



LIÈGE université
ESPRist

Émancipation sociale, Santé des Populations,
Réduction des Inégalités dans des sociétés en transition

Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie Horizon 2030 - Axe alimentation et activité physique Le WALAPSanté

Une proposition de plan d'évaluation ex ante

Travail de fin de formation

réalisé dans le cadre du

Certificat Interuniversitaire en Evaluation

des Politiques Publiques 2019-2020

Août 2020

Estelle GEORGIN



Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier les personnes qui se sont montrées présentes et disponibles dans le cadre de ce travail. Je remercie Gaëtan Absil, pour nos échanges préliminaires sur la réalisation du travail. Je tiens également à remercier, ma cheffe de service, Chantal Vandoorne, pour m'avoir soutenue dans la réalisation de cette formation et pour nos échanges sur des éléments contextuels et méthodologiques qui m'échappaient. Enfin, je remercie David Aubin en qualité de directeur de travail de fin de formation qui a montré une grande disponibilité dans la finalisation de ce travail et qui m'a permis d'en structurer les éléments clés.

Table des matières

1.	Introduction.....	3
2.	Le WALAPSanté dans le contexte des politiques de promotion de la santé en Belgique francophone.....	4
2.1	La prévention et la promotion de la santé.....	4
2.2	L'alimentation et l'activité physique au cœur de la prévention.....	5
2.3	Contexte institutionnel en Belgique francophone.....	5
2.4	Historique des politiques belges en matière d'alimentation et d'activité physique.....	6
2.5	Etat des lieux des politiques de Promotion de la santé en Belgique francophone.....	7
3.	Le WALAPSanté, késaco ?.....	8
3.1	Genèse du WALAPSanté.....	8
3.2	La logique d'intervention du WALAPSanté.....	8
3.3	Plan, politique ou référentiel.....	10
3.4	Approche de Santé dans toutes les politiques.....	11
3.5	Le processus de construction du WALAPSanté.....	11
4.	Autopsie du WALAPSanté.....	13
4.1	Les acteurs du WALAPSanté selon Knoepfel (2006).....	13
4.2	L'outil de catégorisation des résultats (OCR).....	15
5.	Formulation des questions évaluatives.....	18
5.1	Quelle place pour les acteurs ?.....	18
5.2	Cheminement théorique.....	19
5.3	Les questions évaluatives.....	20
6.	Méthodes de collecte et d'analyse des données.....	21
6.1	Le choix des méthodes.....	21
a)	Analyse des plans et initiatives politiques.....	21
b)	Recueil de données auprès des acteurs.....	22
c)	Limites à prévoir dans la collecte des données.....	24
6.2	Présentation des résultats.....	24
7.	Conclusion.....	25
8.	Références.....	26
9.	ANNEXES.....	29

1. Introduction

Ce travail se donne pour objectif de présenter, d'analyser et de proposer un plan d'évaluation d'une politique de promotion de la santé ; le **WALAPSanté** (2018), la Plan wallon Alimentation et Activité Physique (dénommé ci-après le Plan). Ce Plan est intégré dans l'axe promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé de la partie 2 du Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie Horizon 2030 (WAAPS) (Gouvernement wallon, 2018). Il s'agit d'un plan stratégique qui se veut inclusif et opérationnel pour l'accès à l'alimentation équilibrée et durable et la pratique régulière d'activité physique. Cette politique transversale et intersectorielle ambitionne d'influer sur la transition des environnements et des modes de vie des citoyens dans une optique de « Santé dans toutes les politiques » (Health in All Policies – HiAP) (OMS, 2012). Le but est de favoriser la construction d'un environnement matériel, social et culturel porteur de santé sur le long terme, en incluant les personnes les plus précarisées et fragilisées.

Dans le cadre de mon travail en tant que chercheuse au sein de la cellule inter-facultaire ESPRist-ULiège (anciennement APES-ULiège), j'ai participé aux travaux préparatoires à la construction et à la rédaction du WALAPSanté, à partir de septembre 2017.

Le cycle de cette "politique" et son contexte de déploiement actuel suppose d'orienter la proposition vers une évaluation ex ante. La sociologie de la traduction est particulièrement adaptée comme fondement de la compréhension du rapport entre processus et résultats de l'action intersectorielle. Cette théorie sera à la base du cahier des charges, considérant le plan comme un actant à part entière pouvant produire des effets sur le réel (Latour, 2005).

Après une présentation étendue du contexte et des évolutions dans lesquels s'inscrit la politique publique, une section détaillera en profondeur le contenu et l'histoire du WALAPSanté. Ensuite, l'analyse du Plan sera réalisée au travers de différents outils. Tout d'abord, un outil d'analyse propre aux sciences politiques puis un modèle particulier à la promotion de la santé. Une section sera consacrée à la formulation des questions évaluatives en regard du contexte, des acteurs et des principaux concepts théoriques mobilisés. La dernière section abordera la méthodologie qualitative proposée pour le recueil et l'analyse des données. La démarche se caractérisera par une triangulation de méthodes et de sources d'informations; analyse documentaire, entretiens individuels et questionnaires se combineront pour répondre aux deux questions évaluatives :

- 1) Le contenu et l'arborescence du WALAPSanté ont-ils favorisé son appropriation par les acteurs ?
- 2) Quels sont les atouts du WALAPSanté par rapport aux autres initiatives en matière d'alimentation et d'activité physique en Belgique francophone ?

2. Le WALAPSanté dans le contexte des politiques de promotion de la santé en Belgique francophone

Cette section débute par la présentation du champ dans lequel s'inscrit le WALAPSanté; la prévention et la promotion de la santé. Les stratégies de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) définissent le cadre adopté dans cette politique de promotion de la santé. La suite montrera en quoi l'alimentation et l'activité physique sont des leviers importants pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population.

Le reste de la section décrit le contexte à différents niveaux ; le contexte institutionnel et l'état des lieux des politiques de promotion de la santé en Belgique francophone en passant par l'historique des politiques belges en lien avec l'alimentation et l'activité physique.

2.1 La prévention et la promotion de la santé

La **promotion de la santé** a été conceptualisée par la Charte d'Ottawa en 1986. *"La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci."*

La Charte précise que la santé n'est pas seulement un état mais également une ressource et enrichit la définition de la santé de 1946 : *"un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité"*.

En 1986, *« la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques »*.

La Charte précise : *"cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »*

La promotion de la santé utilise des méthodes d'intervention fondées sur des démarches participatives impliquant les personnes, les groupes, les communautés. Elle permet aux personnes de mieux maîtriser les déterminants (sociaux, environnementaux...) et ainsi d'améliorer leur santé. (Glossaire promotion de la santé, 2011)

La Charte définit **cinq domaines d'actions** prioritaires :

- établir des politiques visant la santé,
- développer les aptitudes et les ressources individuelles,
- renforcer l'action communautaire,
- créer un environnement favorable à la santé,
- réorienter les services de santé.

Les **politiques de prévention** ont pour but la mise en place de mesures visant à empêcher l'apparition de maladies, leur progression et leurs conséquences. Un des principaux enjeux de ces politiques est de prendre en compte l'ensemble des facteurs de risques (modes de vie, environnement, alimentation...). La participation des individus à la gestion de leur santé suppose qu'ils soient informés et en mesure d'utiliser les informations dont ils disposent.

2.2 L'alimentation et l'activité physique au cœur de la prévention

Vu leur importance dans l'apparition et la prise en charge de nombreuses maladies non transmissibles (MNT), l'alimentation et l'activité physique constituent une priorité de santé publique. Effectivement, ces deux facteurs contribuent pour une large part à la charge de morbidité et mortalité au niveau mondial par leur influence sur l'apparition des MNT dont les plus courantes sont les maladies cardiovasculaires, certains types de cancers, le diabète de type 2, l'hypertension artérielle et l'asthme. Selon l'OMS (2016), les MNT représentent 86% de tous les décès en Belgique. Au-delà des indicateurs de santé, leur impact en termes de coûts humains et financiers constitue un problème de santé publique majeur. Les principaux facteurs de risque sont communs aux MNT les plus courantes et sont largement documentés ; consommation abusive d'alcool, tabagisme, sédentarité, alimentation inadaptée... Ces maladies sont pour une large part évitables. Effectivement, de nombreux déterminants influencent collectivement ou individuellement les comportements de la population ; environnementaux, sociaux, économiques...

D'après l'enquête nationale de consommation alimentaire 2014-2015 de l'ISP, aujourd'hui Sciensano, 49,6% de la population wallonne est en surpoids dont 19,5% est obèse. Cette enquête met en lumière les disparités socio-économiques en termes de surpoids et d'obésité.

En tant que médiateur important du statut socio-économique, l'accès à l'éducation est un élément à ne pas négliger dans la compréhension de la situation en Wallonie. En effet, le niveau d'éducation impacte divers facteurs ; par exemple, le type d'aliments consommés ; plus de fruits et de légumes pour les personnes les plus instruites et plus de boissons sucrées, de sucreries et de fastfood pour les personnes moins instruites. La part du revenu consacrée à l'alimentation n'est pas égale non plus. L'accessibilité tant financière que géographique, culturelle... joue également un rôle important dans la consommation d'aliments sains et dans la pratique d'activité physique. La proximité des services et de l'approvisionnement en aliments sains pour les personnes en situation de précarité représente souvent un frein.

De plus, il existe de multiples dimensions sociales de l'alimentation et de l'activité physique. Considérés comme vecteurs de liens sociaux, l'alimentation et l'activité physique ouvrent la porte à des actions sur une grande diversité de déterminants : relations interculturelles, cohésion sociale...

Avec l'évolution des modes de vie, on observe que la part des repas pris à l'extérieur a augmenté lors des dix dernières années, il en est de même pour la part du budget qui y est consacrée. Le rythme de vie dans les sociétés actuelles a également évolué, constituant parfois un frein à la pratique d'activité physique ou à la préparation de repas.

La pratique d'activité physique varie en fonction de l'âge et du genre. Effectivement, les garçons sont plus actifs que les filles et cela se perpétue à l'âge adulte. Avec l'âge, la pratique d'activité physique tend à diminuer au profit d'activités plus sédentaires.

Le WALAPSanté se donne pour objectif de mettre en place des actions concrètes pour influencer les modes de vies des wallons et des wallonnes qui évoluent dans des sociétés en transition. L'approche de santé globale est privilégiée pour mettre en place une politique d'alimentation et d'activité physique qui mobilise la population dans la transition vers un mode de vie favorable à la santé.

2.3 Contexte institutionnel en Belgique francophone

Pour comprendre dans quel contexte institutionnel le WALAPSanté a vu le jour, il convient de revenir sur la répartition des compétences en matière de santé en Wallonie. Avec la 6^e Réforme de l'Etat, les Régions et les Communautés se sont vues attribuer une série de compétences en matière de santé

(Loi spéciale du 8/08/1980). Parallèlement à ce transfert de compétences, les entités fédérées francophones ont transféré certaines compétences de la Communauté française vers la Région wallonne (RW) et les entités fédérées bruxelloises. Cependant, la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) a conservé une partie de ses compétences en matière de prévention et de promotion de la santé ; à savoir la Promotion de la Santé à l'École (PSE), l'Office National de l'Enfance (ONE)... Ces compétences sont orientées vers un public spécifique alors que les compétences transférées à la RW et aux entités fédérées bruxelloises s'adressent à l'ensemble de la population.

En 2016, un nouvel organisme d'intérêt public (OIP) a vu le jour en Wallonie pour satisfaire ces nouvelles compétences : L'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). Cet organisme gère donc des matières anciennement fédérales, régionales ou communautaires, dont la prévention et la promotion de la santé font partie (Décret du 3/12/2015).

Ce morcèlement des compétences en matière de santé entraîne une difficulté dans la cohérence des politiques de promotion de la santé en Belgique (Gahundu, T. et al., 2014). Comme le montre la section suivante, plusieurs politiques publiques, qui partagent des objectifs similaires, se déploient simultanément et à différents niveaux de pouvoir en Belgique francophone. En vue d'une politique globale et efficace de santé publique, l'enjeu principal est de construire une politique concertée et transversale qui soit évolutive à long terme.

2.4 Historique des politiques belges en matière d'alimentation et d'activité physique

En 2005, l'alimentation et l'activité physique sont envisagées conjointement dans la *Politique de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique pour les enfants et adolescents de la Fédération Wallonie-Bruxelles* (Gouvernement Communauté française, 2005). Cette politique a fait l'objet d'une évaluation en fin de législature, en 2009. Le *Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française* (Béduwé C., et al, 2009) aborde également l'alimentation et l'activité physique, en plus d'autres thématiques. Ce plan appelé également *CAP Cœur* n'a jamais été mis en application en raison d'un changement de législature, il établissait une série d'enjeux sociaux et de stratégies d'actions à prendre en compte pour prévenir et promouvoir la santé cardiovasculaire.

La Belgique s'est dotée d'un premier *Plan National Nutrition Santé* (PNNS-B1) en 2005 pour une période de 5 ans. Ce plan a fait l'objet d'une évaluation en 2011 (Absil, G., et al.). Un second PNNS a été proposé en 2011-2015 mais n'a jamais été mis en œuvre suite à la 6^e Réforme de l'Etat.

En mai 2018, le SPW développement durable a présenté le *Référentiel « Vers un système alimentaire durable en Wallonie »*. Ce document est le fruit d'une consultation d'acteurs du système alimentaire wallon, il définit des objectifs stratégiques en vue de donner un cadre aux initiatives de transition alimentaire.

La Région bruxelloise se dote d'un *Plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022* dont une des priorités est de « Promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac ». De plus, la *Stratégie Good Food 2016-2020* (Fremault, 2015) est en cours de déploiement en Région de Bruxelles-Capitale, elle vise à placer l'alimentation au cœur de la dynamique urbaine en l'abordant sous de multiples dimensions.

En Flandre, une politique est menée dans le cadre d'une stratégie pour une vie plus saine en Flandre « *De Vlaming leeft gezonder in 2025* ».

2.5 Etat des lieux des politiques de Promotion de la santé en Belgique francophone

En FWB, la politique de promotion de la santé est officialisée par le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en FWB. La prévention et la promotion de la santé sont des compétences régionales depuis le transfert de compétences en 2014. Or, depuis 2014, les principes d'organisation qui prévalaient étaient toujours ceux établis lorsque la Communauté française était compétente.

Le 1^{er} mai 2019, le Gouvernement wallon a validé en première lecture le cadre décretaal qui réforme le secteur de la prévention et de la promotion de la santé en Wallonie. Ce décret constitue la base réglementaire nécessaire à la mise en œuvre du Plan wallon de Prévention et de Promotion de la santé (WAPPS), destiné à guider les acteurs de terrain dans leurs pratiques. Ce Plan a été présenté en seconde lecture au Gouvernement wallon, le 30 novembre 2018.

3. Le WALAPSanté, késaco ?

Cette section retrace l'historique du WALAPSanté, depuis la commande initiale jusqu'à sa publication. Le contenu du plan est présenté de même que le paradigme de « Santé dans toutes les politiques » dans lequel il s'inscrit. Un point de discussion est consacré à la nature du plan.

3.1 Genèse du WALAPSanté

Dans sa Déclaration de politique régionale 2014-2019, la RW définit différents objectifs en lien avec la santé. Notamment, en vue de permettre à tous de vivre en bonne santé, elle insiste sur l'importance d'agir sur de multiples déterminants de santé dont l'alimentation et l'activité physique.

En 2015, Maxime Prévot, Ministre wallon de la santé, confie le soutien à la réalisation d'un plan alimentation et activité physique pour la population wallonne à l'APES-ULiège, un service universitaire, agréé par la RW comme Service Communautaire de Promotion de la Santé (SCPS) pour l'appui méthodologique et scientifique en promotion et en éducation pour la santé. La demande de soutien est datée du 23 novembre 2015. La commande originale portait sur l'écriture d'une note d'orientation qui devait être présentée au Gouvernement en juin 2016. Entre-temps, le Ministre réoriente ses priorités. Il a été séduit par le concept de *Health in all policies* (HiAP) lors d'une conférence organisée par l'OMS. Il souhaite présenter un plan de prévention et de promotion de la santé global, concerté avec l'OMS, avant d'aborder l'axe spécifique portant sur l'alimentation et l'activité physique. On voit ici clairement l'influence des paradigmes politiques internationaux dans les orientations politiques au niveau régional. En mai 2016, la note d'orientation rédigée par l'APES-ULiège adoptait déjà cette optique de santé dans toutes les politiques (Absil et al., 2016).

Le 16 février 2017, Maxime Prévot a présenté les orientations stratégiques du Plan de Prévention et de Promotion de la Santé au Gouvernement wallon, ainsi que la première partie du Plan qui détaille le contexte institutionnel et épidémiologique en Wallonie. En juillet 2017, c'est Alda Gréoli qui devient Ministre de la santé et qui présentera la seconde partie de ce Plan au Gouvernement le 30 novembre 2018. Cette seconde partie est structurée sur base des cinq priorités de prévention et de promotion de la santé définies dans la première partie. Le WALAPSanté est intégré dans l'axe 1 « Promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé » du WAPPS.

Le WALAPSanté est une politique qui se veut évolutive à long terme, concertée, transversale et inclusive, pour promouvoir l'alimentation et l'activité physique à des fins de santé. Dans ce plan, l'alimentation et l'activité physique sont au cœur de la prévention des maladies transmissibles. Ainsi, elle vise à contrer la progression de l'obésité et des maladies non transmissibles et à contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de la population wallonne.

3.2 La logique d'intervention du WALAPSanté

En plus de s'intéresser au contexte dans lequel prend place cette évaluation, il est nécessaire de considérer la logique d'intervention du WALAPSanté. Il convient dès lors de revenir sur la structuration de la politique wallonne de Prévention et de Promotion de la Santé. Cette politique se présente en deux parties distinctes :

- une *première partie* validée en février 2017 et consacrée à la définition d'objectifs stratégiques de deux types : des objectifs transversaux et des objectifs thématiques.
- une *seconde partie*, structurée sur base des cinq objectifs stratégiques thématiques définis dans la partie 1.

Le WALAPSanté est intégré dans l'axe 1 « *Promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé* » du WAPPS. La promotion de la santé au travers de l'alimentation et de l'activité physique se donne trois **objectifs de santé** :

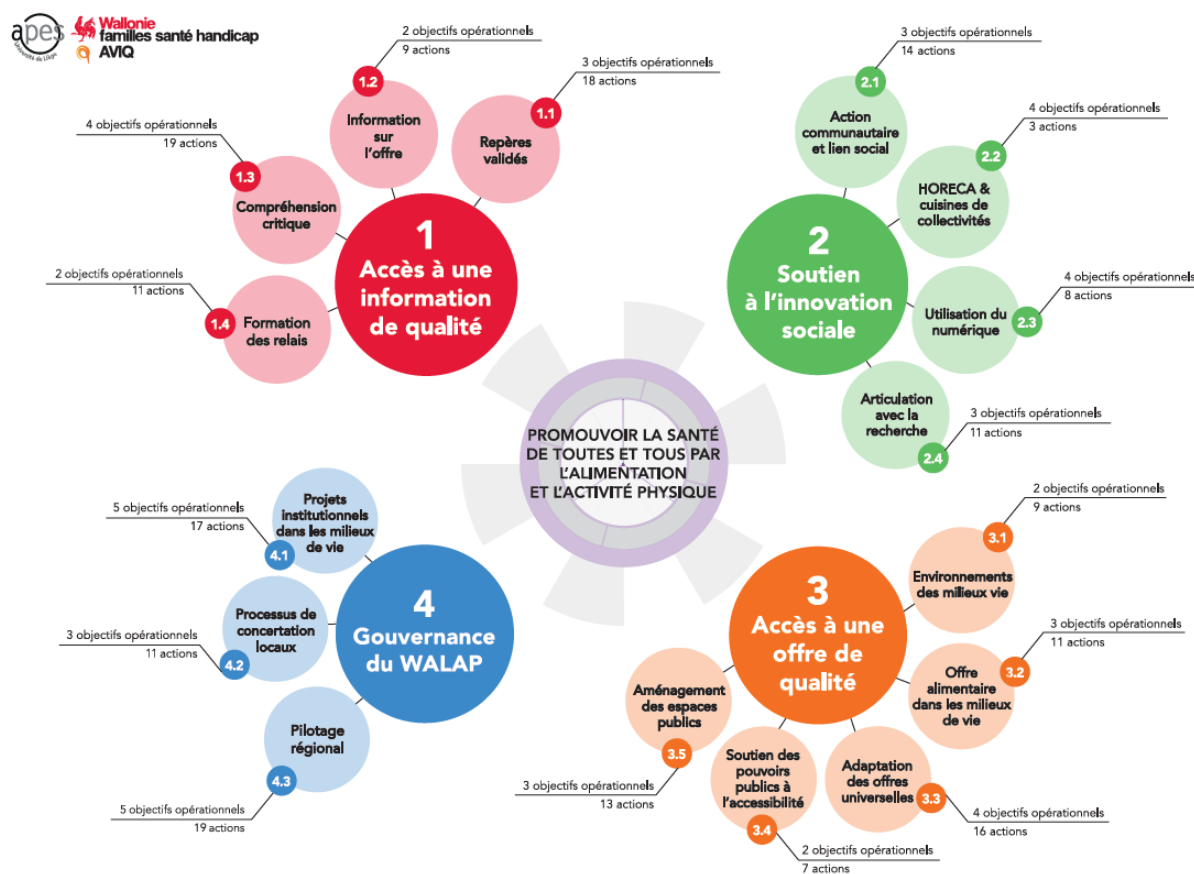
1. Réduire la prévalence des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, l'hypertension, ainsi que certaines pathologies musculo-squelettiques.
2. Améliorer la qualité de vie des malades chroniques
3. Prévenir la malnutrition et la sarcopénie des personnes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

Ces objectifs de santé nécessitent une évolution des modes de vies de la population, c'est pourquoi ils sont assortis de quatre **objectifs de promotion de la santé**, à savoir :

1. Promouvoir une alimentation équilibrée et durable
2. Promouvoir un poids corporel « santé »
3. Promouvoir la pratique régulière de l'activité physique
4. Diminuer la sédentarité.

Pour rencontrer ces objectifs de santé et de promotion de la santé, le WALAPSanté a défini quatre objectifs stratégiques qui structurent les objectifs spécifiques eux-mêmes déclinés en objectifs opérationnels assortis de propositions d'actions fournies à titre indicatif. La structuration hiérarchique des objectifs est représentée dans le schéma ci-dessous.

PPPSanté H2030 : WALAPSanté



Les **quatre objectifs stratégiques** du plan définissent les objectifs que se donnent le WALAPSanté :

- **Accès à une information de qualité** : Renforcer l'accessibilité de tous à une information de qualité (référéncée, critique, compréhensible et utilisable) sur les modes de vie et les environnements favorables à une alimentation équilibrée et durable, à la pratique régulière de l'activité physique et à la diminution de la sédentarité.
- **Soutien à l'innovation sociale** : Soutenir les initiatives qui élaborent et diffusent, dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique, des solutions nouvelles, si possible participatives et solidaires, en lien avec les enjeux sanitaires mobilisés par la transition des modes de vie et des organisations sociales.
- **Accès à une offre de qualité** : Renforcer l'accessibilité d'une offre de qualité en matière d'alimentation et d'activité physique.
- **Gouvernance du WALAPSanté** : Mettre en place des mécanismes et organes de gouvernance aux différents niveaux de l'action publique pour assurer l'implantation, le suivi, l'adaptation des objectifs du WALAPSanté.

Autrement dit, cet axe du WAPPS se donne pour objectifs de diffuser des recommandations, de créer et d'entretenir la mobilisation et l'innovation sociale sur le long terme, de développer des mesures législatives et règlementaires qui facilitent l'accessibilité de tous aux mesures proposées, et enfin, de prévoir les modes de gouvernance propices au développement du Plan sur le long terme.

3.3 Plan, politique ou référentiel

La nature même du WALAPSanté peut susciter des questionnements. Effectivement, construit avec et à destination des opérateurs wallons actifs dans une variété de secteurs, il se définit comme un *"référentiel pour l'action, sur lequel pourront s'articuler différents plans"*.

Au sens de l'analyse des politiques publiques, le référentiel est défini comme *"un ensemble de valeurs, normes, images, relations de causalité par rapport auquel les acteurs orientent leurs actions et qui donne sens à une politique"* (Klüber et de Maillard, 2016). Alors que Knoepfel, Larrue et Varone (2001) définissent le concept de "politique publique" comme : *"Un enchainement de décisions ou d'activités, prises par différents acteurs, publics, parfois privés, dont les ressources, les attaches institutionnelles et les intérêts varient, en vue de résoudre de manière ciblée un problème défini politiquement comme collectif"*.

Au vu de ces deux définitions, il semblerait que le WALAPSanté se définisse davantage comme un référentiel que comme une politique publique. Il s'agit d'une proposition évolutive, qui sera soumise aux acteurs régulièrement, en vue d'en ajuster les objectifs et les actions. De plus, cette idée de référentiel coïncide bien à l'analyse en termes de traduction. En effet, la sociologie de la traduction défend la capacité des acteurs à questionner un fait par de multiples interactions dont résulte le transfert d'informations issues d'activités hétérogènes. Cette théorie permet de suivre les transformations successives et l'adaptation mutuelle du contexte, des acteurs et du projet. (Bilodeau et al., 2002). Le référentiel suppose que le réseau construise des significations communes à partir de représentations hétérogènes.

Le plan de prévention et de promotion de la santé peut être vu comme un outil au service de la politique de santé. Le WALAPSanté vise la protection de la qualité de vie de la population en inscrivant l'alimentation et l'activité physique dans la transition des modes de vie. Cette transition suppose la prise en considération d'un enjeu éthique considérable; la réduction des inégalités sociales de santé. L'approche par milieux de vie adoptée dans le plan suppose la participation de tous les bénéficiaires potentiels des aménagements au sein des milieux de vies et des infrastructures publiques.

3.4 Approche de Santé dans toutes les politiques

Cette politique s'inscrit dans le paradigme de *Santé dans toutes les politiques* tel que le recommande l'Organisation mondiale de la santé (2012). Cela amène une complexité non négligeable dans l'analyse et l'évaluation du WALAPSanté. Effectivement, ce paradigme implique de dépasser le système de santé et de s'intéresser à l'ensemble des actions et politiques locales, toutes matières confondues, qu'elles soient menées en articulation ou non avec les autres niveaux de pouvoir. Ainsi, l'opportunité d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population nécessite de porter attention à une grande diversité de déterminants (accès à un logement de qualité, proximité des services de santé, des transports en commun et d'infrastructures sportives, environnements scolaires et de travail sains, cohésion sociale, relations interculturelles, pollutions...).

Dans le cadre du WALAPSanté, les objectifs et actions définis concernent différents niveaux territoriaux et différents secteurs. Ainsi, une multitude de secteurs se sont concertés sur certains objectifs et actions : le développement durable, la cohésion sociale, l'action sociale, la mobilité, l'aménagement du territoire et l'urbanisme, l'économie et l'agriculture, l'enseignement et l'éducation permanente, etc.

3.5 Le processus de construction du WALAPSanté

Avant de pouvoir aller plus loin dans la conception de ce projet d'évaluation, il convient de préciser quelques éléments concernant le processus d'élaboration de ce plan. Ces informations seront utiles à la définition des questions évaluatives et d'une méthodologie appropriée.

L'opérateur en charge de rédaction du WALAPSanté est l'APES-ULiège, un service universitaire, agréé par la Région wallonne comme Service Communautaire de Promotion de la Santé (SCPS) pour l'appui méthodologique et scientifique en promotion et en éducation pour la santé. L'AVIQ est également une des parties à la manœuvre dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du Plan. En tant que politique concertée et transversale, des administrations ou des organismes d'intérêt public issus d'autres secteurs que le celui de la santé sont impliqués dans la préparation et l'application du WALAPSanté. Effectivement, ces caractéristiques constituent le fil rouge du processus de construction de la politique.

Coppieters et al. (2019) parlent de *planification publique participative*. Dans une approche pragmatique, la planification résulte des actions menées par les acteurs sans exclure l'objectivité scientifique. Ainsi, la production stratégique d'un programme est alimentée aussi bien par l'expérience des parties prenantes que par des cadres structurés et documentés. Dans le cas concerné, les acteurs ont alimenté le plan en actions tout au long du processus d'élaboration, les chercheurs en charge de la rédaction ont structuré les données en se référant à des cadres scientifiques et expériences nationales ou internationales.

Les travaux de préparation du plan ont débuté en 2016 dans une optique participative. Entre 2016 et 2018, une large procédure de consultations a réuni treize groupes d'impulsion, composés de personnes ressources. Le but était d'identifier un ensemble de propositions et de mesures ainsi que de lancer la dynamique du Plan pour une mobilisation des différents acteurs. Les groupes ont été identifiés par publics-cibles spécifiques et/ou par milieux de vie : maisons de repos et de soins, établissements scolaires, domicile, services de santé, crèches et garderies, milieux du travail, hautes écoles et universités, établissements pénitentiaires, milieux d'accueil pour personnes handicapées, acteurs de quartier, aménagement des espaces publics...

L'ensemble des acteurs rencontrés dans le cadre des consultations était issu du secteur privé ou public, à différents niveaux institutionnels, la plupart partageaient des valeurs communes et ont participé à porter ces valeurs pour insuffler un changement dans la décision politique.

Sur base de cette phase d'impulsion et de la note d'orientation de mai 2016 (Absil et al.), différentes études exploratoires et analyses ont été réalisées en vue de documenter de possibles actions permettant de dynamiser le plan au niveau local, subrégional et régional. A savoir :

- L'analyse de faisabilité de la création de plateformes permanentes de l'offre composée de deux pôles : l'offre alimentaire et l'offre de soutien de l'activité physique (Detaillé E. et al., 2018).
- Quatre analyses de cas dans des communes wallonnes en vue d'identifier les initiatives et les politiques locales ayant un impact potentiel sur l'alimentation et l'activité physique à des fins de santé. Cette étude a été couplée à une cartographie des initiatives locales en matière d'alimentation et d'activité physique.
- Des rencontres avec les acteurs territoriaux (Centre locaux de promotion de la santé, observatoires et services provinciaux) ont permis d'identifier les leviers territoriaux en matière d'alimentation et d'activité physique.
- En septembre 2018, une dernière consultation a réuni tous les acteurs ayant participé aux études exploratoires précédentes dans le but de présenter une première version du WALAPSanté et de recueillir les premières impressions des acteurs. Les participants ont enrichi le plan en actions sur base de leurs activités ou projet en relation avec les objectifs et actions proposées. Cette démarche de construction des instruments de la politique permet d'appréhender les réactions des groupes-cibles et identifier les éventuels défauts de mise en œuvre.

Au total, 183 personnes ont été consultées. Il s'agissait de professionnels issus du monde associatif, des pouvoirs locaux, de services communautaires en promotion de la santé, d'universités, de fédérations, du monde médical...

Cet axe du WAPPS a été conçu pour impulser une dynamique cumulative, de manière à permettre la révision ou l'ajout de nouvelles mesures au fil des ans. La conception participative du plan vise à favoriser l'émergence de synergies locales, à renforcer la cohérence des politiques de divers secteurs et à assurer une équité des offres sur le territoire. En impliquant les parties prenantes dans la définition des mesures et actions du plan. Il en résultera potentiellement une certaine appropriation qui, selon les cas, pourrait s'accompagner d'adaptations relatives aux dynamiques locales et territoriales, aux ressources des acteurs, au secteur et au niveau institutionnel des acteurs...

4. Autopsie du WALAPSanté

Cette section se donne pour objectif de décortiquer le WALAPSanté sous divers angles de réflexion. Pour ce faire, deux outils seront mobilisés dans une approche critique, le triangle des acteurs (Knoepfel, 2006) et l'Outil de Catégorisation des résultats (Promotion Santé Suisse, 2005). L'application successive de ces outils est réalisée à titre exemplatif afin de montrer leurs forces et faiblesses dans le champ particulier de la promotion de la santé.

4.1 Les acteurs du WALAPSanté selon Knoepfel (2006)

Une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique sont en partie responsables de l'augmentation des MNT qui constitue un *problème majeur de santé publique*. Derrière le WALAPSanté, il y a une *volonté politique* de la part des ministres wallons de la santé successifs, d'agir sur les facteurs de risque que sont l'alimentation et l'activité physique pour limiter le développement des MNT. Cette volonté est confirmée par le Gouvernement wallon qui valide le Plan en 2^e lecture le 30 novembre 2018. L'opérateur en charge de rédaction du WALAPSanté est l'APES-ULiège. L'AVIQ est également une des parties à la manœuvre dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du Plan. En tant que politique concertée et transversale, d'autres administrations ou organismes d'intérêt public issus d'autres secteurs que le celui de la santé sont impliqués dans la préparation et l'application du WALAPSanté.

Dans la prise en charge de ce *problème de santé publique*, l'ensemble de la population wallonne est potentiellement visé avec une attention particulière pour les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les populations en situation de pauvreté (*bénéficiaires finaux*). Dans le but de voir initier des activités en faveur de la transition vers des modes de vie favorables à la santé, il est nécessaire que les autorités politico-administratives développent une politique en matière d'alimentation et d'activité physique, mobilisatrice et inclusive, dans une optique globale de santé publique. Et qu'elles mettent en place des mesures destinées à orienter le comportement des *groupes-cibles* : acteurs dédiés ou non à la promotion des modes de vies sains, multi-secteurs, multi-niveaux institutionnels.

Ainsi, groupes-cibles et bénéficiaires finaux coïncident, ils seront amenés modifier leurs comportements alimentaires et leur pratique d'activité physique. Toutefois, il convient de distinguer public cible et public relais. Ces derniers sont des groupes d'acteurs; des structures potentiellement porteuses d'initiatives en vue d'accroître la promotion d'une activité physique régulière et d'une alimentation équilibrée et durable (associations, mouvement citoyen, secteur privé marchand...). Il s'agit donc tout autant de la population wallonne (groupement citoyen...), que de collectivités (école, maisons de repos, ...). Par exemple, les hôpitaux et les maisons de repos pourraient être amenés à mettre en place un Comité Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) qui réunit tous les acteurs concernés par l'alimentation dans ces milieux de vie particuliers (interne, externe et les patients/résidents). Citons également les établissements scolaires ou sportifs, dans la mise en place d'alternatives aux distributeurs de boissons et d'encas sucrés.

Outre les groupes cibles qui seront amenés à modifier certains de leurs comportements, il est nécessaire de préciser que le WALAPSanté suppose que des mesures règlementaires et législatives soient développées pour soutenir l'accès à tous à une alimentation équilibrée, à des milieux de vie et des offres de qualité favorables à l'adoption d'un mode de vie actif. Ainsi, sans un soutien au niveau structurel (infrastructures, environnement, organisation, structures...), la pérennité des mesures prévues dans le WALAPSanté sera menacée.

Une étude exploratoire a mis en évidence les leviers d'action à différents niveaux territoriaux ; provincial et communal. Les analyses transversales de ces leviers montrent que des acteurs territoriaux initient des activités de promotion de l'alimentation et/ou de l'activité physique, sans disposer d'un cadre réglementaire.

L'alimentation et l'activité physique sont deux facteurs incontournables qui influencent favorablement les modes de vie. La transition des modes de vie constitue l'élément central pour lutter contre la progression des maladies non transmissibles.

L'application du triangle des acteurs ne semble pas la plus appropriée dans le cadre de cette politique pour deux raisons :

- une délégation d'autorités politico-administratives se succède dans l'exercice des compétences de mise en œuvre. Or, le triangle des acteurs reflète davantage les aspects substantiels que les aspects processuels. Autrement dit, il ne reflète pas le modèle d'action nécessaire à une bonne exploration du WALAPSanté.
- les activités de promotion de la santé résultent d'interventions complexes qui ne peuvent être expliquées par la simple analyse de relation de causes à effets.

Pour pallier ces insuffisances, deux modèles me semblaient intéressants à divers égards.

Tout d'abord, il semble que le modèle d'évaluation basée sur la **théorie de programme de Chen** (2005) pouvait amener des éléments pour la mise en place du programme en vue de soutenir la détermination des priorités de mise en œuvre. Cette théorie qui reflète le modèle d'action et le modèle de changement simultanément a pour avantage de considérer le programme comme un processus complexe et dynamique. Cette théorie me semblait adaptée pour représenter plus amplement le modèle d'action que propose le WALAPSanté pour opérationnaliser le modèle de changement et pour en saisir la complexité inhérente aux politiques de santé publique, éminemment transversales et intersectorielles.

Toutefois, à l'examen approfondi de ce modèle, il ressort que même si l'application de ce modèle est théoriquement intéressante, il reste réducteur dans la compréhension d'un programme de santé publique dans son implémentation et son évaluation. La schématisation reste à l'état hypothèse et ne permet pas d'identifier les interrelations multiples entre les différentes actions sur les déterminants de la santé et les effets combinés.

L'**Outil de Catégorisation de Résultats** (OCR) de Promotion Santé Suisse a pour avantage de prendre en compte l'influence d'une variété de facteurs externes qui rendent difficile l'attribution des résultats aux activités de promotion de la santé mises en œuvre. La présentation de ce modèle et son application partielle fait l'objet de la section suivante.

4.2 L'outil de catégorisation des résultats (OCR)

L'OCR a été développé par Promotion Santé Suisse avec les instituts de médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne (2005). Ce modèle s'inspire de *l'outcome model* de Don Nutbeam (1999).

Cet outil peut être utilisé pour l'évaluation des résultats obtenus par des projets, des programmes ou des stratégies de prévention et de promotion de la santé. Plus particulièrement, il peut être utile à différents niveaux : l'analyse d'une situation, la planification d'une intervention ou l'évaluation d'un projet. Dans le cadre du WALAPSanté, le modèle serait utile à l'étape de planification, avant la mise en œuvre mais également dans une optique de régulation à des étapes intermédiaires de la mise en œuvre. Une présentation synthétique du modèle se trouve en annexe 4.

Montrer le résultat direct des actions de promotion de la santé auprès des bénéficiaires finaux n'est pas toujours aisé. L'OCR a pour avantage de formaliser les résultats de promotion de la santé en prenant en compte d'autres critères qu'une amélioration directe de la santé de la population. Le modèle classe les résultats en 3 parties :

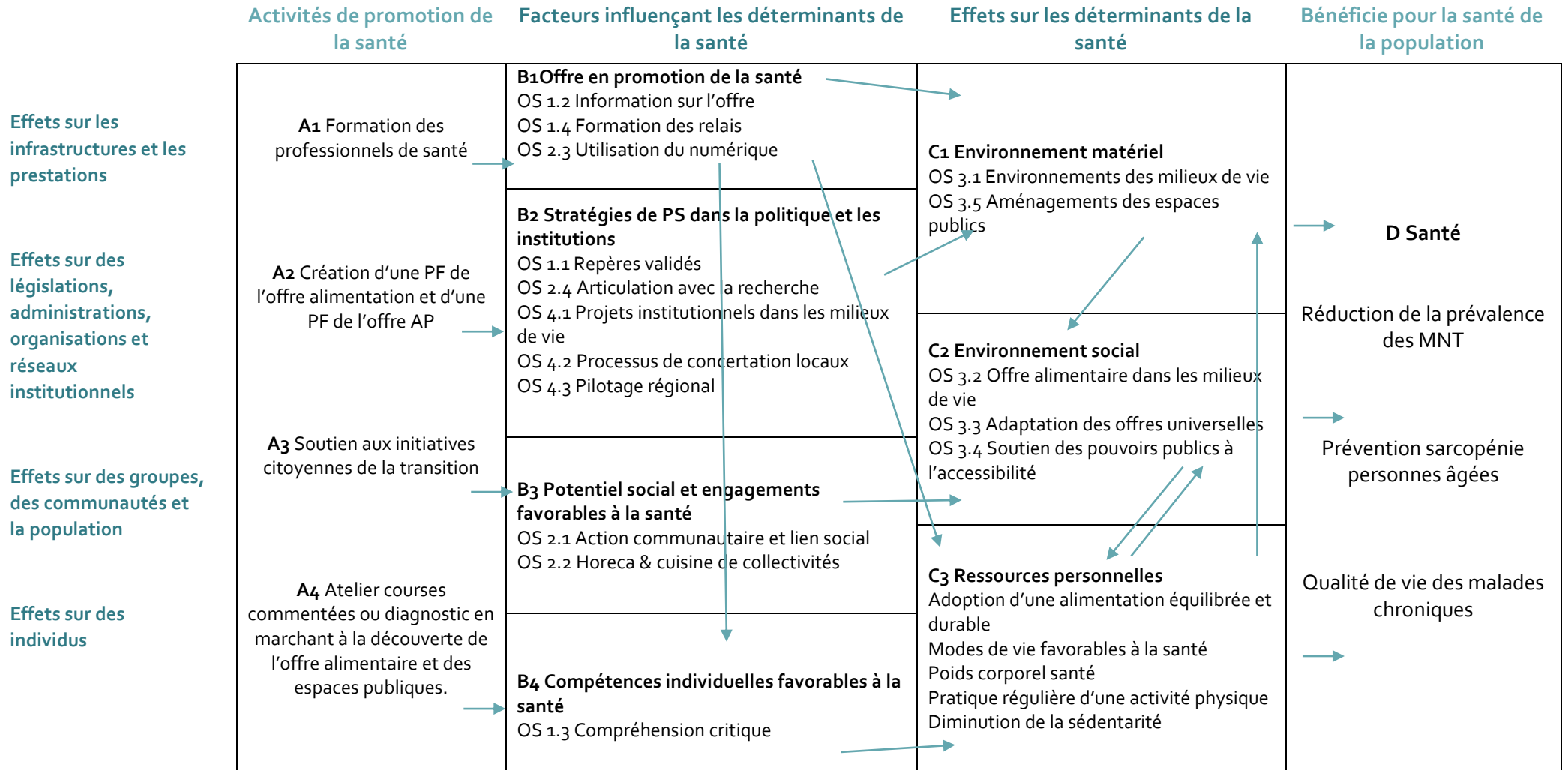
- Amélioration de la santé de la population (D)
- Modification des déterminants de santé déclinée en trois types d'effets sur les déterminants de la santé (C1 à C3)
- Modification des facteurs qui influencent les déterminants de santé déclinée en quatre types d'activités et de facteurs qui influencent ces déterminants sociaux (B1 à B4).

Une quatrième colonne décrit les activités de promotion de la santé.

Il s'agit d'une classification matricielle qui croise les résultats à différents niveaux et les effets sur différents publics. Il est utile pour identifier la cohérence de la planification et son existence au sein des différentes catégories du modèle. Ainsi, le manque d'objectifs dans certaines catégories sera révélateur de la difficulté à atteindre un objectif de catégorie C ou D.

En aval d'une évaluation des résultats, cette catégorisation est utile à la construction de l'évaluation, elle renseigne par catégorie les objectifs mais également les résultats attendus. Elle permet également de justifier les interventions choisies et éventuellement de motiver l'omission de certaines catégories.

Dans le schéma ci-dessous, j'ai réalisé un exemple d'application du modèle sur base d'une sélection d'objectifs du WALAPSanté. Cet exemple ne constitue donc pas l'ensemble de la catégorisation pour le WALAPSanté.



En vue de compléter ce modèle, la question qui nous intéresse est la suivante : sur quels objectifs finaux en matière de santé (D) et sur quels déterminants de santé (C) le WALAPSanté doit-il avoir de l'influence ? Comment les objectifs intermédiaires peuvent-ils y contribuer ?

Pour répondre à cette question, il convient de lire le modèle de droite à gauche. En reportant les objectifs de santé (D) dans le modèle, on perçoit la façon dont le WALAPSanté pourra contribuer positivement à la santé de la population wallonne, ces objectifs concourent à des effets à long terme.

Ensuite, j'ai attribué les objectifs spécifiques du plan aux catégories B et C et classés certaines actions à titre d'exemples dans la catégorie A. La dernière étape de l'application du modèle a consisté à mettre en lumière les interrelations connues entre les objectifs et les effets à long terme du WALAPSanté.

Dans le cadre du WALAPSanté, les résultats attendus en termes de santé (D) sont la réduction de la prévalence des MNT, la prévention de la sarcopénie chez les personnes âgées et une amélioration de la qualité de vie des malades chroniques. Ces résultats ne seront visibles qu'à long terme.

Ensuite, des facteurs influencent directement les déterminants de la santé (B). Par exemple, pour les facteurs influençant la catégorie C₃ : diffuser une information de qualité sur l'offre (B₁-OS_{1.2}) permettra d'améliorer l'accessibilité à travers une compréhension critique de l'information (B₄-OS_{1.3}) favorable à l'adoption d'un mode de vie sain (C₃). Par information de qualité, on entend une information référencée, critique, compréhensible et utilisable par tous. Il s'agit de renforcer l'accessibilité de tous à cette information de qualité sur les modes de vies et les environnements favorables à une alimentation équilibrée, à une pratique régulière de l'activité physique et à une diminution de la sédentarité. Une fois cette information accessible à différents niveaux (signalétique, cartographie, manifestations locales, sensibilisation...), la population sera outillée pour comprendre et assimiler cette information et être en mesure de l'utiliser. Ajoutons que pour qu'une personne adopte un comportement favorable à la santé (C₃), il faut que le contexte dans lequel elle évolue soit également favorable (C₁ & C₂). Dès lors, si la population wallonne ainsi que les acteurs pouvant avoir une action en faveur d'une alimentation équilibrée et durable et d'une pratique d'activité physique disposent d'environnements favorables au déploiement de leurs initiatives, alors leur mode de vie sera amené à évoluer favorablement.

Autre exemple, l'intégration des dimensions alimentation et activité physique dans la formation des professionnels et des relais de divers secteurs (médical, éducatif, sportif, social, HORECA, aménagement du territoire, urbanisme, design) (B₁) agira sur le renforcement, d'une part, des compétences individuelles (B₄) et d'autre part, des compétences mêmes des groupes sociaux (B₃). Cela s'explique par les actions directes que peuvent avoir ces relais auprès de ces publics. De plus, cet objectif pourrait influencer directement les environnements des milieux de vie. Effectivement, les professionnels formés auraient les outils en mains pour proposer à leur public des activités qui favorisent la mise en mouvement ou encore pour aménager des lieux de repas collectifs agréables.

La plus-value de ce modèle par rapport au modèle de Chen est de considérer que la santé en tant que but de la prévention et de la promotion de la santé, ne peut être atteinte sans passer par une série d'étapes intermédiaires. Cette catégorisation comprend la promotion de la santé comme un processus qui agit à différents niveaux; individuels, des groupes et des organisations. Les interrelations multiples entre les catégories en fait un modèle dynamique reflétant les particularités caractéristiques de la promotion de la santé.

5. Formulation des questions évaluatives

Le choix des questions évaluatives est fortement lié au **cycle de la politique** concernée. Effectivement, la situation actuelle est comparable à celle d'un entre-deux et a déjà été détaillée dans les sections précédentes. Cette situation n'a pas été favorable au développement d'une démarche d'évaluation participative dans le cadre de mon TFF. Néanmoins, penser l'évaluation en amont de la mise en œuvre de la politique reste utile en vue de poser les bases d'une évaluation à venir. Ainsi, dans une étape ultérieure du cycle et avec une commande officielle, ce projet aurait pu être pensé différemment. Cette évaluation sera à penser sur le long terme, différents niveaux d'évaluation et d'indicateurs devront être explorés. Effectivement, le WALAPSanté est intégré dans la Plan wallon de Prévention et de Promotion de la santé, Horizon 2030.

5.1 Quelle place pour les acteurs ?

En l'absence de commande d'une évaluation de la part d'un commanditaire, ce travail est uniquement réalisé à titre d'exercice. Aucune partie prenante n'a été impliquée dans la définition de ce projet fictif, ce qui est regrettable ; la participation des acteurs à ce stade constitue un élément essentiel à l'utilisation ultérieure des résultats. C'est pourquoi, il conviendrait de **définir les finalités de l'évaluation** et d'éclaircir les **questions** que les parties prenantes se posent au sujet de l'évaluation. Cette discussion reviendrait à préciser **l'utilisation** qui sera faite des résultats d'évaluation, le « pourquoi » de l'évaluation. Quant à présent, les questions évaluatives ont été définies unilatéralement, au vu du contexte actuel, sur base de réflexions personnelles et à des fins didactiques. Cependant, les **questions évaluatives** se devront d'être soumises à la discussion et à la négociation avec les différents acteurs en fonction de leurs préoccupations. Il pourrait potentiellement y avoir une multitude de questions évaluatives différentes de celles posées dans ce travail.

Dans le cadre de cette évaluation, deux aspects me semblaient intéressants ; d'une part, l'existence du WALAPSanté en tant que plan et d'autre part, la potentielle opérationnalisation de certains objectifs ou de certaines actions dans d'autres initiatives mises en œuvre par ailleurs en Wallonie.

L'absence de démarche d'évaluation participative et négociée, n'empêche pas de se questionner sur l'utilité et l'utilisation des résultats comme le reflète l'évaluation centrée sur les résultats introduite par Patton. Je me suis donc interrogée sur les *primary intended users* du rapport d'évaluation. Ainsi la première question d'évaluation constitue un enjeu pour les décideurs ; ont-ils effectivement atteint le public relais en charge de la mise en œuvre ? Doivent-ils approfondir la mise en place et la diffusion du plan ? Etc. Les acteurs seront également amenés à juger la façon dont ils ont reçu le plan, dont ils se voient l'intégrer ou non dans leur pratique. La seconde question se soucie de l'adhésion des autres administrations et politiques en charge de l'alimentation et de la pratique d'activité physique au WALAPSanté. Y voient-ils des transversalités ? Que veut dire le WALAPSanté pour eux ? Les acteurs chargés de mettre en œuvre les actions seront concernés par les résultats pour identifier d'éventuelles possibilités de partenariats.

En vue de proposer et d'argumenter une démarche d'évaluation, il s'est avéré utile de mobiliser certains concepts et certaines théories. Le cheminement théorique explicité à la section suivante a nourri ma réflexion quant à la formulation du questionnement évaluatif.

5.2 Cheminement théorique

Tout d'abord, je me suis intéressée à la sociologie de l'acteur-réseau (Latour, 2006). Au-delà des acteurs humains concernés, cette théorie considère les acteurs non humains et les discours comme faisant partie du réseau d'interactions qui se créent parmi ces "actants". Selon cette théorie, le WALAPSanté, entendu comme le "document-plan", serait un acteur à part entière produisant des effets sur le réel. Autrement dit, le WALAPSanté sera considéré comme faisant partie d'un collectif d'actants dont les relations se créent par des opérations de traduction, des relations entre des acteurs hétérogènes. Ces acteurs agissent à des niveaux d'actions divers.

Une des particularités de la sociologie de la traduction est de considérer que les relations s'établissent par des opérations de traduction, c'est-à-dire par des liens entre des activités hétérogènes. Cela est particulièrement intéressant pour une politique multisectorielle telle que le WALAPSanté où les acteurs de niveaux institutionnels et de secteurs différents sont concernés.

Dans cette perspective, je me suis penchée un travail antérieur de l'APES-ULiège, l'évaluation du Plan National Nutrition Santé Belge (PNNS-B1) (Absil et al, 2013). Cette évaluation avait donné lieu à une **grille de critères et d'indicateurs** permettant d'objectiver un jugement évaluatif sur "**l'agir**" du plan (voir annexe 1). Cette dernière est intéressante à différents niveaux, elle fournit une porte d'entrée pour comprendre le rôle d'un plan auprès des partenaires et elle fournit des éléments utiles à la rédaction d'un plan. Ces critères et indicateurs pourront dès lors renseigner sur le "document" WALAPSanté. Un aperçu synthétique de la grille des critères, légèrement adapté au WALAPSanté, se trouve en annexe ainsi que le lien vers la version originale consultable en ligne.

Un autre outil semble utile dans le cadre de ce travail. Il s'agit d'un outil standardisé d'analyse des politiques nationales de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé. L'outil HEPA-PAT (Health Enhancing Physical Activity-Policy Audit Tool) (2005) a été élaboré par le réseau OMS Europe et a été testé en Belgique francophone ainsi que dans sept autres pays européens. Il se donne pour objectif d'être un outil standardisé au niveau international pour le déploiement de mesures de promotion de l'activité physique. Notons que la Société française de Santé publique (SFSP) et l'Université de Côte d'Azur ont adapté l'outil pour l'analyse des politiques locales; le Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité Physique-Santé (CAPLA-Santé).

HEPA-PAT est un cadre utile à la compréhension et à la connaissance des politiques et de leurs leviers mais ne constitue pas une évaluation de politique. Toutefois, il identifie 17 critères de base dans le développement des politiques (Annexe 2) qui présentent des similitudes avec les critères de « l'agir du plan » selon l'évaluation du PNNS-B1. C'est pourquoi, cette complémentarité fera l'objet d'une grille de critères particulière utile dans le cadre du WALAPSanté.

Ainsi, la grille des critères inspirée des deux outils cités ci-dessus sera utile pour l'évaluation de l'architecture du plan et de ses atouts par rapport à d'autres politiques. La théorie de l'acteur-réseau agira comme cadre en considérant le plan comme un actant majeur du réseau.

5.3 Les questions évaluatives

Le questionnement évaluatif portera principalement sur la structure du plan ; son architecture, son contenu et sa dynamique partenariale dans l'optique de santé dans toutes les politiques.

- 1) **Le contenu et l'arborescence du WALAPSanté ont-ils favorisé son appropriation par les acteurs ?**
- 2) **Quels sont les atouts du WALAPSanté par rapport aux autres initiatives en matière d'alimentation et d'activité physique en Belgique francophone ?**
 - a. Comment est prévue l'intersectorialité dans le plan ?
 - b. Quelles sont les synergies possibles avec d'autres initiatives, programmes, politiques en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles ?

L'évaluation proposée est formative. Elle s'intègre dans une optique d'amélioration du programme, elle en examine le contexte au-delà de l'atteinte des objectifs. Cela explique que cette évaluation s'interroge quant au contenu de la politique, son contexte et le contenu des politiques similaires.

La **première question** s'attache à comprendre dans quelle mesure l'existence du Plan comme « document papier » officiel a eu un effet auprès des acteurs. Il s'agira de voir si cette officialisation a ou non favorisé son appropriation des acteurs au-delà de la version papier du Plan. Au-delà de cette optique, il sera question de voir ce que revêt le document papier pour les acteurs; son contenu, sa présentation, les concepts utilisés, la logique présentée...

La **seconde question** traite d'une part de la **cohérence interne** du WALAPSanté c'est-à-dire ce qui est actuellement prévu en termes d'articulations avec les autres politiques, initiatives et acteurs. D'autre part, elle traite de la **cohérence externe**, soit les articulations non prévues par le plan mais qui se révéleraient intéressantes au vu de sa mise en œuvre à venir.

Concrètement, il s'agira de voir si les initiatives qui se sont développées depuis fin 2018 soit depuis l'officialisation du plan sont en cohérence avec le WALAPSanté. De manière plus globale, cette seconde question permettra de mettre en évidence la valeur ajoutée du WALAPSanté par rapport aux politiques et initiatives sur des thématiques semblables. Dans le cadre de la sociologie de la traduction, on pourrait reformuler la question de manière suivante : Le WALAPSanté est-il un **point de passage** incontournable dans la transition des modes de vie ? Il s'agira de voir si le WALAPSanté pourrait devenir l'élément nécessaire à la canalisation des intérêts divers en une seule et même direction pour l'évolution du mode de vie de la population.

6. Méthodes de collecte et d'analyse des données

6.1 Le choix des méthodes

Plusieurs méthodes et outils seront mobilisés pour répondre aux questions évaluatives; analyse documentaire, entretiens individuels, questionnaires... Le processus de collecte de données se devra d'être itératif. La démarche se caractérisera par une triangulation de méthodes et de sources d'informations. Les données collectées avec l'une ou l'autre méthode enrichiront la collecte au cours de l'évaluation, sans cloisonner les données.

a) Analyse des plans et initiatives politiques

Choix des plans et initiatives

Dans cette section, j'utiliserai les termes de politiques, programmes ou initiatives de façon indifférenciée pour identifier ce qui est actuellement en œuvre, en lien avec l'alimentation et l'activité physique en Belgique francophone, quel que soit le niveau institutionnel porteur.

Il sera indispensable de débiter par une revue systématique des politiques en œuvre en matière d'alimentation et d'activité physique en Belgique francophone, mais pas seulement. Effectivement, en tant que politique transversale, construite dans une optique de *santé dans toutes les politiques*, il sera nécessaire de recenser les politiques qui engagent d'autres compétences, comme l'agriculture, le développement durable, la mobilité, l'aménagement du territoire, la lutte contre la pauvreté, l'éducation... Une attention particulière devra être donnée à cette transversalité.

Concrètement, il s'agira de sélectionner un maximum de dix plans ou initiatives qui serviront de points de comparaison utiles à l'analyse des convergences et des divergences qui distinguent le WALAPSanté des autres plans (QE2). Le panel sélectionné sera caractéristique de l'intersectorialité inhérente aux politiques de santé publique. Une première liste exemplative a été établie et se trouve en [Annexe 3](#).

Ce travail permettra également de sélectionner les acteurs politiques et administratifs à interroger dans une étape ultérieure de la collecte des données.

Construction de la grille des critères

Plus précisément, les critères de l'agir du plan permettront de dégager le poids de la version papier du plan dans la mobilisation des acteurs. Le plan est compris comme le document papier constitué d'axes stratégiques, d'objectifs de niveaux variés, articulés ensemble et concrétisés par des exemples d'actions. Il s'agira tout autant d'analyser le fond que la forme du plan au regard des critères. Ces critères de qualité auxquels un plan devrait répondre ont été validés dans deux outils distincts présentés précédemment.

Pour construire une grille des critères de qualité du développement d'une politique alimentation et activité physique, les deux outils présentés ci-dessus et en annexes 1 & 2 ont été comparés. Pour établir les liens, j'ai réparti l'ensemble des indicateurs listés dans la grille du PNNS en vis-à-vis des critères de l'HEPA-PAT. J'ai ensuite identifié de part et d'autre, les critères et/ou indicateurs non couverts. La confrontation des critères m'a permis de construire une grille adaptée, complète et prenant en considération l'alimentation et l'activité physique. La structure de la grille des critères de l'agir du plan a été conservée et augmentée de certains critères, non présents dans la version initiale (XX). La grille des critères adaptée se trouve en [Annexe 5](#).

Application des critères

L'application des différents critères permettra d'appréhender le plan comme un actant à part entière parmi les acteurs concernés par cette politique (Latour, 2006). Objectiver le jugement évaluatif de l'agir du plan servira à établir un premier bilan du rôle du plan dans la création d'une dynamique à la suite de sa publication.

Dans un second temps, cette grille sera appliquée aux autres plans et initiatives recensés lors de l'étape exploratoire pour identifier les convergences et divergences de pratiques avec le WALAPSanté en vue de soutenir la mise en œuvre opérationnelle du plan dans une visée de santé dans toutes les politiques (OMS, 2012).

Ce premier tour d'horizon du WALAPSanté et des autres plans ou initiatives soutiendra une conception plus fine des méthodes de collecte prévues aux étapes ultérieures. Concrètement, il est envisageable que cette grille de critères soit amenée à évoluer en regard des constats émergents de son application.

b) Recueil de données auprès des acteurs

Depuis le lancement des travaux sur le WALAPSanté, le fil rouge a été celui de la participation des acteurs à la définition des priorités du plan. Plus précisément, on parlera de concertation définie par Arnstein (1969) comme le troisième échelon de la participation. Les personnes-ressources identifiées sont reconnues pour leur expertise dans la thématique concernée et soumettent aux autorités compétentes les connaissances nécessaires à une prise de décision éclairée. Il importe dans le cadre de ce travail que la parole des acteurs fortement impliqués dans le processus de concertation soit de nouveau entendue.

Il sera utile que les différents outils de collecte d'information auprès des acteurs soient structurés de manière transversale, ce qui concrétisera la triangulation. Ainsi, que ce soit pour le questionnaire ou pour les guides d'entretiens, le fil rouge sera constitué des thèmes structurant pour répondre aux questionnements évaluatifs. Ces thèmes seront construits sur base des principaux éléments issus du travail exploratoire. De plus, le canevas sera confronté aux questions évaluatives et adapté aux différentes catégories d'acteurs concernées.

Sélection des acteurs

Dans le cadre de cette évaluation, il serait intéressant de collecter des informations auprès de plusieurs catégories d'acteurs selon la position qu'ils occupent dans la société. Le plan étant construit dans une visée de santé dans toutes les politiques, il semble opportun de croiser cette classification avec le secteur d'activité auquel appartient l'acteur.

Ainsi, les acteurs seront classés selon deux critères :

Leur place dans l'organisation sociale	Leur secteur d'activités
Acteurs politico-administratifs, acteurs scientifiques, acteurs institutionnels, acteurs associatifs, mouvement citoyen.	Agroalimentaire, aménagement du territoire, culture, économie, éducation permanente et aide à la jeunesse, enfance, enseignement, environnement, mobilité, santé, social, sports, tourisme.

Cette catégorisation aura pour but de veiller à une répartition équitable des informateurs en respectant l'optique intersectorielle adoptée dans le plan. La catégorisation des secteurs est issue des travaux préparatoires du WALAPSanté.

Questionnaires auprès des acteurs consultés lors de l'élaboration du WALAPSanté

Les acteurs ou opérateurs consultés à une ou plusieurs étapes de l'élaboration du plan seront invités à répondre à un questionnaire. Dans la mesure où plus de 150 personnes ont participé au processus entre 2016 et 2018, il semble approprié de procéder par questionnaire, de façon à consulter un échantillon le plus exhaustif possible. Les personnes seront invitées par mail à répondre au questionnaire en ligne. En fonction du taux de participation, une relance devra être envisagée.

La liste des participants au processus d'élaboration est intégrée au WALAPSanté lui-même. Cette liste devra nécessairement être mise à jour et retravaillée sur base d'une classification des acteurs. Le processus ayant débuté en 2016, il est prévisible que certaines personnes ne soient plus en fonction. Malgré le temps écoulé, ces personnes restent des informateurs de choix au vu de leur expérience partagée dans le cadre de la construction du Plan.

Les données collectées permettront principalement de documenter la première question évaluative en mobilisant différents éléments tels que la compréhension de la logique du plan, la notoriété du plan, la plus-value du plan, l'appropriation du plan... Par ailleurs, les résultats pourraient être révélateurs d'éléments sur les attentes des acteurs quant à la mise en œuvre future du plan.

Une phase de pré-test devra être organisée avant de lancer la passation. Les données collectées au travers du questionnaire feront l'objet d'une mise-à-plat des résultats dans un rapport technique.

Exemples de questions qui pourraient être posées :

- Comment avez-vous eu connaissance du WALAPSanté ?
- Connaissez-vous les principaux axes du WALAPSanté ? Sont-ils clairs ?
- Que représente le WALAPSanté selon vous ?
- Que pensez-vous de la présentation graphique du plan ?
- Que pourrait vous apporter le WALAPSanté dans votre pratique quotidienne ?
- Etc.

Entretiens auprès des acteurs administratifs et politiques

Ces entretiens sont essentiels pour identifier plus finement les points d'achoppements entre le WALAPSanté et les autres politiques régionales ou communautaires sélectionnées à la première étape du travail. Ainsi, ces entretiens porteront sur les politiques ou initiatives du ressort des interviewés en lien avec l'alimentation et l'activité physique, quel que soit le secteur concerné. Le guide d'entretien sera construit en lien avec les questions évaluatives et plus particulièrement avec la seconde question.

L'identification des acteurs politico-administratifs devra se faire en lien avec l'analyse exploratoire et les plans ou initiatives repérés en FWB et en Wallonie. Ainsi, il serait idéal qu'une personne minimum par cabinet et/ou administration compétente pour la matière concernée soit interrogée. Une fois les acteurs identifiés, une prise de contact individuel concrétisera le calendrier des entretiens avec les acteurs politico-administratifs.

L'entretien sera de type semi-structuré, les questions seront formulées de manière la plus ouverte possible et prévoira des questions de relance. Les guides d'entretien seront soumis à révision au cours des entrevues. Dans la mesure du possible, les entretiens seront enregistrés et feront l'objet d'une écoute attentive, soutenue par une prise de notes assidue. Les règles RGPD seront scrupuleusement

respectées. Une analyse de contenu des entretiens donnera lieu à une synthèse sur base des principales catégories d'informations structurant le guide d'entretien.

Exemples de questions qui pourraient être posées :

- Quelles sont les initiatives de votre ressort en lien avec l'alimentation et l'activité physique ?
- Quelles synergies pourraient être développées entre cette initiative et le WALAPSanté?
- Y a-t-il des lieux de concertation sur cette initiative ?
- Quelle est la plus-value de cette initiative par rapport aux autres stratégies en Belgique francophone?
- Etc.

c) Limites à prévoir dans la collecte des données

Les objets d'évaluation choisis ne sont pas communs, cette évaluation ne portera pas sur les critères les plus usuellement investigués. Ce choix résulte d'une prise en considération forte du contexte. Le risque majeur est que cette évaluation soit incompatible avec les attentes éventuelles du commanditaire public qui n'a pas été consulté. Toutefois, les résultats se veulent utiles pour les acteurs politico-administratifs en vue de porter des mesures cohérentes dans une visée de santé dans toutes les politiques mais également pour l'avenir de ce plan en tant que politique transversale et concertée. De plus, le souhait de cette évaluation est que les opérateurs auxquels ce Plan s'appliquera puissent s'approprier les résultats pour la mise en œuvre de leurs actions et pour faire évoluer le WALAPSanté à l'avenir.

Une difficulté qu'il faudra surmonter tient sans aucun doute à la mobilité d'emploi des personnes initialement consultées. Il faudra donc veiller à combler cette éventuelle perte d'informateurs ou a minima en rendre compte avec transparence. Il va sans dire que les personnes issues des cabinets et administrations ont certainement changé d'affectation à la suite de la nouvelle législature. Les acteurs politico-administratifs en place risquent donc de ne pas être au fait sur le contenu du WALAPSanté. Pour pallier cet écart probable de connaissances, plusieurs actions sont possibles. Par exemple, envoyer le guide d'entretien avant la rencontre ou encore réaliser un court dossier documentaire qui présente les éléments de contexte utiles à l'entretien. Outre les changements de fonction des informateurs-clés, il restera à contrer l'éventuelle lassitude de ces personnes ayant participé à la construction d'un plan qui tarde à être mis en œuvre.

Un risque semblable est celui du biais d'information. Une grande majorité des personnes ont été consultées entre 2016 et 2017, ce qui laisse présager un oubli potentiel des tenants et aboutissants du WALAPSanté. Prévoir une partie introductive du questionnaire reprenant les éléments forces du contexte pourrait atténuer cet éventuel biais. La portée du questionnaire devra tenir compte de ce biais pour éviter un trop grand nombre de non-réponses.

6.2 Présentation des résultats

L'ensemble des résultats de cette évaluation devra faire l'objet d'une présentation intégrée dans un rapport complet, structuré par questions évaluatives.

Pour y parvenir, le maître mot sera "triangulation". En effet, les résultats aux questions évaluatives seront issus de différentes sources : les plans en tant que documents, les informateurs-clés ayant participé au processus de construction du WALAPSanté et les acteurs porteurs d'initiatives en Belgique francophone. La triangulation apparaît également au niveau des modalités de collecte d'information : analyse des plans à l'aide de la grille des critères, des questionnaires et des entretiens.

7. Conclusion

Ce travail de fin de formation a été l'occasion de comprendre une politique que je connais bien sous un autre angle, de la décortiquer pour l'appréhender différemment. Ce travail a été enrichissant mais complexe à plusieurs niveaux. Premièrement, le cycle de la politique a orienté la proposition de travail vers une évaluation *ex ante*. Le cadre théorique adopté dans le travail y est fortement lié ; le plan comme un actant à part entière. Ensuite, l'absence de contacts avec les parties prenantes de cette évaluation s'est trouvée être une des plus grandes difficultés dans la réalisation de ce travail. En effet, habituée aux méthodes participatives, le contexte actuel ne le permettant pas, il n'a pas été simple de trancher quant aux choix à poser pour cette évaluation. Une démarche d'évaluation participative et négociée aurait pu être proposée dans un autre contexte.

Les cadres d'analyses des politiques publiques se sont montrés parfois peu adaptés à l'analyse d'une politique de promotion de la santé. L'application du triangle des acteurs fut peu fructueuse pour appréhender la complexité des interventions en promotion de la santé. L'outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse, tout à fait particulier au secteur de la promotion de la santé, a permis de lire différemment cette politique.

La proposition méthodologique suppose la triangulation des sources d'information et des méthodes de collecte. Ainsi, revue documentaire, questionnaire et entretiens individuels se combineront pour répondre aux deux questions évaluatives.

Deux outils reconnus d'analyse de plans et de politiques en matière d'alimentation et d'activité physique ont donné lieu à une grille de critères de l'agir du plan. Cette grille de lecture inspirée de la sociologie de la traduction est utile dans le cadre d'une politique de promotion de la santé caractérisée par un groupe cible très vaste. Ce dispositif aide à comprendre les liens entre les *outcomes* et les *outputs* en considérant l'ensemble des acteurs et des actants. Au-delà de critères et des indicateurs définis, la sociologie de l'acteur-réseau aide à la compréhension du programme dans son ensemble. Elle servira à éclairer la façon dont le plan agit auprès les acteurs, le rôle du plan dans la création d'un réseau d'acteurs qui se saisit des questions d'alimentation et d'activité physique en prenant en considération la santé et ses déterminants.

Enfin, cette proposition méthodologique comporte des limites qu'il faudra anticiper au mieux. Elles touchent principalement aux informateurs. Il sera nécessaire de prendre les décisions adaptées dès le diagnostic posé sur les sources de contacts.

8. Références

Documents de cadrages théoriques

Société Française de Santé Publique (SFSP) (2019). Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé (CAPLA-Santé). Guide d'accompagnement pour l'analyse des politiques locales AP-Santé. Université Côte-d'Azur: 40. [En ligne] <https://www.sfsp.fr/content-page/item/14751-capla-sante-cadre-d-analyse-des-politiques-locales-activite-physique-sante>

Cloetta B, Spörri-Fahrni A, Spencer B et al. (2005). Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention. Promotion Santé Suisse: Bern.

Coppieters, Y., & Scheen, B. (2019). Enjeux de la planification publique participative d'un Plan régional de promotion de la santé dans le contexte institutionnel belge. *Global Health Promotion*, 1757975919840663. doi:10.1177/1757975919840663

Latour M. (2006). *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris, les Presses, "Sciences sociales".

Lhours, G. (2011). *Glossaire. Education pour la santé, promotion de la santé et santé publique à destination de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur*

Nutbeam, D. (1999). Health promotion effectiveness - The questions to be answered. In IUHPE (Ed.), *The evidence of Health Promotion Effectiveness - Shaping Public Health in a New Europe. Part Two: Evidence Book*. Brussels: ECSC-EC-EAEC.

WHO. Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool (PAT) – version 2, 2015, [En ligne] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/286795/Health-enhancing_physical_activityHEPApolicy_audit_toolPATVersion_2.pdf?ua=1

Documents de cadrages en Wallonie

Décret du 03/12/2015 relatif à l'Agence wallonne de la Santé, de la protection sociale, du handicap et des familles.

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

Loi spéciale du 08/08/1980 de réformes institutionnelles, modifiée par la loi spéciale du 06/01/2014.

Parlement de la Communauté française (1997). *Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française*: 60.

Documents de références - WALAPSanté

Absil, G., De Winter, M., Vandoorne, C., Van Hoye, A. (2016) *Vers une politique concertée et inclusive pour la promotion de l'alimentation et de l'activité à des fins de santé*. Document de travail préfigurant d'une note d'orientation : 19.

Detaille, E., François, P., Vandoorne, C. (2018). *Analyse de faisabilité Plateforme pour une meilleure accessibilité de l'offre santé en matière d'alimentation*. ULiège: 24.

Gouvernement Wallon (2018). Plan wallon de prévention et de promotion de la santé. Ensemble pour une vie de qualité en Wallonie ! Rapport Prévention et Promotion de la Santé. Horizon 2030. Partie 2 : Référentiel pour l'action. Belgique: 116.

Detaille, E., Georgin, E., Vandoorne, C., Van Hoye, A., Dalimier, I. (2018). Promouvoir la santé de tous et de toutes par l'alimentation et l'activité physique. Analyse des leviers territoriaux. Transversalités entre les communes. ULiège : 44.

Georgin, E., Dalimier, I., Vandoorne, C. (2018). Promouvoir la santé de tous et de toutes par l'alimentation et l'activité physique. Analyse des leviers au niveau territorial – Les provinces. ULiège: 35.

Vandoorne, C., Georgin, E., Detaille E. et al. (2018). Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie Horizon 2030 : Axe "Promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé" WALAPSanté. Uliège: 64.

Documents en lien avec d'autres politiques alimentation et activité physique en Belgique

Absil, G., et al. (2011). Evaluation du premier Plan National Nutrition Santé Belge (PNNS-B1). Liège, Université de Liège. Ecole de santé publique: 67.

Bédoué, C., Coppieters, Y., et al. (2009). Proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française. CAP Cœur.

Fremault, C. (2015). Stratégie vers un système alimentaire plus durable. Bruxelles: 98.

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

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

Gouvernement wallon (2005). Plan national nutrition et santé pour la Belgique 2005-2010 (PNNS-B) : 128.

Gouvernement wallon (2014). Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie. Partie 1 : Définition des priorités en santé horizon 2030: 105.

Service de la Santé Commission communautaire française (2017). Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 du Gouvernement francophone bruxellois. Bruxelles: 58.

Service public de Wallonie - Développement durable (2018). Vers un système alimentaire durable en Wallonie. Le Référentiel.

Vlaamse Parlement (2018). Strategisch plan – de vlaming leeft gezonder in 2025 (versie goedgekeurd door het Vlaamse Parlement) » : 72.

WIV-ISP (2016). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Enquête modes de vie et maladies chroniques. Bruxelles, Belgique : 221.

Documents de cadrages internationaux

European Commission. (2014) 2008-2013 EU funded actions to support the public health priorities. Nutrition & Physical activity actions addressing obesity. Luxembourg: European Union;

Organisation mondiale de la santé (OMS). (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé: 6.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2010). Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. Genève: 48.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2013). Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020. Vienne, Autriche: 6.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2014). Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2018). Profils des pays pour les maladies non transmissibles. [En ligne] https://www.who.int/nmh/countries/bel_fr.pdf?ua=1

World Health Organization (2012). Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. Denmark, Copenhagen. 221p. [En ligne] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf

World Health Organization (2014). Global health estimates 2014 summary tables - DALY by cause, age and sex, by WHO region, 2000-2012. 6-7-2015.

World Health Organization (2015). Healthy diet. Fact sheet N°394.

World Health Organization (2015). Obesity and overweight. Fact sheet n°311.

Références en analyse des politiques publiques

Bilodeau, A., Chamberland, C., White, D. (2002). L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. The Canadian Journal of Program Evaluation. Vol. 17 No. 2 : 59-88.

ISSN 0834-1516 Copyright © 2002 Canadian Evaluation Society

de Maillard, J., Kübler, D. (2016). Analyser les politiques publiques. Grenoble, France: Presses universitaires de Grenoble.

Gahundu, T., Coppieters, Y., Berghmans, L. (2014). Analyses des politiques de prévention des maladies non transmissibles dans la Fédération Wallonie-Bruxelles. Rev Med Bru 2014 ; 35 : 476-482.

Knoepfel, P., Larrue, C. et Varone, F. (2006). Analyse et pilotage des politiques publiques (2ème édition). Zürich / Chur, Verlag Rüegger.

9. ANNEXES

ANNEXE 1 : La grille des critères de l'agir du plan (Absil et al., 2013).....	30
ANNEXE 2 : 17 critères de base dans le développement des politiques promouvant l'activité physique bienfaisante pour la santé.....	31
ANNEXE 3 : Recueil exemplatif de plans, programmes et initiatives.....	32
ANNEXE 4 : L'outil de catégorisation des résultats - Promotion Santé Suisse.....	33
ANNEXE 5 : La Grille de critères et d'indicateurs.....	34

ANNEXE 1 : La grille des critères de l'agir du plan (Absil et al., 2013)

- **La traçabilité/l'histoire du plan** : le plan est inscrit dans l'histoire de la politique de santé publique, il mentionne ses sources, il explique les choix des priorités entre les acteurs à partir de références scientifiques.
- **Les définitions et concepts** : le cadre de référence choisit pour définir l'alimentation et l'activité physique est suffisamment riche et facile à manipuler pour tous les acteurs.
- **La technicité** : le cadre logique qui structure la rédaction du plan apporte une vision compréhensible de la problématique.
- **La pédagogie et l'ergonomie du plan** : la communication et la diffusion du plan assurent son rôle de référentiel auprès des acteurs.
- **L'animation du plan** : le plan prévoit une gestion dynamique des interactions entre les partenaires (actions sur différents territoires, modalités de concertations...)
- **La vitalité et la créativité du plan** : le rôle d'actant du plan est assuré grâce aux éléments qui le maintiennent "en vie" (évaluation...)

La version complète originale est consultable via le lien suivant : <http://hdl.handle.net/2268/151745>

ANNEXE 2 : 17 critères de base dans le développement des politiques promouvant l'activité physique bienfaisante pour la santé

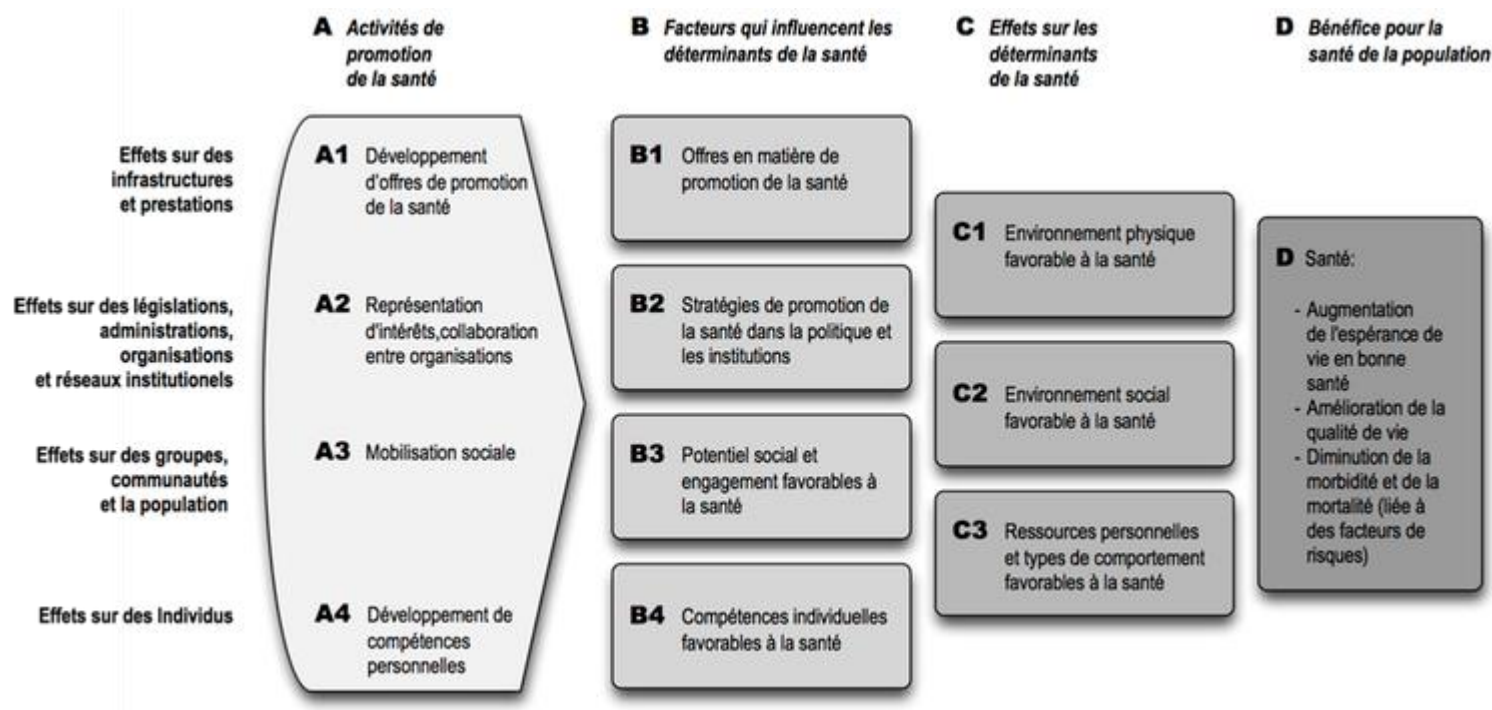
1. Développement basé sur une **approche consultative** (toutes les parties concernées sont consultées et impliquées dans le processus)
2. **Approche factuelle** (les politiques sont développées sur la base des recherches et des pratiques déjà en place qui se sont montrés efficaces)
3. Intégration à travers les secteurs et politiques (les politiques sont développées et intégrées dans une **approche transversale multisectorielle**)
4. **Recommandations nationales** des niveaux d'activité physique (des recommandations sur le niveau d'APS nécessaires pour différents groupes d'âges et populations sont en place au niveau national)
5. **Objectifs nationaux** (le pays a des objectifs clairement définis à court et long terme concernant le progrès du niveau de santé et pratique d'APS de ses citoyens)
6. **Plan d'implémentation** avec des délais spécifiques (les actions prévues sont clairement définies, des responsables nommés et des délais fixés ; ceci est nécessaire pour un suivi précis de l'avancement de l'implémentation)
7. **Stratégies multiples** (le développement de l'activité physique bienfaisante pour la santé a des approches multiples et variées afin de répondre aux problématiques dans leur globalité : développement des infrastructures, éducation du public, accompagnement de la pratique, etc.)
8. **Évaluation** (des systèmes pour évaluer l'atteinte des objectifs et la mise en place du processus)
9. **Systèmes de monitoring et suivi** de la santé (afin d'observer si les changements en pratique de l'activité physique ont un impact sur le niveau de santé de la population)
10. **Engagement politique** (les pouvoirs politiques soutiennent et promeuvent les projets APS)
11. **Financement continu** (disponibilité continue et suffisante des fonds)
12. **Leadership et coordination** (une entité nationale et unique coordonne toutes les démarches APS au niveau national)
13. **Travail en partenariat** (développement des partenariats entre structures et domaines afin d'éviter le travail en silos, capitaliser les différentes expertises et optimiser les ressources)
14. **Liens entre la politique et la pratique** (les corps politiques et les institutions responsables de la mise en place sur le terrain sont en échange permanent afin de nourrir les politiques des besoins concrets de la population et d'aider à l'implémentation des politiques)
15. **Stratégie de communication** (afin de transmettre les informations nécessaires aux différents groupes de population d'une façon adaptée et ciblée)
16. **Identité - marque, logo, slogan** (une stratégie de communication efficiente a besoin d'une identité afin d'aider à la reconnaissance rapide des messages transmis et à la facilité de mémorisation)
17. **Réseaux de soutien pour les professionnels** (les professionnels travaillant dans des projets APS ont accès au partage des ressources et des informations)

WHO. Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool (PAT) – version 2, 2015, [En ligne] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/286795/Health-enhancing_physical_activityHEPApolicy_audit_toolPATVersion_2.pdf?ua=1

ANNEXE 3 : Recueil exemplatif de plans, programmes et initiatives

- Projet alimentation saine et durable dans les écoles – FWB – Initiative Ministère de l’enseignement [http://enseignement.be/upload/circulaires/000000000003/FWB%20-%20Circulaire%207100%20\(7344_20190425_153402\).pdf](http://enseignement.be/upload/circulaires/000000000003/FWB%20-%20Circulaire%207100%20(7344_20190425_153402).pdf)
- Green Deal Cantines durables – RW – Ministère développement durable
- Plan wallon de Lutte contre la Pauvreté – RW
- Plan Wallon Nutrition Santé Bien-être des aînés
- Plan Wallonie cyclable 2014-2020
- Stratégie Good Food – Région de Bruxelles-Capitale
- Smartcity guide
- Référentiel alimentation durable

ANNEXE 4 : L'outil de catégorisation des résultats - Promotion Santé Suisse



ANNEXE 5 : La Grille de critères et d'indicateurs

Les critères	Les indicateurs
La traçabilité/l'histoire du plan	1.1. Le plan s'inscrit dans une histoire politique de santé publique 1.2. Le plan mentionne ses sources avec exactitude 1.3. Le plan explique la construction du consensus entre les partenaires à partir des références scientifiques
Les définitions et concepts mobilisés dans le Plan Référentiel	2.1. La vision de santé véhiculée par les concepts est positive (ne se limite pas à la maladie ou à l'interdiction) 2.2. La vision véhiculée par les concepts s'inscrit dans un enjeu de société plus vaste 2.3. Les définitions des concepts favorisent une action intersectorielle 2.4. Les déterminants de santé sont envisagés de manière complexe 2.5. Les définitions envisagent les concepts à différentes échelles
La technicité du plan Cohérence des contenus	3.1. Le plan est construit à partir d'un vocabulaire technique précis 3.2. Les finalités et les objectifs sont clairement distingués XX. Les objectifs de santé et de promotion de la santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique sont clairement définis 3.3. Le plan est construit à partir d'un cadre logique explicitement mentionné 3.4. Le plan s'appuie explicitement sur un savoir-faire international XX. Les recommandations alimentaires et des niveaux d'activité physique sont clairement stipulées 3.5. Les choix de publics cibles sont étayés, justifiés 3.6. Le plan explique la démarche qui a permis de choisir les publics cibles des actions 3.7. Les objectifs du plan envisagent la problématique à plusieurs niveaux d'analyse (macro/micro) 3.8. Le plan identifie clairement les acteurs et leurs responsabilités 3.9. Le plan décrit les conditions de sa réalisation (y compris financières)
La pédagogie et l'ergonomie du plan	6.1. Le plan prévoit des actions pour maintenir sa présence médiatique 6.2 Le plan met en place un système d'identification (logo, slogan) 6.3. La rédaction du plan et l'édition du plan en font un référentiel attractif

	<p>6.4. Le plan est ergonomique, son utilisation est aisée comme document de référence</p> <p>6.5. Il est aisé de mémoriser les fondements du plan et ses orientations</p> <p>6.6. Le plan fournit une description brève et diffusable</p> <p>6.7. Le plan est introduit par une déclaration politique</p>
L'animation du plan	<p>4.1. Le plan prévoit une procédure de déclinaison des objectifs sur les différents territoires institutionnels</p> <p>4.2. Le plan prévoit une articulation des stratégies et des actions sur les différents territoires institutionnels</p> <p>4.3. Le plan propose des modalités de concertation</p> <p>4.4. Le plan met en place les conditions d'une intersectorialité optimale</p> <p>4.5. Les acteurs et les partenaires sont clairement identifiés à différents niveaux de responsabilité</p> <p>4.6. Les instances de gestion du plan sont décrites quant à leur composition, leur rôle, le fonctionnement et leur pouvoir.</p> <p>4.7. Le plan prévoit la mobilisation des partenaires directement impliqués dans le plan et d'acteurs facilitant son existence institutionnelle (alliés, coalition, ...)</p> <p>XX. Le plan prévoit de créer un réseau de soutien pour les professionnels (partage de ressources et d'informations)</p>
La vitalité et la créativité du plan	<p>5.1. L'évaluation est étroitement associée aux actions du plan</p> <p>5.2. L'évaluation est prévue selon différentes modalités</p> <p>5.3. L'évaluation est portée par une seule instance (réalisation, synthèse)</p> <p>5.4. Le plan prévoit des modalités d'exploitation et de diffusion des résultats de l'évaluation</p> <p>5.5. Le plan prévoit des critères explicites pour son évaluation</p> <p>XX. Le plan prévoit un système de monitoring et de suivi de la santé</p> <p>5.6. Le plan prévoit l'amélioration des procédures d'évaluation</p> <p>5.7. Le plan prévoit différentes catégories d'indicateurs (nutritionnels, économiques, éducatifs)</p> <p>5.8. Le plan développe des pistes stratégiques ou d'actions originales</p> <p>5.9. Le plan développe une entrée originale/innovante dans la problématique</p>