, de l’éducation, du sport, etc.

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 1</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 2</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 3</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 4</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 5</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aménager les cadres de vie et les infrastructures</td>
<td>Développer des offres de promotion de la santé</td>
<td>Développer des offres de santé et de soutien social de proximité</td>
<td>Favoriser l’accessibilité aux infrastructures ainsi qu’aux offres de santé, de promotion de la santé et de soutien social</td>
<td>Mobiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels</td>
<td>Soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population</td>
</tr>
</tbody>
</table>

A. En vue de favoriser :
– un style de vie favorable à la santé
– la construction du lien social entre individus
Objectifs intermédiaires : 1.3–1.4–1.5

B. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires
Objectif intermédiaire : 1.6
Réduire les inégalités sociales de santé
Objectif intermédiaire : 1.7

C. En vue de favoriser le développement de liens sociaux et de capacités relationnelles
Objectifs intermédiaires : 2.8–2.9

D. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires
Objectifs intermédiaires : 2.11–2.12–2.13
Réduire les inégalités sociales de santé
Objectifs intermédiaires : 2.14–2.15

A. En vue de favoriser l’adoption de styles de vie favorables à la santé
Objectifs intermédiaires : 2.1–2.2–2.3

A. Développer l’offre et sa qualité
Objectifs intermédiaires : 3.1

A. D’un point de vue social et culturel
Objectifs intermédiaires : 4.1–4.2–4.4–4.5

A. Sensibiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels à leur rôle en matière de promotion de la santé et du bien-être de la population
Objectif intermédiaire : 5.1

B. Développer des outils qui soutiennent l’action des professionnels
Objectif intermédiaire : 6.6

C. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires
Objectifs intermédiaires : Cf. 2.11–2.12–13

D. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires
Objectifs intermédiaires : 4.11–4.12
Réduire les inégalités sociales de santé
Objectif intermédiaire : 4.16

D. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires
Objectif intermédiaire : 6.12
Réduire les inégalités sociales de santé
Objectif intermédiaire : 6.13

Se reporter également aux diverses programmations spécifiques présentées dans le volume 2 en fonction des publics ou milieux de vie visés.
5. Parcours de lecture pour les responsables institutionnels
(directeurs d’organismes, responsables de services).

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 1</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 2</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 3</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 4</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 5</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aménager les cadres de vie et les infrastructures</td>
<td>Développer des offres de promotion de la santé</td>
<td>Développer des offres de santé et de soutien social de proximité</td>
<td>Favoriser l’accessibilité aux infrastructures ainsi qu’aux offres de santé, de promotion de la santé et de soutien social</td>
<td>Mobiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels</td>
<td>Soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population</td>
</tr>
</tbody>
</table>

A. En vue de favoriser :
– un style de vie favorable à la santé
– la construction du lien social entre individus
**Objectifs intermédiaires :**
1.1–1.2–1.3–1.4–1.5

B. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires
**Objectif intermédiaire :** 1.6
Réduire les inégalités sociales de santé
**Objectifs intermédiaires :** 1.7–1.8

C. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires
**Objectifs intermédiaires :** 2.7–2.9–2.10–2.12–2.13
Réduire les inégalités sociales de santé
**Objectif intermédiaire :** 3.9

D. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires
**Objectifs intermédiaires :** 2.14–2.15
Réduire les inégalités sociales de santé

Se reporter également aux diverses programmations spécifiques présentées dans le volume 2 en fonction des publics ou milieux de vie visés.
6. Parcours de lecture pour les acteurs politiques
(tous niveaux de compétences).

<table>
<thead>
<tr>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 1</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 2</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 3</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 4</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 5</th>
<th>OBJECTIF PRIORITAIRE 6</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aménager les cadres de vie et les infrastructures</td>
<td>Développer des offres de promotion de la santé</td>
<td>Développer des offres de santé et de soutien social de proximité</td>
<td>Favoriser l'accessibilité aux infrastructures ainsi qu'aux offres de santé, de promotion de la santé et de soutien social</td>
<td>Mobiliser les acteurs politiques et les responsables institutionnels</td>
<td>Soutenir les professionnels et renforcer leurs actions auprès de la population</td>
</tr>
</tbody>
</table>

A. En vue de favoriser :
– un style de vie favorable à la santé
– la construction du lien social entre individus

| Objectifs intermédiaires | 1.1–1.2–1.3 |

B. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires

| Objectifs intermédiaires | 1.6 |

Réduire les inégalités sociales de santé

| Objectifs intermédiaires | 1.7–1.8 |

C. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires

| Objectifs intermédiaires | Cf. 2.11–2.12–13 |
| Réduire les inégalités sociales de santé | Objectif intermédiaire : 3.9 |

D. Enjeux de société
Favoriser la participation des bénéficiaires

| Objectifs intermédiaires | 2.11 |
| Réduire les inégalités sociales de santé | Objectifs intermédiaires : 2.14–2.15 |

Se reporter également aux diverses programmations spécifiques présentées dans le volume 2 en fonction des publics ou milieux de vie visés.