

STRATEGIES D'INTERVENTIONS PROBANTES EN PREVENTION (SIP_{rev})

SYNTHESE D'INTERVENTIONS PROBANTES DANS LES DOMAINES DE LA NUTRITION

SIP_{rev} Nutrition

Préambule

Le projet TC-REG

Ce document a été réalisé sur la base des travaux effectués par l'Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé (UIPES) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) ex-Picardie. Nous tenons particulièrement à les remercier pour la réalisation et l'autorisation d'utiliser ces données au bénéfice du projet de recherche TC-REG « Exploration de l'efficacité et des conditions d'efficacité de modalités de transfert de connaissances à l'échelle régionale »¹, mené par la Chaire de Recherche en prévention des cancers INCA/IRéSP/EHESP.

Les objectifs de TC-REG sont de :

- Evaluer, dans les régions, l'impact d'un processus d'accompagnement à l'utilisation des données probantes en prévention sur la modification des pratiques préventives dans la décision - en Agences Régionale de Santé (ARS) – et dans la pratique - en Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)
- Caractériser les mécanismes, processus et conditions d'efficacité mis en place, dans chaque région, pour assurer le transfert de connaissances.

Dans ce cadre, des dispositifs différenciés d'accompagnement sont proposés à différentes ARS et associations volontaires et comparés avec une diffusion de synthèses de revues de la littérature sur les interventions probantes en prévention, objets des SIPrev.

L'objet de SIPrev

SIPrev (Stratégies d'Interventions Probantes en prévention) est un document qui constitue un socle commun de connaissances scientifiques sur les actions probantes en prévention portant sur un thème de prévention, ici celui de la nutrition.

Il s'adresse aux acteurs décisionnaires et opérationnels de la prévention et la promotion de la santé en région.

Ce document a été réalisé sur la base de « revues de revues de littérature »² conduites par l'Union International de Promotion et d'Education pour la Santé (UIPES), partenaire de ce projet et présenté dans la deuxième partie de ce document. Une revue de revue de littérature se fait, non pas sur des études primaires publiées, mais sur des revues de littérature réalisées antérieurement et publiées. Ce choix a été fait afin d'augmenter la transférabilité des interventions et leviers interventionnels repérés par la réunion d'un maximum de données multi-contextuelles. Par ailleurs ont été privilégiées pour inclusion les revues dites « systématiques » en raison de leur haut niveau de preuve.

Ces revues de revues ont été élaborées avec le soutien financier de l'ARS ex-Picardie. Ces travaux ont été traduits en français par Marie-Cécile Wouters, Yuri Cartier et Marie-Claude Lamarre.

¹ Ref : CAMBON-AAP16-Prev-11 : cette recherche a bénéficié de l'aide des partenaires financeurs de l'IRéSP dans le cadre de l'AAP Général 2016 – Volet Prévention

La composition de SIPrev

SIPrev est composé de deux parties :

- une partie intégralement effectuée par les membres de l'UIPES détaillant l'ensemble des stratégies repérées comme probantes dans la littérature scientifique, adossées s'il y a lieu aux recommandations et/ou référentiels internationaux sur la thématique.
- une partie introductive réalisée par l'équipe de projet TC-REG mettant en évidence les éléments clés extraits des revues de littérature.

La partie introductive de SIPrev constitue une extraction de la deuxième partie permettant d'en guider la lecture en précisant les stratégies d'intervention repérées comme étant les plus probantes (consensus ou haut niveau de preuve) dans la littérature. Pour chaque stratégie, lorsque l'information était disponible, un travail d'extraction des éléments clés a été réalisé. Ainsi, dans cette introduction, sont colligés et rassemblés quand elles existaient dans les revues de littérature :

- les composantes clés d'efficacité ; définies ici comme des conditions ou éléments de l'intervention reconnus comme particulièrement influençant sur l'efficacité.
- les conditions contextuelles d'efficacité ; définies ici comme des facteurs contextuels reconnus comme favorisant une meilleure efficacité de l'intervention.
- les conditions d'efficacité liées aux caractéristiques de la population ; définies ici comme des particularités de la population auprès de laquelle la stratégie est particulièrement reconnue comme efficace (ce qui ne vaut pas dire qu'elle ne l'est pas sur d'autres).
- les types de résultats auxquels s'attendre ; définis ici comme les résultats observés de ces stratégies dans les études.

Ces données clés sont fondamentales dans une logique de transfert d'intervention, c'est la raison pour laquelle nous avons souhaité insister dessus dans cette partie introductive. En effet, de ces dernières dépendent l'efficacité et donc la transférabilité dans un nouveau contexte. Ce sont les conditions d'efficacité des stratégies décrites dans la revue de la littérature. Or, ces informations ne sont pas toujours disponibles dans les publications.

Limites de SIPrev

Il convient de rappeler que ces stratégies sont issues de la littérature internationale, rassemblées sur la base d'études réalisées dans d'autres pays, d'autres environnements, d'autres cultures.

Elles ne sont par conséquent pas toujours applicables (faisabilité), ni transférables (produit le même résultat), même si un tri a été réalisé par l'UIPES.

Néanmoins, le fait d'avoir colligé des données issues de revues systématiques plutôt que d'études primaires renforce leur transférabilité car ces revues systématiques rassemblent déjà de nombreuses études primaires expérimentées dans différents contextes. Il reste néanmoins un travail d'adaptation et de mise en contexte français à réaliser en veillant à maintenir les conditions clés d'efficacité.

En effet, ce document n'a pas vocation à modifier les pratiques des acteurs mais à les éclairer au regard de la littérature scientifique. Il peut ainsi être le support d'une légitimation de certaines interventions déjà réalisées sur le terrain ou le support d'une réflexion dans le cadre de la construction de nouveaux projets ou nouvelles politiques.

L'équipe de Recherche TC-REG

Éléments clés issus de la synthèse des données probantes

SOURCES ET METHODE D'ELABORATION

Les recherches dans ce domaine convergent vers un consensus scientifique mondial avançant l'efficacité d'une stratégie globale combinant des interventions à multiples niveaux. Les interventions recommandées dans cette synthèse sont plus efficaces lorsqu'elles sont mises en œuvre de manière coordonnée au sein d'une stratégie régionale. De plus, les capacités locales de mise en œuvre constituent un facteur clé pour l'adaptation et la priorisation des interventions.

Cette synthèse propose des recommandations issues d'une revue de la littérature en promotion de la santé sur les interventions en matière d'alimentation, d'activité physique et de lutte contre l'obésité ainsi que sur des directives internationales.

Les dix stratégies les plus probantes repérées sont :

- Stratégie 1 : l'adoption d'une approche qui implique l'ensemble d'une collectivité (« whole of community »)
- Stratégie 2 : la réglementation de l'aménagement urbain et des politiques des transports
- Stratégie 3 : la facilitation des déplacements actifs
- Stratégie 4 : les aides financières et mesures fiscales pour permettre un approvisionnement et une consommation de produits alimentaires davantage favorables à la santé
- Stratégie 5 : l'adoption d'une approche scolaire globale (« whole of school »)
- Stratégie 6 : l'intégration des soins préventifs aux systèmes des services de santé
- Stratégie 7 : la promotion de la santé sur le lieu de travail
- Stratégie 8 : la diffusion de messages de santé publique
- Stratégie 9 : les interventions dans la petite enfance (nourrissons, jeunes enfants et structures d'accueil)
- Stratégie 10 : la prévention de la dénutrition chez les personnes âgées

STRATEGIE 1 : L'ADOPTION D'UNE APPROCHE QUI IMPLIQUE L'ENSEMBLE D'UNE COLLECTIVITE (« WHOLE OF COMMUNITY »)

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie est efficace car elle combine des interventions agissant sur l'ensemble d'un système - les personnes, les organisations, les environnements -, sont mises en œuvre dans des contextes et lieux de vie variés, intégrées à d'autres initiatives et localement adaptées. Cette stratégie privilégie donc une approche par milieux de vie.

Cette stratégie est particulièrement efficace si :

- La communication utilisée est lisible, relayée et s'appuie sur une combinaison de campagnes à l'échelle communautaire, de campagnes médiatiques de masse, d'incitations pour encourager à utiliser les moyens de proximité pour l'activité physique (par ex, les escaliers).
- Des modalités supportives socialement sont mises en place pour accompagner le changement de comportement, notamment les initiatives qui renforcent le soutien social pour l'activité physique dans les communautés, les quartiers et au sein des lieux de travail.
- Le milieu scolaire propose une stratégie globale pour accroître l'activité physique chez les jeunes.
- Des modifications de l'environnement sont effectivement mises en œuvre :

- Des approches environnementales et politiques créant ou favorisant l'accès à l'activité physique et à une alimentation saine.
- Une planification urbaine à l'échelle de la communauté pour accroître la marche, le vélo et l'activité physique récréative.
- Il y a une combinaison des thèmes alimentation et activité physique dans la mise en œuvre de la stratégie
- Les interventions s'appuient sur un cadre théorique clair pour les intervenants décrivant le lien entre les interventions, l'environnement et les résultats attendus. Ce cadre permet d'envisager les différentes interventions et l'influence de leur combinaison sur le(s) résultat(s).

Conditions contextuelles d'efficacité

Cette stratégie est particulièrement efficace si elle s'appuie sur un leadership transparent et constant au sein du lieu où est implantée l'intervention et une organisation selon le principe de la santé dans toutes les politiques, c'est à dire une implication des différents secteurs régulant l'offre alimentaire et en activité physique, le système de soins, l'éducation, l'information, l'organisation des espaces urbains, les transports.

Des ressources humaines spécifiques et formées doivent être dédiées au projet.

Conditions d'efficacité liées aux caractéristiques de la population

Dans la littérature, il est démontré qu'il faut prendre en compte la précarité financière nuisant à l'accès à l'activité physique ou une alimentation saine. Pour les personnes de catégories socio-professionnelles moindres, il s'agit notamment de privilégier les approches communautaires et environnementales.

Types de résultats

Dans la littérature, il est démontré que cette stratégie permet de modifier les environnements physiques et sociaux en permettant une offre en alimentation et activité physique et accroît la capacité collective à agir et à faire des choix plus favorables à la santé. Il est également démontré que cette stratégie a un impact fort sur les inégalités notamment par la modification d'environnement et l'approche communautaire.

STRATEGIE 2 : LA REGLEMENTATION DE L'AMENAGEMENT URBAIN ET DES POLITIQUES DES TRANSPORTS

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie est spécifique à l'activité physique. Elle est reconnue efficace notamment lorsqu'elle intervient sur : les politiques de zonage, la modération du trafic, l'accès aux piétons, aux cyclistes et aux transports publics, l'aménagement de sentiers, de pistes et de parcs, la rénovation des aires de jeu et des cages d'escaliers, l'amélioration de l'accès des personnes handicapées et des personnes âgées. Changements structurels de l'environnement, mis en œuvre dans plus de trois lieux de vie et/ou avec l'engagement citoyen et les interventions sur l'environnement (parcs) et l'environnement construit (sentiers pédestres, pistes cyclables et voies ferrées).

Ce sont les composantes les plus coût-efficaces.

Types de résultats

Dans la littérature, il est démontrée que cette stratégie rétablit la proximité aux équipements municipaux, apporte une offre sûre et équitable pour l'activité physique et une alimentation saine, augmente l'activité physique chez les adultes et les enfants et rétablit l'équilibre énergétique (action sur le surpoids). Il est également démontré qu'elle réduit les inégalités sociales de santé.

STRATEGIE 3 : FAVORISER LES DEPLACEMENTS ACTIFS

Composantes clés d'efficacité

Les interventions qui favorisent des modes de déplacement actifs sont particulièrement efficaces lorsqu'elles combinent :

- Une amélioration de l'environnement : des mesures de dissuasion de la conduite automobile en créant de nouveaux itinéraires pour des trajets quotidiens locaux par exemple.
- Des programmes d'accompagnement au changement de comportement mis en œuvre dans des zones où pratiquer une activité physique et sportive en extérieur.
- Des incitations à la marche, au cyclisme (utile ou de loisir) ou à l'utilisation des transports publics par la création de parcs et de sentiers piétons, de pistes cyclables, etc.

Conditions d'efficacité liées aux caractéristiques de la population

Cette stratégie est particulièrement efficace sur les plus sédentaires et/ou les plus motivés.

Types de résultats

Dans la littérature, il est démontré que cette stratégie peut permettre une augmentation de la marche de 30 à 60 minutes par semaine en moyenne et relève d'un bon rapport coût-efficacité. Cependant, il est également observé que cette efficacité dépend fortement du contexte et de la méthode (combinaison possible ou non, volonté politique, etc.).

STRATEGIE 4 : AIDES FINANCIERES ET MESURES FISCALES POUR PERMETTRE UN APPROVISIONNEMENT ET UNE CONSOMMATION DE PRODUITS ALIMENTAIRES D'AVANTAGE FAVORABLES A LA SANTE

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie repose sur des mesures réglementaires et fiscales pour améliorer l'alimentation. Elle est particulièrement efficace lorsqu'elle s'appuie sur :

- Une taxation des produits alimentaires néfastes pour la santé.
- Des subventions pour les aliments participant à l'équilibre nutritionnel.
- Des mesures réglementaires combinées associant un schéma d'étiquetage obligatoire des aliments, des restrictions sur la publicité d'aliments qui favorisent une alimentation déséquilibrée auprès des enfants, une information aux points d'achat dans les magasins, une offre de produits sains dans les distributeurs automatiques, en restauration collective et dans les restaurants.
- Des politiques de prix favorisant l'accès aux aliments sains.

Types de résultats

Dans la littérature, il est démontré que cette stratégie a une influence sur les choix de consommation, modifie l'environnement alimentaire des populations et favorise ainsi des choix alimentaires plus sains. Il est également démontré qu'elle a un impact sur les inégalités. Enfin, ces mesures, notamment fiscales et aides accordées aux populations défavorisées, sont démontrées coût-efficaces sur le long terme.

STRATEGIE 5: L'ADOPTION D'UNE APPROCHE SCOLAIRE GLOBALE (« WHOLE OF SCHOOL »)

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie particulièrement efficace lorsqu'elle s'appuie sur :

- Des pratiques éducatives basées sur une dimension culturelle de l'acte alimentaire et une approche combinée associant alimentation saine, activité physique (particulièrement) et image corporelle.
- Un environnement ou une organisation permettant des séances accrues d'activité physique et le développement des habiletés motrices fondamentales tout au long de la semaine scolaire ainsi qu'une meilleure qualité nutritionnelle des repas servis à l'école
- Une organisation qui soutient les enseignants et le personnel à mettre en œuvre des activités favorables à la santé (par ex. des activités de développement professionnel, de développement des capacités).
- Un soutien des parents et le développement d'activités à la maison qui encouragent les enfants à être plus actifs, à manger plus d'aliments nutritifs et à passer moins de temps devant les écrans.

Conditions contextuelles d'efficacité

L'efficacité de cette stratégie est démontrée comme fortement conditionnée par un engagement collectif intégrant également les pratiques à domicile, des infrastructures et du personnel adéquats en milieu scolaire pour réaliser ces activités et une implication de toutes les parties prenantes au sein de l'établissement.

Types de résultats

Dans la littérature, il est démontré que cette stratégie permet une alimentation plus saine chez les enfants, une activité physique accrue et présente un bon rapport coût-efficacité.

STRATEGIE 6 : INTEGRATION DES SOINS PREVENTIFS AUX SERVICES DE SANTE

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie particulièrement efficace lorsqu'elle s'appuie sur :

- L'élaboration et l'accompagnement au suivi de plans alimentaires associées à des techniques d'accompagnement au changement de comportement appropriées à chaque cas.
- Une implication des familles.
- Une prise en charge pluridisciplinaire.
- Une forte intensivité des séances éducatives
- Un recours à des informations ciblées, adaptées à chaque patient.

Pour les enfants notamment, la littérature met en évidence l'influence de la formation des professionnels de santé à ce public spécifique, l'impact de combiner des conseils avec des activités d'éducation thérapeutique, des ressources écrites, des activités de soutien et de renforcement de la motivation ainsi et qu'une intensité adaptée au besoin et à la capacité de chaque enfant.

Conditions contextuelles d'efficacité

Dans la littérature, il est relevé l'importance de la formation du personnel prenant en charge les patients (médical et/ou associé), la nécessité d'avoir des ressources pour lever les

obstacles des praticiens (temps, valorisation, etc.) et la nécessité d'une adhésion du corps médical aux différentes interventions (degré de confiance dans les interventions).

Types de résultats

Les interventions de prévention et de traitement de l'obésité comptent parmi les plus efficaces dans les soins de premiers recours, et des données attestent de leur effet à la fois chez l'adulte et chez l'enfant. En revanche, il est démontré que cette stratégie est moins efficiente (rapport cout/efficacité) que les interventions communautaires et environnementales.

STRATEGIE 7 : PROMOTION DE LA SANTE SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Composantes clés d'efficacité

Les initiatives menées sur le lieu de travail qui promeuvent les comportements favorables à la santé, les changements politiques et environnementaux de travail favorables à la santé sont nombreuses et variées. L'efficacité réside dans la combinaison de mesures et notamment :

- Des contacts hebdomadaires entre les intervenants et les employés.
- Des approches associant des stratégies d'accompagnement au changement de comportements alimentaires et en activité physique (incitations à utiliser les escaliers par exemple), un accès facilité à des lieux et des possibilités de faire de l'activité physique, un encouragement collectif ou individuel à utiliser un mode de déplacement actif pour se rendre au travail, des actions de soutien entre employés pour l'activité physique, des mesures incitatives venant des employeurs, une modification de l'environnement par exemple, un restaurant d'entreprise, des installations sportives, une disponibilité d'aliments favorables à la santé (distributeurs, etc.) ainsi qu'une communication sur les recommandations à des points stratégiques (points d'achat, infrastructures d'activité physique, escaliers, etc.)

Conditions contextuelles d'efficacité

Il est relevé dans la littérature le conditionnement de l'efficacité de cette stratégie à l'engagement et la participation de toutes les parties prenantes, la modification des pratiques de management et de la vie quotidienne de l'entreprise (qualité de vie et conditions de travail, et non seulement des actions éducatives envers les salariés), le leadership local au plus haut niveau du management et enfin, l'adaptation à chaque contexte (ressources, soutien). Une durée limitée des activités sur le temps de travail est préconisée.

Conditions d'efficacité liées aux caractéristiques de la population

Cette stratégie est particulièrement efficace sur les populations jeunes.

Types de résultats

Dans la littérature des résultats sont observés sur l'augmentation de l'activité physique, la qualité de l'alimentation saine, et plus généralement de la santé mentale. Elle génère des économies en termes de réduction des coûts induits par l'absentéisme et des coûts médicaux.

STRATEGIE 8 : LA DIFFUSION DE MESSAGES DE SANTE PUBLIQUE

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie se réfère aux campagnes médiatiques de sensibilisation du public, y compris à travers les nouveaux médias. Elle est efficace si elle s'appuie sur :

- Des approches communicationnelles préalablement testées sur un échantillon de la population visée
- Des approches reposant sur une base/un cadre théorique : en effet, selon le public, le sujet, le média, les ressorts de communication sont différemment efficaces
- Une exposition suffisante de la population ciblée en termes de portée et de fréquence : La récurrence augmente l'efficacité

- Un relais sur les lieux où s'opèrent les choix en matière de comportement (point d'achat, restaurant, infrastructures en activité physique, etc.) .

Conditions contextuelles d'efficacité

Cette stratégie n'est pas efficace durablement seule, son efficacité réside dans sa combinaison avec d'autres stratégies et notamment des interventions localisées.

Conditions d'efficacité liées aux caractéristiques de la population

Cette stratégie est démontrée peu efficace sur les populations de catégories socio-professionnelles moindre. En outre, cette efficacité est liée à la littératie des publics.

Types de résultats

Dans la littérature des résultats sont observés sur l'augmentation de la connaissance/compréhension des enjeux de santé par la population. Elle permet de faire évoluer les normes sociales, de rendre accessible des messages clairs en matière d'activité physique et/ou alimentation (recommandations), d'apporter des changements comportementaux mais seulement à court terme.

STRATEGIE 9 : INTERVENTIONS DANS LA PETITE ENFANCE (NOURRISSONS, JEUNES ENFANTS ET STRUCTURES D'ACCUEIL)

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie est efficace chez les nourrissons, lorsque les interventions incluent des actions pour changer les normes sociales et soutenir l'allaitement maternel exclusivement, de même que l'introduction d'aliments complémentaires appropriés à partir de 6 mois. Les interventions doivent être combinées et influencer plusieurs niveaux : système de santé (maternité, PMI), lieu de travail (aménagement), volets culturel et législatif pour favoriser l'allaitement.

Cette stratégie est efficace chez les enfants si elle s'appuie sur et combine:

- Des visites à domicile permettant un échange sur le lieu de vie.
- Une implication forte des parents.
- Un relais dans les services de premiers recours et de suivi de l'enfance (médecine scolaire, PMI).
- Des séances éducatives interactives fondées sur des cadres théoriques solides et adaptés à cette population.

Types de résultats

Dans la littérature, il est démontré que cette stratégie permet de réduire le risque de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adolescents avec un effet qui se pérennise à l'âge adulte. Il est également démontré qu'elle réduit les inégalités.

Enfin, on observe spécifiquement des résultats sur le poids, l'éducation au goûts, la réduction du temps passé devant les écrans.

STRATEGIE 10 : LA PREVENTION DE LA DENUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGEES

Composantes clés d'efficacité

Encourager une alimentation saine et une activité physique tout au long de la vie permet de maintenir la santé à un âge plus avancé. Les personnes âgées peuvent avoir un accès limité à des aliments favorables à la santé du fait de leur mobilité réduite et de la diminution de leurs revenus.

L'efficacité de cette stratégie réside donc dans le fait de lever les freins à l'accès à des aliments favorables à la santé : bons d'achat, accès géographique, etc. et lever les freins liés à la perte de mobilité : transport appropriés, aménagement d'espaces sécurisés, etc.

CONSEILS POUR UNE MISE EN ŒUVRE EFFICACE

Le succès des stratégies présentées ci-avant en matière de nutrition dépend d'une mise en œuvre efficace. Des conseils détaillés sur la mise en œuvre d'interventions dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique au niveau local ou national sont proposés par des organismes tels que l'OMS et le NICE^{1,2}. Ces guides constituent des lectures recommandées pour les parties prenantes responsables de la mise en œuvre des interventions.

Brièvement, les principes suivants sont recommandés :

- Intégralité – Les interventions promotrices de santé sont plus efficaces en présence d'autres stratégies complémentaires et ne doivent pas être envisagées isolément.^{3,4}
- Partenariats intersectoriels et conception/élaboration conjointe avec les parties prenantes locales – Parmi les solutions les plus efficaces aux problèmes de santé, nombreuses sont celles qui résident à l'extérieur du secteur de la santé. Cela souligne l'importance pour les professionnels de santé de travailler efficacement avec d'autres secteurs pour un bénéfice mutuel.⁵
- Coordination – En engageant les dirigeants et les parties prenantes locales, les changements sociaux se font avec le soutien d'une petite équipe dévouée.
- Prise en compte primordiale de l'équité et des déterminants sociaux – Les responsables de programmes doivent avoir à l'esprit que les interventions priorisées ne doivent pas privilégier ceux qui disposent d'une littératie ou de moyens financiers élevés, et par là-même exclure involontairement les personnes défavorisées ou contribuer à plus de disparités.⁶
- Adopter une approche fondée sur le parcours de vie – La planification d'interventions qui abordent les besoins de santé à tous les stades de la vie (préconception, petite enfance, enfance, familles, âge adulte et personnes âgées) est recommandée par l'OMS pour réduire le fardeau des maladies non transmissibles dont l'obésité fait partie.⁶
- Interventions fondées sur des modèles théoriques ou de promotion de la santé – Il existe des preuves que les interventions développées autour d'un cadre théorique^{7,8} sont plus efficaces. En outre, l'utilisation d'un cadre du type REAIM⁸ [pour Reach (atteindre), Effectiveness (efficacité), Adoption, Implémentation (mise en œuvre) et Maintenance (maintien)] permet de développer et d'évaluer les objectifs de performance pour chaque intervention.

³ Par exemple, des interventions de politiques, telles que l'étiquetage des produits alimentaires, ou une intervention environnementale, telle que l'introduction de nouvelles infrastructures pour le cyclisme, peuvent être plus efficaces si elles sont complétées par une intervention pédagogique et médiatique ciblée afin de sensibiliser à l'initiative en question et à ses bénéfices.

⁴ Le concept d'Impact collectif donne des conseils utiles sur l'engagement des parties prenantes provenant de secteurs très variés pour résoudre des problèmes sociaux (voir http://ssir.org/articles/entry/collective_impact). Le changement social est réalisé à travers l'engagement des parties prenantes locales : avec un ordre du jour partagé, en ayant une communication efficace et continue, en mettant en œuvre des activités de renforcement mutuel, en ayant des systèmes de mesure partagés; et il est mis en œuvre par une petite équipe dévouée.

⁵ Les exemples comprennent le secteur de la santé œuvrant avec celui de l'agriculture sur une stratégie d'accès aux fruits et légumes, le secteur de la santé œuvrant avec celui de l'école dans le cadre d'initiatives d'écoles promotrices de santé, et le secteur de la santé œuvrant avec les autorités gouvernementales locales et des transports pour promouvoir la marche et le vélo.

⁶ Les stratégies ou les politiques communautaires qui améliorent les environnements sont efficaces auprès des participants défavorisés, tandis que la diffusion d'informations ciblant un changement de comportement individuel est largement inefficace.

⁷ Les théories pour l'activité physique et la nutrition incluent la demande (perceptions et effets des besoins personnels dans les choix, par ex. la santé, la sécurité, le temps, etc.) et des modèles écologiques qui reconnaissent l'importance de l'environnement physique et social.

⁸ Un indicateur de la proportion de la population cible qui a réellement accès à une intervention disponible. Certaines interventions sont hautement efficaces mais atteignent un nombre restreint de personnes et n'ont de ce fait pas un bon rapport coût-efficacité.

Synthèse de la littérature : Nutrition (y compris l'activité physique) à tout âge

Jane Dixon, Trevor Shilton, Ginny Sargent

PROPRIETE DE L'ARS NORD PAS DE CALAIS PICARDIE
(réf : *Cahier des clauses administratives particulières*)

Version originale en langue anglaise

Traduction : Marie-Cécile Wouters, Yuri Cartier et Marie-Claude Lamarre

Les éléments présentés dans ce document ont été produits dans le cadre d'un marché public de prestations intellectuelles attribué par l'ARS Picardie à l'UIPES, et dont l'objet porte sur la réalisation de synthèses de revues de la littérature en promotion de la santé et sur la production de recommandations pour l'action sur des thématiques prioritaires en Picardie. Les livrables produits sous la responsabilité de l'UIPES ne représentent pas nécessairement l'avis de l'ARS Nord Pas de Calais Picardie. Ce document est établi à titre indicatif.

Note de l'équipe TC-REG :

La présentation de cette partie est le produit de ses auteurs et libre dans la forme qu'ils ont choisie.

Conformément aux ententes entre l'UIPES, la Chaire et l'ARS Ex Picardie, aucune modification n'a été effectuée sur cette partie.

Introduction

Ce rapport de phase 1 fournit une revue de revues de la littérature. Il synthétise la littérature en promotion de la santé sur les interventions en matière d'alimentation, d'activité physique et de lutte contre l'obésité. Nous cherchons à identifier les meilleures données probantes disponibles pour informer la Picardie par rapport aux interventions qui pourraient être contextualisables et mises en œuvre pour améliorer la nutrition, y compris l'activité physique et la lutte contre l'obésité de la population de la région.

Les données probantes et l'efficacité des interventions en nutrition, comprenant à la fois l'alimentation, et l'activité physique pour lutter contre l'obésité, à travers les différentes tranches d'âge, donnent au travers de cette synthèse un grand champ de possibilités. Les documents et les études de promotion de la santé rapportés apportent une perspective de l'efficacité des interventions et des processus de changement au niveau communautaire qui intervient dans un processus causal. Ces interventions de promotion de la santé encouragent ou accélèrent le changement dans les domaines de l'alimentation, de l'activité physique et de la lutte contre l'obésité.

La littérature essentielle a été identifiée au moyen d'une recherche systématique sur Medline (Ovid), de recherches manuelles, à l'aide des mêmes critères de recherche que pour la recherche systématique, dans les bases de données suivantes : Cochrane, OMS, Institut de Médecine (IOM), le Département américain de la santé et des services sociaux, les CDC (États-Unis), l'Agence de la santé publique du Canada, NICE (Royaume-Uni), Oxford Bibliographies (pour la prévention de l'obésité, l'activité physique, l'exercice, la promotion d'un mode de vie actif, des lignes directrices alimentaires, des approches écologiques), le Département de la Santé du Gouvernement australien, la revue Obesity Reviews et la base de connaissances du Réseau mondial pour l'activité physique (GlobalPANet).

Cette synthèse des données probantes s'appuie sur les recherches et les lignes directrices qui ont la pertinence la plus élevée par rapport au contexte de la Picardie, en utilisant un système de notation permettant d'identifier les articles les plus pertinents et ceux de haute qualité qui satisfont aux exigences décrites dans la note explicative de l'UIPES sur la Picardie.

Question clé de la synthèse

Quelles sont les meilleures données probantes disponibles pour informer la Région Picardie quant aux interventions qui pourraient être mises en œuvre afin d'améliorer la nutrition et l'activité physique de la population de la région ?

Stratégie de recherche

La littérature a été identifiée à l'aide de :

1. Une recherche systématique sur Medline (Ovid) en septembre 2015, et des recherches manuelles, à l'aide des mêmes critères de recherche que pour la recherche systématique, en septembre 2015, dans les bases de données suivantes : Cochrane, OMS, Institut de Médecine (IOM), Département américain de la santé et des services sociaux, CDC (États-Unis), Agence de la santé publique du Canada, NICE (Royaume-Uni), Oxford Bibliographies (pour la prévention de l'obésité, l'activité physique et l'exercice, des lignes directrices alimentaires, la promotion d'un mode de vie actif, des approches écologiques), Département de la Santé du Gouvernement australien, la base de connaissances du Réseau mondial pour l'activité physique (GlobalPANet) et la revue Obesity Reviews.

Le cadre de référence PICOS [Population, Intervention, Comparaison, Outcome (résultat), Setting (contexte)] a été utilisé pour développer la question et la stratégie de recherche. Les groupes de termes sont détaillés dans le [Tableau 1](#). Les termes de recherche dans chacun des groupes PICOS ont été combinés avec l'opérateur booléen OR (ou), et les groupes de termes ont été combinés à l'aide de AND (et) (I1 and I2 and O1 and O2 and S), ce qui signifie

que les articles obtenus contenaient au moins un terme de recherche de chaque groupage PICOS dans les domaines de recherche.

Tableau 1

Groupage PICOS	Formulation de la proposition	Portée proposée	Termes de recherche
P	Tous les âges : enfants, familles, seniors	Enfants, jeunes adultes, adultes âgés, famille, tout au long de la vie	Néant
I-1	Interventions à l'échelle communautaire, promotion de la santé, éducation pour la santé, soins de santé préventifs, planification urbaine pour l'activité physique et la bonne nutrition,	Promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention des MNT/maladies chroniques, prévention des maladies chroniques associées à l'obésité (prévention primaire de l'obésité), amélioration de la nutrition, accroissement de l'activité physique, réduction des comportements sédentaires	Health promotion, health education, primary prevention
I-2	Nutrition, activité/inactivité physique	Nutrition, régime alimentaire, environnements et activité/inactivité physique	Nutrition, diet/ary, food, beverage physical activity/inactivity, exercise, sedentary, behaviour/behavior, lifestyle, transport, active, fitness, walkability
C	Non défini		
O1	Prévention des maladies non transmissibles (diabète de type 2, cancer, maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral, santé mentale), mortalité et morbidité toutes causes confondues santé mentale	Santé et bien-être de la population Évènements indésirables Résultats anthropométriques (poids, masse adipeuse, obésité) Changement comportemental (choix alimentaires, régime alimentaire, activité physique, forme physique, sédentarité, modes de transport actifs, participation sportive) Résultats psychosociaux (santé mentale, bien-être)	health, food/dietary intake, physical health, physical activity, obesity, weight, fitness, wellbeing, mental health, social, inequality/inequity/gradient/disparity, conditions, prevent/ing/s/ion
O2	Mise en œuvre, traduction des connaissances		Implement/ation, knowledge translation, translate, feasible/ility, RE-AIM, evidence, effect/iveness, Dissemination/disseminate
S (setting, contexte)	Écoles communautaires, accueil de la petite enfance, communautés locales, sensibilisation du public et médias de	Santé dans toutes les écoles de la communauté, accueil de la petite enfance, communautés locales	Community/ies, school (school-based or schools or child care), multi-level, neighbourhood (or neighbourhood), policy,

	masse, transports publics, systèmes sportifs Soins primaires et cliniques	sport lieu de travail voisinage soins de santé primaires prise en charge des personnes âgées	primary care, primary health care, workplace, environment/al, aged care, nursing home
Type d'étude		Preuves de l'efficacité des interventions	Systematic review or rapid review or Rapid evidence review or rapid assessment or 'realist review'

Notation de la pertinence

Cette synthèse des données probantes s'appuie sur les recherches et les lignes directrices qui ont la pertinence la plus élevée par rapport au contexte de la Picardie. Un système de notation a été utilisé pour identifier les articles les plus pertinents et les articles de haute qualité qui satisfaisaient aux exigences décrites dans la note explicative de l'UIPES sur la Picardie. Cinq était la notation la plus élevée.

5. Synthèses de la littérature, synthèses Cochrane, et autres synthèses et lignes directrices pour les interventions dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique ("What works" de l'OMS, lignes directrices et thématiques du NICE sur l'alimentation et l'activité physique, 2015).
4. Études récentes de haute qualité sur les interventions en matière de nutrition ou d'activité physique, examens, méta-analyses
3. Documents de référence, synthèses moins bien référencées, études pertinentes isolées
2. Ressources de base
1. Non pertinent

Résultats

La revue systématique ciblée de la littérature a identifié 462 documents (après avoir retiré les doublons et le matériel ayant obtenu une note de pertinence de 1 - voir Encadré 1). Le reste de ce document décrit uniquement ceux considérés comme ayant la pertinence la plus élevée.

Les résultats sont présentés selon les domaines thématiques suivants :

1. Activité physique et alimentation (articles décrivant une combinaison des deux)
2. Activité physique
3. Alimentation

Sous chacun de ces titres principaux, nous avons ensuite organisé les synthèses en sous-titres. Comme cela avait été demandé par

l'UIPES, ces catégories sont adaptées d'après la typologie de Whitehead pour les interventions destinées à réduire les inégalités sociales (Whitehead, 2007) (Renforcement des individus, Renforcement des communautés, et Amélioration des conditions de vie et de travail sous B, C et D). Ces trois catégories ont ensuite été documentées par les trois niveaux d'intervention recommandés par l'Agence de la santé publique du Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Ils décrivent trois niveaux d'intervention pour adopter une approche systémique afin de réduire les maladies chroniques associées à l'obésité : 1) les interventions cliniques et dans les services de santé qui ciblent les individus ; 2) les interventions à l'échelle

Nombre de documents par note de pertinence

Note	N
5	98
4	106
3	186
2	62
1	(187 retirés de la base de données)

Total de 462 articles dans la base de données

communautaire qui influencent directement les comportements ; 3) les politiques publiques qui ciblent les déterminants sociaux ou environnementaux au sens large. Parmi les articles identifiés, nombreux sont ceux qui décrivent l'efficacité d'interventions communautaires que l'on pourrait catégoriser à la fois dans « le renforcement des communautés » et dans « les conditions de vie et de travail », par exemple les interventions menées sur le lieu de travail. Par conséquent, ces catégories ont été combinées pour former le « Renforcement des communautés et des conditions de vie et de travail : interventions à l'échelle communautaire qui influencent directement les comportements ».

Les quatre catégories ainsi obtenues sont :

- A. **Orientations pour l'action** : synthèses descriptives centrées sur les conseils et les principes politiques de haut niveau pour orienter l'action à travers de nombreux contextes et groupes de population, et fournir des données probantes afin de suggérer les domaines d'action prioritaires
- B. **Renforcement des individus** : interventions cliniques et dans les services de santé qui ciblent les comportements individuels
- C. **Renforcement des communautés et des conditions de vie et de travail** : interventions communautaires qui influencent directement ou indirectement les comportements
- D. **Politiques publiques qui ciblent les déterminants sociaux ou environnementaux au sens large**

Lorsqu'approprié, nous avons organisé les ressources en fonction des contextes et des tranches d'âges.

N.B. Ultérieurement à cette recherche initiale, nous avons réalisé une recherche ciblée pour les interventions visant à prévenir ou à réduire la dénutrition chez les personnes âgées. Les résultats ne sont pas d'une qualité suffisante pour être présentés dans le corps du présent rapport, ils sont donc présentés en annexe (voir la page 41).

Figure 1 : matrice des interventions autour de la nutrition (alimentation et activité physique)

Picardie: Nutrition and Physical Activity Intervention Matrix

Typologies that informed this work	Typology framework for this review	Interventions		
		Nutrition and Physical Activity n =65	Physical Activity n = 25	Nutrition N = 8
Whitehead (2007) <ul style="list-style-type: none"> • Strengthening individuals • Strengthening communities • Improving living and working conditions Public Health Agency of Canada (2011) <ul style="list-style-type: none"> • Health Services and clinical interventions that target individuals • Community level interventions that directly influence behaviours • Public policies that target broad social or environmental determinants 	A. Guidance for Action	<ul style="list-style-type: none"> • Population based (all ages) • Children and youth • Adults and children 	<ul style="list-style-type: none"> • Population based (all ages) • Children and youth • Adults 	<ul style="list-style-type: none"> • Population based (all ages)
	B. Strengthening Individuals	<ul style="list-style-type: none"> • Primary Health Care <ul style="list-style-type: none"> ○ Children and youth ○ Adults • Individual behaviour change programs 	<ul style="list-style-type: none"> • Primary Health Care • Individual behaviour change programs <ul style="list-style-type: none"> ○ Older adults 	<ul style="list-style-type: none"> • Individual services • Individual behaviour change programs
	C. Strengthening communities and living and working conditions	<ul style="list-style-type: none"> • Childcare and preschool • School based • Workplace 	<ul style="list-style-type: none"> • School based • Workplace • Other community services 	<ul style="list-style-type: none"> • School based • Family / communities
	D. Public policies that target broad social or environmental determinants	<ul style="list-style-type: none"> • Environment • Addressing inequalities 	<ul style="list-style-type: none"> • Environment • Transport 	

A : Orientations pour l'action

En raison du nombre croissant de données attestant de la contribution de l'inactivité physique et d'une alimentation déséquilibrée, aux maladies non transmissibles, une plus grande attention a été accordée à ces questions par les autorités mondiales telles que les Nations Unies, l'Organisation mondiale de la santé et les organismes non gouvernementaux (ONG) qui y sont associés. En outre, les gouvernements et les institutions à l'échelle nationale ont commandé des rapports, élaboré des politiques et fourni des directives de portée nationale. Nombre d'entre eux ont utilisé des méthodologies qui incluaient la consultation d'experts et des revues de la littérature mondiale pertinente. Ils fournissent une orientation pour l'action qui fait autorité. Ces articles proposent des conseils de haut niveau aux gouvernements, notamment des activités de réglementation qui relèvent souvent de la responsabilité des gouvernements nationaux. Certaines de leurs recommandations peuvent ne pas être pertinentes pour la Picardie, mais d'autres – en particulier concernant les principes devant orienter les programmes – sont pertinentes pour l'ensemble des territoires/niveaux de gouvernement.

D'autres caractéristiques distinctives des documents d'orientation pour les mesures à prendre, sont le fait qu'ils reconnaissent et abordent :

- la complexité de ces questions. Un rapport britannique, le rapport Foresight, décrit la complexité des influences sur l'obésité, notamment les influences de l'activité physique et de la nutrition (Butland et al., 2007)
- leur relation et leur importance à travers les secteurs
- l'importance d'approches globales et multi-stratégiques à travers la typologie des interventions, et à travers les différentes tranches d'âge (une approche tout au long de la vie), et de manière importante
- le rôle des pouvoirs publics à tous les niveaux pour jouer un rôle coordinateur. Un exemple de cette dernière caractéristique est tiré du Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention des MNT (OMS, 2013), dans 'Options politiques pour les états membres : promouvoir l'activité physique' (p.33-34), où il est suggéré de « *Penser à mettre en place un comité multisectoriel ou un organe similaire pour promouvoir un leadership et une coordination stratégiques.* »

Si bon nombre des actions et des recommandations issues de ces documents d'orientation pour l'action se rapportent à celles que peuvent mettre en place les gouvernements nationaux, nombreuses sont aussi celles qui peuvent être mises en œuvre par les administrations et les autorités locales et par les structures à l'échelle locale. Il ne fait aucun doute que les principes de globalité, d'approche tout au long de la vie, d'action multisectorielle et de gouvernance conjointe sont applicables et importants à tous les niveaux de gouvernance, de même que dans les institutions et les organismes au niveau local.

A1. Orientations pour l'action - alimentation et activité physique

Documents consensuels et d'orientation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Depuis 2004, l'OMS a produit plusieurs documents consensuels de portée mondiale qui orientent l'action par rapport aux cadres de référence de la promotion de la santé ou au travers de stratégies efficaces pour aborder la nutrition, l'activité physique ou le surpoids et l'obésité.

- La Stratégie de l'Organisation mondiale de la santé pour l'alimentation et l'activité physique (World Health Organisation Diet and Physical Activity Strategy, DPAS) de 2004 (OMS, 2004). Ce document fournit des directives pour les politiques mondiales en matière d'activité physique et de nutrition.
- La Déclaration politique des Nations Unies sur les MNT (United Nations Political Declaration on NCDs, Nations Unies, 2011) est un document décisif pour la prévention. Elle soutient au plus haut niveau les interventions des états membres destinées à améliorer l'alimentation et l'activité physique. Le Plan d'action mondial pour les maladies non transmissibles (OMS, 2013) qui a suivi s'appuie sur les

recommandations des Nations Unies et fournit une orientation spécifique pour les interventions autour de l'alimentation et de l'activité physique qu'il recommande aux états membres de mettre en place.

- L'Organisation mondiale de la Santé fournit une série de documents d'orientation qui synthétisent les données probantes pour l'action et fournissent des stratégies recommandées pour l'alimentation, l'activité physique et la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2004), actualisés dans 'What works' – « Qu'est-ce qui marche » (Organisation mondiale de la Santé, 2009b, Organisation mondiale de la Santé, 2009a, Organisation mondiale de la Santé, 2009c)
- OMS, 2012b, des approches populationnelles de la prévention de l'obésité infantile mettent l'accent sur les interventions qui peuvent être réalisées au niveau national, sous-national et local.
 - Premier niveau : « les structures au sein du gouvernement qui soutiennent les politiques et les interventions de prévention de l'obésité infantile ».
 - Second niveau : « des politiques et des initiatives à l'échelle de la population ». Il s'agit d'actions politiques directes qui aident à créer des environnements favorables à une alimentation équilibrée et à l'activité physique. Les types de dispositifs politiques classiquement utilisés dans le cadre de cette composante de stratégie globale de prévention de l'obésité infantile sont les lois et les réglementations, les taxes et les subventions, et les campagnes de marketing social qui affectent la population dans son ensemble (ou de larges groupes de population).
 - La troisième composante concerne les interventions communautaires (Organisation mondiale de la Santé, 2012b).
 - Le récent Rapport intermédiaire de la Commission de l'OMS pour mettre fin à l'obésité de l'enfant réaffirme la nécessité d'une approche tout au long de la vie pour améliorer une alimentation équilibrée et l'activité physique. Les politiques sont décrites comme étant ciblées en trois groupes :
 - préconception et grossesse,
 - petite enfance,
 - enfants et adolescents en âge scolaire.

La rubrique sur les politiques et la mise en œuvre décrit les options politiques potentielles que les gouvernements pourraient considérer pour réduire la consommation d'aliments et de boissons non alcoolisées défavorables à la santé, d'accroître la prise d'aliments sains et de promouvoir l'activité physique auprès des enfants et des adolescents. Le travail de cette Commission (en octobre 2015) est incomplet (Organisation mondiale de la Santé, 2015).

- *Articles descriptifs* qui détaillent les problèmes potentiels que l'on peut rencontrer en **traduisant** des données probantes d'une intervention auprès d'une population à une autre, (Klesges et al., 2008), (Partridge et al., 2015), (Wolfenden et al., 2010).

Articles cadres qui décrivent des approches globales utilisant plusieurs stratégies.

Plusieurs cadres de référence ont été publiés qui apportent des conseils en matière de sélection des stratégies. Ils ont tendance à mettre l'accent sur les initiatives globales à l'échelle de l'ensemble de la population, sur celles qui ciblent les facteurs liés à l'environnement physique et social de même que sur les politiques. D'autres, comme Nader et al., 2012, insistent sur l'intégration de ces approches avec les interventions sur les comportements de santé (Nader et al., 2012).

- Kumanyika et al, 2008, soulignent l'importance des programmes globaux qui abordent le développement du surpoids et de l'obésité tout au long de la vie. Ils soulignent également l'importance des stratégies basées sur l'ensemble de la population qui améliorent les contextes de l'environnement physique et social en faveur d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique, et celle d'interventions sur mesure qui tiennent compte du sexe, des adultes en situation de

handicap physique ou mental, des enfants et des adolescents, des minorités ethniques et des groupes socioéconomiques défavorisés (Kumanyika et al., 2008). Kumanyika et al., 2010, se sont appuyés sur ces travaux pour développer « un cadre de référence pour orienter la prise de décisions » (Kumanyika et al., 2010).

- Un cadre similaire, le cadre de référence ANGELO (grille d'analyse pour les environnements liés à l'obésité), fournit "un modèle conceptuel pour comprendre comment certains environnements favorisent l'obésité et un outil pratique pour la priorisation des éléments environnementaux pour la recherche et l'intervention (Swinburn et al., 1999). Voir son utilisation dans (Simmons et al., 2009).
- Un autre 'Cadre de référence pour évaluer les populations potentiellement prioritaires pour des interventions de prévention de l'obésité', fondé sur des données probantes et destiné à aider à prendre des décisions concernant les priorités de mise en œuvre avec des ressources limitées, aborde les populations qui pourraient en bénéficier le plus (Nichols et Swinburn, 2010).

Textes et livres.

- Un texte de Waters et al., 2011b, comporte des chapitres pertinents de **recommandations sur la mise en œuvre d'interventions dans divers contextes et populations** (Waters et al., 2011b).

Guides à l'échelle nationale/ documents au niveau des états membres

Ils fournissent des conseils par rapport aux cadres de référence de promotion de la santé ou aux stratégies efficaces pour aborder l'alimentation, l'activité physique ou le surpoids et l'obésité au niveau des états membres.

- Un rapport britannique, le rapport Foresight, décrit la complexité des influences sur l'obésité, notamment les influences de l'activité physique et de l'alimentation (Butland et al., 2007).
- L'Institut de Médecine, 2012 (États-Unis), a publié un texte hautement pertinent de 460 pages qui propose des conseils pour adopter une approche systémique pour améliorer la santé de la population et réduire l'obésité avec des recommandations et des conseils encore une fois pour la mise en œuvre de changements à différents niveaux en matière d'alimentation et d'activité physique : politique, environnemental, communautaire, scolaire, soins de santé et travail (Institute of Medicine, 2012).
 - L'institut national britannique pour l'excellence clinique a produit une série de documents d'orientation sur la mise en œuvre de changements à l'échelle communautaire (NICE, 2012a, NICE, 2015b, NICE, 2015e, NICE, 2015c).
- Le Rapport sur la santé de l'Agence de la santé publique du Canada traite principalement de la prévalence de l'obésité, mais fournit une bonne description des déterminants et présente, de la page 30 à 35, un bon résumé des données probantes sur les approches de prévention de l'obésité. Ce document a servi de guide à l'élaboration de la taxonomie des interventions utilisée pour cette synthèse. Au Canada, il y a trois catégories :
 - 1) *les interventions cliniques et dans les services de santé qui ciblent les individus,*
 - 2) *les interventions à l'échelle communautaire qui influencent directement les comportements, et*
 - 3) *les politiques publiques qui ciblent les déterminants sociaux ou environnementaux au sens large."*

Le guide canadien se réfère aux principes centraux de l'OMS : *s'assurer qu'elles sont de durée et de persistance adéquate ; adopter une approche lente et progressive dans le temps pour soutenir la transition à travers les étapes du changement (c.-à-d. sensibilisation, motivation à changer, expérimentation, adoption d'un changement et maintien du comportement changé) ; éduquer pour encourager et soutenir les changements de comportements et d'attitudes ; tirer parti du plaidoyer réalisé par des éléments respectés de la société ; favoriser le partage des responsabilités pour le changement parmi les consommateurs, les communautés, l'industrie et les gouvernements ; et utiliser l'action législative lorsqu'approprié.*"

(Agence de la santé publique du Canada, 2011)

Rapport coût-efficacité

- o Lehnert et al. ont analysé le rapport coût-efficacité sur le long terme d'après les résultats de santé. Les interventions ont été regroupées selon leur méthode de mise en œuvre, le contexte ou lieu de vie dans lequel elles ont été menées et les facteurs de risque ciblés, en interventions comportementales (n = 21), communautaires (n = 12) et environnementales (n = 8). La majorité des interventions offraient un bon rapport qualité-prix et sept d'entre elles permettaient de réaliser des économies. Dix interventions n'avaient pas un bon rapport coût-efficacité (défini comme > 50.000 dollars américains). Essentiellement ce sont les interventions modifiant l'environnement d'une population cible, c'est à dire portant sur des mesures fiscales et réglementaires, qui ont indiqué avoir le rapport coût-efficacité le plus avantageux (Lehnert et al., 2012).
- Seidell et al. ont mené une revue portant sur le rapport coût-efficacité de la prévention de l'obésité, qui conclut : « on peut facilement montrer, cependant, que les programmes d'intervention sont beaucoup plus susceptibles d'avoir un bon rapport coût-efficacité chez les adultes plus âgés que chez les enfants, ce qui indique que les adultes ne doivent pas être négligés comme populations cibles dans la prévention de l'obésité. La prévention de l'obésité doit se poursuivre tout au long de la vie, tel qu'actuellement recommandé par l'OMS pour les maladies non transmissibles en général » (Seidell et al., 2005).

Preuves d'acceptabilité

L'acceptabilité publique des interventions gouvernementales pour changer les comportements peut être un déterminant de la volonté des gouvernements à intervenir. Comme on peut le comprendre, l'acceptation tend à être plus importante pour les interventions qui sont moins intrusives – sachant que celles-là même peuvent aussi être les moins efficaces. Ces travaux de recherche comportent d'importants enseignements quant à la manière de présenter les interventions afin de favoriser leur attrait et leur acceptation au niveau public et politique.

- o Diepeveen et al. ont mené une revue systématique des données attestant de l'acceptabilité des interventions gouvernementales (110 pour la lutte antitabac, 42 autour de l'alcool, 18 sur l'alimentation, 18 ciblant à la fois l'alimentation et l'activité physique, et 3 l'activité physique seule). Ils ont trouvé que « l'acceptabilité variait selon :
 - (a) le comportement ciblé, avec plus de soutien observé pour les interventions en rapport avec le tabagisme ;
 - (b) le type d'intervention, avec les interventions moins intrusives, celles déjà mises en œuvre et celles ciblant les enfants et les jeunes attirant le plus de soutien ; et
 - (c) les caractéristiques des répondants, avec le soutien le plus important chez ceux qui n'étaient pas impliqués dans le comportement ciblé, et avec

les femmes et les répondants âgés, plus susceptibles d'approuver des mesures plus restrictives.

L'acceptabilité publique des interventions gouvernementales destinées à changer les comportements est d'autant plus importante que les interventions sont les moins intrusives, même si ce sont souvent les moins efficaces, de même que pour les interventions ciblant le comportement des autres plutôt que celui du répondant lui-même." (Diepeveen et al., 2013)

Conseils par étape dans le cycle de vie : Enfants et adolescents

- Flynn et al. fournissent une revue et analyse réalistes de la prévention de l'obésité chez l'enfant (de 0 à 18 ans). Cette synthèse de haute qualité « *identifie des domaines d'action, des opportunités de développement de programmes et des priorités de recherche afin de documenter le développement de recommandations en matière de pratiques exemplaires qui réduiront l'obésité et le risque de maladies chroniques chez les enfants et les jeunes.* » Dans cette synthèse :
 - Le milieu scolaire est essentiel pour le développement de programmes, où les indicateurs de l'état de santé, tels que la composition corporelle, les facteurs de risque de maladie chronique et la forme physique, pouvant tous être positivement impactés.
 - L'implication des parties prenantes dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes peut être essentielle à la réussite des interventions, en permettant de garantir que les besoins sont comblés (Flynn et al., 2006).

- Nader et al. se réfèrent au rapport de l'Institut américain de Médecine cité plus haut qui soutient des approches systémiques. Les auteurs concluent qu' « *une revue des données probantes issues de la science fondamentale, de la prévention et de la recherche sur les systèmes se prononce en faveur d'une approche qui (1) commence aux stades les plus précoces du développement, et (2) utilise un cadre systémique pour simultanément mettre en place les changements de comportements et les changements environnementaux dans les communautés en faveur de la santé* » (Nader et al., 2012).

- Van der Kleij et al. ont mené une revue de littérature portant sur la mise en œuvre d'interventions destinées à prévenir l'obésité chez l'enfant. Dans leur rapport sur les déterminants d'une mise en œuvre réussie, les auteurs concluent que « *bien qu'on ait un aperçu de ce qui constitue une mise en œuvre efficace des Approches communautaires intersectorielles pour cibler l'obésité infantile aux États-Unis (Intersectoral Community Approaches to Targeting Childhood Obesity, IACO), d'autres recherches sont encore nécessaires* » (van der Kleij et al., 2015).

- Waters et al. ont mené une revue Cochrane sur la prévention de l'obésité infantile. « *Nous avons trouvé des données probantes qui corroborent les effets bénéfiques des programmes de prévention de l'obésité infantile sur l'IMC, en particulier pour les programmes ciblant les enfants âgés de 6 à 12 ans* ». Leur synthèse indique les politiques et les stratégies suivantes comme étant prometteuses :
 - des programmes scolaires qui abordent l'alimentation équilibrée, l'activité physique et l'image corporelle ;
 - des séances accrues d'activité physique et le développement des habiletés motrices fondamentales tout au long de la semaine scolaire ;
 - des améliorations de la qualité nutritionnelle des aliments servis dans les établissements scolaires ;
 - des pratiques culturelles qui encouragent les enfants à manger des aliments plus sains et à être actifs tout au long de chaque journée ;

- le soutien aux enseignants et au personnel scolaire pour mettre en œuvre des stratégies et des activités de promotion de la santé (par ex. des activités de développement professionnel, de développement des capacités) ;
 - le soutien des parents et des activités à la maison qui encouragent les enfants à être plus actifs, à manger plus d'aliments nutritifs et à passer moins de temps devant les écrans.
(Waters et al., 2011a)
- Wang et al., 2015, ont mené récemment une revue systématique des interventions destinées à prévenir l'obésité dans divers contextes et ont trouvé que :
 - Les preuves étaient **très solides** pour les interventions portant sur l'activité physique uniquement, dispensées à l'école, avec la participation des parents ; ou des interventions combinées alimentation-activité physique dispensées à l'école avec des composantes impliquant à la fois la maison et la communauté.
 - Les preuves étaient **assez solides** pour les interventions en milieu scolaire ciblant soit l'alimentation, soit l'activité physique, les interventions combinées dispensées à l'école avec des composantes impliquant la maison ou la communauté, ou les interventions combinées dispensées dans la communauté avec une composante à l'école.
 - Les preuves étaient **faibles** pour les interventions combinées dans les contextes des soins à la petite enfance ou à la maison.
 - Les données probantes étaient insuffisantes pour les autres interventions. (Wang et al., 2015)
 - De façon similaire, un énorme rapport (> 800 pages) décrit une revue des interventions destinées à prévenir l'obésité chez l'enfant, avec des résultats semblables à ceux mentionnés précédemment. « *Les preuves sont modérées quant à l'efficacité des interventions en milieu scolaire pour la prévention de l'obésité infantile. Les interventions pour l'activité physique en milieu scolaire avec une composante familiale, ou les interventions autour de l'alimentation et de l'activité physique en milieu scolaire avec des composantes à la maison et dans la communauté présentent le plus de preuves de leur efficacité.* » (Wang et al., 2013)
 - Ce rapport du Groupe de travail de la Maison blanche sur l'obésité infantile adressé au président des États-Unis et portant sur les actions destinées à prévenir l'obésité infantile fournit un bon aperçu des **contextes et lieux de vie appropriés** pour les interventions en faveur d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique (White House Task Force on Childhood Obesity, 2010).

A2. Orientations pour l'action - activité physique

Documents consensuels et d'orientation de l'ONU et de l'OMS.

L'OMS a élaboré un guide spécifique pour le développement et la mise en œuvre des interventions en matière d'activité physique.

- Un document de l'OMS de 2007 fournit des conseils pour mettre en œuvre la Stratégie de l'OMS pour l'alimentation et l'activité physique (Diet and Physical Activity Strategy, DPAS). Celui-ci décrit des approches populationnelles efficaces pour accroître les niveaux d'activité physique. Ce document décrit d'importants éléments de politiques et de plans fructueux. Ils incluent des descriptions et des conseils sur :
 - l'engagement politique à haut niveau,
 - l'intégration dans les politiques nationales,
 - l'identification des objectifs nationaux,
 - l'importance du financement et du soutien des parties prenantes,
 - la sensibilité culturelle et l'adaptation locale,

- l'intégration de l'activité physique dans d'autres secteurs en rapport avec elle,
 - une équipe coordinatrice,
 - des stratégies d'intervention multiples, ciblant la population dans son ensemble de même que des groupes spécifiques de la population,
 - la mise en œuvre à différents niveaux dans le cadre de "la réalité locale",
 - le développement des ressources humaines et des capacités,
 - la surveillance et l'évaluation,
 - les lignes directrices nationales en matière d'activité physique,
 - un cadre de référence pour l'action. (OMS, 2007)
- La Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (Nations Unies, 2011). La Déclaration des Nations Unies sur les MNT, en septembre 2011, a été une occasion marquante et un document décisif pour la prévention. Il fournit le plus haut niveau de soutien aux états membres pour développer et mettre en œuvre des interventions destinées à améliorer la nutrition et l'activité physique (Nations Unies, 2011).
 - Le Plan d'action mondial de l'OMS pour les maladies non transmissibles (OMS, 2013) qui a suivi s'appuie sur les recommandations des Nations Unies et fournit des orientations spécifiques pour les interventions autour de l'activité physique qu'il recommande aux états membres d'entreprendre. Le Plan d'action mondial identifie les options de politiques suivantes qu'il propose aux états membres de mettre en œuvre :
 - Adopter et mettre en œuvre des lignes directrices nationales sur l'activité physique pour la santé.
 - Envisager d'établir un comité multisectoriel ou un organe similaire pour fournir un leadership et une coordination stratégiques.
 - Développer des partenariats appropriés et engager les parties prenantes, à travers le gouvernement, les ONG, la société civile et les opérateurs économiques, à mettre en œuvre de façon active et adéquate les actions visant à accroître l'activité physique dans toutes les tranches d'âge.
 - Développer des mesures politiques en coopération avec les secteurs pertinents pour promouvoir l'activité physique à travers les activités de la vie courante, notamment par le biais des déplacements actifs, des divertissements, des loisirs et du sport, par exemple :
 - Une planification urbaine et des politiques des transports à l'échelle nationale et sous-nationale afin d'améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité et la sécurité pour la marche et le cyclisme, de même que des infrastructures favorables.
 - Une amélioration de la mise en place d'une éducation physique de qualité dans les milieux éducatifs (de la petite enfance à l'enseignement supérieur), en incluant des opportunités d'activité physique avant, pendant et après la journée d'école régulière.
 - Des actions pour soutenir et encourager les initiatives autour de « l'activité physique pour tous » à tout âge.
 - La création et le maintien d'environnements bâtis et naturels à l'appui de l'activité physique à l'école, à l'université, sur le lieu de travail, en milieu clinique et à l'hôpital, et dans la communauté élargie, avec un accent particulier mis sur le développement d'infrastructures pour soutenir le transport actif, c'est à dire la marche et le vélo, des divertissements et des jeux actifs, et la participation aux sports.
 - La promotion de l'engagement de la communauté dans la mise en œuvre d'actions locales visant à accroître l'activité physique.
 - Mener des campagnes publiques documentées par les données probantes à travers les médias de masse, les médias sociaux et au

niveau communautaire, et des initiatives de marketing social afin d'informer et de motiver les adultes et les jeunes quant aux bénéfices de l'activité physique et de faciliter ainsi des comportements sains. Les campagnes devraient être liées pour soutenir les actions à travers la communauté et dans des contextes spécifiques pour un bénéfice et un impact maximum.

- Encourager l'évaluation des actions visant à accroître l'activité physique, pour contribuer au développement des données probantes sur les actions efficaces et qui ont un bon rapport coût efficacité.

(OMS, 2013).

La Société internationale pour l'activité physique et la santé « International Society for Physical Activity and Health, ISPAH » - et son Conseil pour le Plaidoyer - « Global Advocacy for Physical Activity, GAPA ».

L'ISPAH et le GAPA ont joué un rôle clé dans le développement d'un consensus professionnel mondial pour informer et nourrir le plaidoyer en faveur de politiques promouvant l'activité physique et faire progresser les cadres de référence pour l'activité physique.

- La *Charte de Toronto pour l'activité physique : Un appel à l'action mondiale* a été développé à travers un processus consultatif mondial incluant des experts de l'activité physique. Elle présente des principes directeurs clés pour des approches de l'activité physique basées sur la population et décrit un cadre de référence pour l'action à travers quatre domaines clés :
 - Mettre en œuvre une politique et un plan d'action à l'échelle nationale pour l'activité physique
 - Présenter des politiques qui soutiennent l'activité physique
 - Réorienter les services et les financements pour prioriser l'activité physique (dans l'éducation, les transports, la planification, l'environnement, les lieux de travail, le sport, les parcs, les loisirs et la santé)
 - Développer des partenariats pour l'action.
(GAPA & ISPAH 2010)
- L'ISPAH et le GAPA ont prolongé le travail de la Charte de Toronto avec un autre projet visant à soutenir les pays qui étaient prêts à répondre à l'appel de la Charte de Toronto. Un panel d'experts issus de leur réseau de membres et de la communauté académique internationale de l'activité physique, a permis d'identifier les sept avenues prometteuses fondées sur des preuves de leur efficacité et applicables partout dans le monde. *Investir dans la promotion de l'activité physique, ça rapporte !* est un document complémentaire de la *Charte de Toronto pour l'activité physique*. Sept avenues prometteuses pour accroître les niveaux d'activité physique de la population sont identifiées qui, si elles sont appliquées à une échelle suffisamment grande, peuvent apporter une contribution significative à la réduction du fardeau des maladies non transmissibles et augmenter l'activité physique. Il s'agit de :
 - L'ensemble des programmes scolaires
 - Des politiques et des systèmes de transport qui donnent la priorité à la marche, au vélo et aux transports publics
 - Des réglementations et des infrastructures d'aménagement urbain qui procurent un accès équitable et sûr pour l'activité physique de loisir, de même que pour la marche et le vélo de loisir et de transport, tout au long de la vie
 - L'activité physique et la prévention des MNT intégrés dans les systèmes de soins de santé primaires
 - L'éducation du public, notamment à travers les médias de masse, afin de sensibiliser et de changer les normes sociales sur l'activité physique

- Des programmes communautaires impliquant divers contextes, lieux de vie et secteurs, et qui mobilisent et intègrent l'engagement et les ressources de la communauté
- Des systèmes et des programmes de sports qui promeuvent le « sport pour tous » et encouragent la participation tout au long de la vie. (GAPA, 2011)

Populations mal desservies

- On manque de données probantes sur l'efficacité des interventions pour favoriser l'activité physique qui touchent les populations mal desservies. Une étude réalisée par Yancey et al., donne une idée de la complexité de la mise en œuvre d'interventions en matière d'activité physique qui soient culturellement adaptées aux populations mal desservies (Yancey et al., 2006).

Ce domaine est uniquement appuyé par des études de cas et des aperçus expérientiels . Cela est dû au fait qu'il y a très peu d'études publiées rapportant des données des résultats au-delà de la première phase de diffusion des interventions. Les concepts clés issus de cette revue, des études de cas et de la littérature semblent être :

- l'engagement réussi auprès des populations mal desservies et leur concertation dans la conception de l'intervention.
 - un délicat équilibre entre reconnaître les coutumes et les valeurs du groupe, et reconnaître les données probantes plus larges issues d'autres populations qui peuvent être mieux étudiée pour s'en inspirer.
 - reconnaître les coûts de ne rien faire et dispenser des interventions efficaces dans ces groupes. Cela signifie souvent qu'il faut adopter une approche de « recherche-action » plutôt que d'attendre d'avoir des données probantes avant de commencer des programmes.
 - des partenariats pour le transfert des connaissances parmi les membres de la communauté, les acteurs du plaidoyer, les chercheurs, les praticiens, les décideurs et les responsables politiques, afin de combler le déficit de preuves et de fournir des politiques, des environnements et des programmes qui favorisent l'activité physique de manière optimale.
- Cleland et al., 2012, ont mené une revue systématique afin d'examiner l'efficacité des interventions auprès des populations socio-économiquement défavorisées. On sait relativement peu de choses quant à l'efficacité des interventions pour favoriser l'activité physique auprès de cette population. Les éléments qui ressortent par rapport à l'efficacité, aux cadres de référence ou aux composantes utilisées sont les suivants :
 - Les interventions basées sur le groupe étaient efficaces pour les adultes mais pas pour les enfants ;
 - Les données attestant de l'efficacité des interventions ciblant les individus étaient insuffisantes ;
 - Des données limitées suggéraient que les interventions communautaires produisaient de petits changements en termes d'activité physique.
 - Les interventions reposant sur un cadre théorique quel qu'il soit étaient plus susceptibles d'être efficaces, comparativement à celles qui n'en avaient pas.
 - Plusieurs interventions efficaces comprenaient des éléments d'éducation, d'activité physique et de soutien social.
 - Conclusion : Comparativement à d'autres approches, les interventions à composantes multiples, ayant un cadre théorique, et basées sur des groupes adultes sont plus efficaces pour accroître l'activité physique dans les populations socioéconomiquement défavorisées." (Cleland et al., 2012)

Rapport coût-efficacité

- Wu et al., 2011, ont mené une revue systématique afin de déterminer le rapport coût-efficacité des interventions pour favoriser l'activité physique à tous les âges. Résultats pertinents clés :
 - Les stratégies ayant le meilleur rapport coût-efficacité concernaient les messages incitant à la décision (par ex. des panneaux incitant à utiliser les escaliers qui sont affichés à côté des ascenseurs), avec un coût médian de 0,07 \$/MET-heure/jour/personne ; ces stratégies avaient des effets minuscules, ajoutant seulement 0,2 % aux niveaux minimum d'activité physique recommandés.
 - Les interventions pour l'activité physique réalisées en milieu scolaire et ciblant les enfants et les adolescents se classaient bien avec un coût médian de 0,42 \$/MET-heure/jour/personne, générant une moyenne de 16 % de l'activité physique recommandée.
 - Les catégories ayant le moins bon rapport coût-efficacité étaient les programmes de changement comportemental personnalisé et de soutien social, intenses, avec des rapports coût-efficacité médians de 0,84 \$ et 1,16 \$ par MET-heure/jour/personne. Cependant, ils avaient également les effets les plus importants, ajoutant 35 % et 43 % de l'activité physique recommandée, respectivement. (Wu et al., 2011)

Enfants et adolescents.

- Sluijs et al, 2007, ont mené une revue systématique de haute qualité des interventions pour favoriser l'activité physique destinées aux enfants et aux adolescents, et au statut socioéconomique faible. "Les interventions qui se sont avérées efficaces sont parvenues à augmenter l'activité physique allant de 2,6 minutes supplémentaires d'activité physique en rapport avec l'éducation physique à 283 minutes par semaine d'activité physique globale. Les éléments clés qui ressortent incluent :
 - Concernant les enfants, il existe peu de données attestant d'un effet en ce qui concerne les interventions ciblant les enfants issus de populations socioéconomiquement faibles, et les interventions environnementales.
 - Des données solides ont été trouvées démontrant que les interventions en milieu scolaire avec un engagement de la famille ou de la communauté, et les interventions à composantes multiples pouvaient accroître l'activité physique chez les adolescents (Sluijs et al., 2007)

A3 : Orientations pour l'action - alimentation

- Document d'orientation du NICE sur la mise en œuvre de stratégies à multi-niveaux pour améliorer l'alimentation (NICE, 2015a)
- Oldroyd et al., 2008, ont mené une revue systématique sur l'amélioration des résultats en matière d'alimentation pour l'équité sociale. « *Les interventions autour de la nutrition ont des effets différentiels selon le statut socioéconomique, cependant, dans cette revue, nous n'avons trouvé que des données limitées indiquant que les interventions autour de la nutrition creusaient les inégalités sociales. Étant donné le nombre limité d'études incluses, la possibilité que les interventions autour de la nutrition creusent les inégalités ne peut être exclue. Cela doit être pris en compte au moment de la formulation des politiques de santé publique.* » (Oldroyd et al., 2008)
- En mai 2014, la Fédération mondiale de lutte contre l'obésité (World Obesity Federation) et Consumers International ont publié une série de recommandations en

faveur d'une convention mondiale pour protéger et promouvoir des régimes alimentaires équilibrés. Le rapport a été réalisé afin d'encourager les responsables politiques à s'appuyer sur le travail des Nations Unies pour combattre l'obésité et les MNT, et en appelle à un fort engagement des gouvernements pour introduire plusieurs mesures politiques juridiquement contraignantes pour aider les consommateurs à faire des choix sains et améliorer la sécurité alimentaire pour tous. Les recommandations se sont inspirées de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. La Convention vise à aider les Etats à choisir des approches pour atteindre des objectifs en matière d'alimentation contenus dans la Déclaration politique des Nations Unies issue de la Rencontre de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (Nations Unies, 2011). Les mesures recommandées incluent :

- o *Des mesures relatives à la promotion et à la protection d'une alimentation saine en abordant la demande*
 - Éducation, compétences, communication et sensibilisation du public
 - Diffusion d'informations nutritionnelles
 - Garantir une publicité, une promotion et un parrainage responsables pour les produits alimentaires et les boissons
 - Contrôler la publicité, la promotion et le parrainage à destination des enfants
 - Interventions pour susciter des modèles de consommation positifs
 - Mesures de nature économique, de planification et d'agrément
 - Amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments et réduction des teneurs en nutriments potentiellement nocifs
 - Normes nutritionnelles pour les services de restauration dans les écoles, les hôpitaux et les établissements publics. (World Obesity Federation, 2014).

B : Renforcement des individus

B1. Renforcer les individus – alimentation et activité physique

- Wetter et al., 2001, fournissent une revue et un cadre pour décrire les facteurs qui entrent en jeu dans les décisions en matière de comportements liés à l'alimentation et à l'activité physique (Wetter et al., 2001). De tels facteurs peuvent être utiles dans l'élaboration et la conception de messages et d'interventions pour l'activité physique et la nutrition qui soient plus susceptibles d'être efficaces.

B.1.1 Soins de premier recours (SPR)

Les soins de premier recours sont un contexte courant pour les approches visant à changer les comportements individuels. Plusieurs revues ont été identifiées pour fournir un aperçu des stratégies de changement comportemental individuel.

SPR - Enfants et adolescents

- Une revue systématique de Sargent et al., 2011, a trouvé des données attestant de l'efficacité des interventions destinées aux enfants dispensées dans les services de soins de santé primaires (SSP). Celles-ci étaient efficaces pour réduire plusieurs résultats associés à l'obésité. Cette revue a également identifié les composantes des interventions réussies qui pourront être utilisées lors de futures mises en œuvre dans les SSP. On y trouve :
 - o la formation des professionnels de santé avant la mise en place de l'intervention ;
 - o des options de changement comportemental (y compris alimentation saine, activité et comportement sédentaire) ;

- susciter le changement comportemental au moyen d'une combinaison de conseil, d'éducation, de matériels écrits, de soutien et de motivation ; et
- une intensité adaptée selon que les changements comportementaux, anthropométriques ou métaboliques sont la priorité. (Sargent et al., 2011)

SPR - Adultes

- La modification du mode de vie des adultes en utilisant des modèles théoriques de changement comportemental dans les SPR. « *Le modèle transthéorique était le plus fréquent (13 études) et a obtenu des preuves solides de son efficacité pour les interventions à court terme en matière d'alimentation et pour les interventions à long terme de lutte antitabac, comparativement aux pratiques habituelles des SSP.* » (Bully et al., 2015)
- Une revue systématique sur l'efficacité de la gestion des maladies chroniques et des conseils préventifs sur le mode de vie dispensés par des infirmières dans les centres de SPR pour adultes a trouvé que les interventions sur le mode de vie dispensées par les infirmières dans les établissements de premier recours sont efficaces pour amener des changements positifs en matière de prévention des maladies chroniques, notamment par rapport au poids, à la tension artérielle, au cholestérol, aux comportements alimentaires et à l'activité physique, à la satisfaction des patients, à la volonté de changement, et à la qualité de vie. Toutefois, elle précise que la solidité des recommandations était limitée par le nombre restreint d'études pour chaque résultat (Sargent et al., 2012).

B.1.2 Changements de comportements individuels (hors SPR)

Familles avec de jeunes enfants

- Enfants de 0 à 5 ans : Revue systématique sur les effets des interventions destinées à prévenir l'obésité. Elle trouve que la plupart des études impliquaient des interventions à approches multiples, étaient menées aux États-Unis, et différaient dans leurs conceptions et leur qualité. Toutes ont montré un certain niveau d'efficacité sur au moins un comportement lié à l'obésité chez les jeunes enfants. Ces études appuient le principe selon lequel les parents sont réceptifs et capables de changer des comportements susceptibles de promouvoir un poids sain chez leurs jeunes enfants, et sont capables de les effectuer. (Campbell et Hesketh, 2007). Les principaux résultats concernant les interventions prometteuses incluaient, en termes d'efficacité, ce qui suit :
 - les visites à domicile peuvent être un moyen faisable de dispenser des interventions efficaces pour modifier le poids relatif et l'apport calorique chez les enfants, mais semblaient ne pas avoir d'impact sur la consommation de graisses des enfants ou sur leur activité physique, ou sur les mesures maternelles.
 - une éducation individualisée des parents à la nutrition infantile peut diminuer l'apport calorique aux enfants, mais on ne sait pas exactement si une alimentation plus équilibrée a été adoptée après l'intervention.
 - une intervention dispensée à des parents a démontré une amélioration du goût, de la préférence et de la consommation d'un légume cible par une exposition répétée.
 - La mise en œuvre dans le cadre des services de santé, y compris la mise en œuvre en milieu clinique, est un moyen faisable de dispenser les interventions.
 - Les séances éducatives interactives sont utiles pour réduire le temps passé devant la télévision.
 - Les changements au niveau des connaissances n'entraînent pas nécessairement de changements des comportements ciblés, ce qui renforce ce que l'on sait déjà, à savoir qu'il est primordial de mettre l'accent sur le développement des compétences et les descriptions des indicateurs de comportements. (Campbell et Hesketh, 2007)

Enfants et adolescents

- Revue stratégique et méta-analyse des interventions sur le mode de vie auprès d'enfants âgés de 0 à 18 ans. Les études examinées dans cette revue ont comparé l'effet sur le poids et le métabolisme des interventions sur le mode de vie à un groupe témoin sans traitement/sur liste d'attente, ayant reçu les pratiques habituelles, ou juste un support écrit. On a trouvé que les interventions sur le mode de vie pouvaient entraîner des améliorations au niveau du poids et du métabolisme cardiaque. (Ho et al., 2012)

Adultes

- Interventions comportementales destinées aux adultes défavorisés. La revue systématique et la méta-analyse ont trouvé que les interventions de changement comportemental destinées aux groupes à faibles revenus avaient de petits effets positifs sur une alimentation saine, sur l'activité physique (Bull et al., 2014) et sur le tabagisme.
- Beauchamp et al. 2014, ont examiné l'efficacité de la prévention de l'obésité en fonction du statut socioéconomique (SSE) chez les adultes et/ou les enfants.
 - « Les interventions qui se sont avérées être **inefficaces** auprès des participants de SSE bas étaient principalement fondées sur la diffusion d'informations **visant à changer des comportements individuels**.
 - Les études qui se sont avérées efficaces chez les participants de SSE bas incluaient principalement des stratégies ou des politiques communautaires visant à obtenir des changements structurels de l'environnement. » (Beauchamp et al., 2014)

B2. Renforcement des individus – activité physique

B.2.1 Soins de santé primaires (SSP)

- Revue systématique sur l'effet de conseils en matière d'activité physique dans les consultations de SSP
 - Résultats clés : « *le conseil dans les consultations de routine des services de soins primaires n'est pas un moyen efficace de produire des augmentations durables de l'activité physique.* » (Lawlor et Hanratty, 2001)
- Conn et al. ont mené une revue systématique de la recherche interventionnelle sur l'activité physique auprès des personnes âgées. Les chercheurs font remarquer qu'il est essentiel de poursuivre de plus amples travaux pour identifier les stratégies qui marchent pour accroître l'activité d'un nombre plus important de personnes âgées et accélérer l'augmentation de l'activité par ceux qui changent les comportements. Ils notent cependant que :
 - Les interventions individuelles les plus communes sont l'auto-surveillance, l'éducation pour la santé en général, l'établissement d'objectifs, les exercices supervisés dans un centre, la résolution de problèmes, la rétroaction, le renforcement, et l'éducation pour la prévention des rechutes. « *Peu d'études ont adapté individuellement les interventions motivationnelles, utilisé une mise en place assistée, ou intégré des cadres de référence théoriques multiples dans l'intervention. Les liens entre les composantes individuelles de l'intervention et son efficacité n'étaient pas clairs* »
 - « *Un nombre significatif de personnes âgées ont accru leur activité physique en réponse à des interventions expérimentales. La quantité d'activité en plus équivalait rarement aux normes comportementales reconnues pour atteindre des résultats de santé positifs.* » (Conn et al., 2003)

B2. Renforcement des individus – alimentation

- Ayliffe et Glanville ont mené une revue des initiatives efficaces pour le contrôle du poids chez les adolescents et des services diététiques pour « un poids corporel sain » chez les jeunes.
 - Les interventions réussies qui ont été identifiées comportaient les qualités suivantes :
 - elles étaient globales ;
 - elles abordaient les influences sociales et environnementales ;
 - elles incluaient l'éducation à la nutrition et à l'activité physique ; et
 - utilisaient l'école comme lieu de mise en œuvre de la promotion de la santé.
 - Les stratégies basées sur les nouvelles technologies et sur des modèles d'apprentissage par les pairs sont des approches prometteuses et appropriées à développer.
 - Les stratégies efficaces pour le traitement de l'obésité utilisent des plans alimentaires et des techniques de modification des comportements, et impliquent les familles dans des interventions multidisciplinaires intensives. (Ayliffe et Glanville, 2010)
- Une revue systématique réalisée par Contento et al. en 1995 a examiné la mise en place d'une éducation nutritionnelle pour les enfants et les adultes et a conclu que les programmes les plus efficaces sont ceux qui sont focalisés sur le comportement et basés sur une théorie appropriée et sur les recherches antérieures. Cette revue a également trouvé que les programmes efficaces utilisent une combinaison de modèles actuels de changement individuel, social et environnemental. Les études qui se fondent sur un modèle de 'diffusion d'informations et d'enseignement de compétences' n'étaient pas très efficaces pour amener des changements comportementaux. (Contento et al., 1995)

C : Renforcement des communautés et des conditions de vie et de travail

C1. Renforcement des communautés et des conditions de vie et de travail – alimentation et activité physique

C1.1 Petite enfance et école maternelle

- Une revue systématique des données probantes quant à l'efficacité des interventions de prévention de l'obésité infantile dans les lieux d'accueil de la petite enfance, réalisée par Zhou et al., a trouvé que « sept études ont rapporté des améliorations de l'adiposité. Parmi les 13 interventions ayant des composantes alimentaires, six ont rapporté une amélioration de la consommation ou des comportements alimentaires. Sur les 12 interventions ayant une composante d'activité physique, huit ont rapporté une amélioration des niveaux d'activité ou de la forme physique. » (Zhou et al., 2014). Les auteurs expriment une réserve par rapport à ces résultats de même que la nécessité d'entreprendre des recherches supplémentaires avec un suivi à plus long terme, des interventions à stratégies multiples qui incluent des changements de l'environnement en matière de nutrition et d'activité physique, la communication des données quant aux coûts, et la prise en compte de la durabilité.
- Une revue systématique réalisée par Bluford et al. en 2007 a examiné les données probantes pour la prévention et le traitement du surpoids et de l'obésité en maternelle. Les deux programmes de traitement et deux des cinq programmes de prévention réduisaient le poids/la masse grasseuse. En rapportant les caractéristiques de ces programmes, les auteurs observent que :

- trois incorporaient un cadre/une théorie,
- deux impliquaient activement les parents et un passivement,
- trois incluaient des stratégies à composantes multiples, et
- les quatre surveillaient les changements comportementaux." (Bluford et al., 2007)

C.1.2 En milieu scolaire

- Le Cadre pour une politique scolaire de l'OMS a été conçu afin de fournir un outil pour orienter les responsables politiques au niveau national et sous-national dans le développement et la mise en œuvre de politiques promouvant une alimentation saine et l'activité physique à l'école à travers des changements environnementaux, comportementaux et éducatifs. (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Conformément aux données probantes sur les écoles promotrices de santé, le Cadre politique fournit des orientations pour :

- Démarrer une politique de l'école, notamment en mettant en place une équipe coordinatrice ;
- Mener une analyse de situation ;
- Développer un plan de travail et un système de surveillance ;
- Établir des objectifs ; et
- Diffuser.

Le Cadre décrit ensuite les options de politiques et de programmes en rapport avec le programme scolaire, l'environnement des services de restauration, l'environnement physique, la promotion de la santé pour le personnel scolaire et les services de santé à l'école.

- Langford et al. ont mené une revue Cochrane de l'utilisation du Cadre de l'OMS pour des écoles promotrices de santé (EPS) et ont trouvé que :
 - Le Cadre de l'OMS pour des EPS est efficace pour améliorer certains aspects de la santé des élèves. Les effets sont restreints mais potentiellement importants au niveau d'une population.
 - Les résultats diffèrent également selon la problématique de santé avec les effets les plus positifs pour l'indice de masse corporelle (IMC), l'activité physique, la forme physique, la consommation de fruits et légumes, le tabagisme, et le harcèlement (Langford et al., 2015).
- Une mise à jour du guide du NICE, basée sur une revue systématique, a trouvé que :
 - Une étude sur trois portant sur l'alimentation, cinq études sur 15 portant sur l'activité physique, et neuf études combinées alimentation-activité physique sur 20 ont montré des différences positives et statistiquement significatives entre les groupes d'intervention et témoin concernant l'indice de masse corporelle.
 - Les interventions en milieu scolaire pour promouvoir l'activité physique peuvent aider les enfants à maintenir un poids sain, mais les résultats sont irréguliers et à court terme.
 - Les interventions pour l'activité physique peuvent être plus bénéfiques pour les compétences scolaires générales des plus jeunes, tandis qu'une intervention pour l'activité physique dispensée pour gérer le poids dans l'enfance pourrait être bénéfique pour la réussite en mathématiques, les fonctions exécutives et le travail de la mémoire. (Martin et al., 2014)
- Une synthèse des revues de la littérature réalisée par Safron et al. a trouvé que les interventions étaient plus efficaces si elles visaient à réduire les comportements sédentaires, intégraient une activité physique modérée à vigoureuse de même que la participation des parents. L'intégration d'une composante nutrition modérait les effets à long terme des interventions. Les interventions plus efficaces duraient au moins 3 mois, ne visaient pas seulement des changements environnementaux et étaient mises en œuvre dans la population générale. Les femmes et les participants plus jeunes pourraient tirer un plus grand bénéfice des interventions. (Safron et al., 2011)

C.1.3 Lieu de travail

Les lieux de travail sont des contextes prometteurs pour les interventions de promotion de la santé dans la mesure où ce sont des lieux où de nombreux adultes sont présents. En outre, le lieu de travail offre souvent aux interventions l'opportunité d'être ciblées selon l'emploi occupé, le sexe et les besoins des travailleurs ou les profils de risque.

- Une revue systématique réalisée par Anderson et al. au sujet des interventions destinées à réduire le surpoids sur le lieu de travail a trouvé que les programmes de nutrition et d'activité physique sur le lieu de travail parviennent à des améliorations modestes du statut pondéral des employés à 6-12 mois de suivi. Les résultats semblent pouvoir s'appliquer à la fois aux hommes et aux femmes, dans différents milieux professionnels.

Les caractéristiques des interventions efficaces sur le lieu de travail incluaient :

- Une combinaison de stratégies d'information et comportementales pour influencer l'alimentation et l'activité physique ; et
 - Une modification de l'environnement de travail (par ex. restaurants professionnels, installations pour faire de l'activité physique) afin de promouvoir des choix sains. (Anderson et al., 2009)
- Une revue systématique réalisée par Osilla et al. sur plusieurs résultats en matière de santé et de travail a trouvé des résultats contradictoires, mais des données indiquant que les interventions sur le lieu de travail PEUVENT améliorer l'activité physique, l'alimentation, l'indice de masse corporelle/le poids, la santé mentale. Elles réduisent également l'absentéisme et les coûts des soins de santé.
 - Cette étude met en avant un manque de rigueur dans les évaluations et met en parallèle le manque d'études et de publications pour une utilisation répandue de ces programmes. On manque de recherches sur les composantes efficaces de ces programmes et cela gêne la qualité de l'orientation qui peut être proposée. (Osilla et al., 2012)
 - Van Dongen et al. ont examiné le rapport coût-efficacité des interventions sur les lieux de travail et ont trouvé que les programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail visant à améliorer la nutrition et/ou à accroître l'activité physique génèrent des économies financières en termes de réduction des coûts induits par l'absentéisme, des coûts médicaux ou les deux selon l'étude (van Dongen et al., 2011).
 - Une revue systématique européenne des interventions de promotion de la santé sur le lieu de travail a trouvé que « des données limitées à modérées ont été obtenues pour les effets positifs des interventions en alimentation mises en œuvre sur le lieu de travail. » Avec certaines données probantes faibles sur les interventions en matière d'alimentation et d'activité physique. (Maes et al., 2012). Cette étude était également notable pour sa revue de la qualité des interventions évaluées. L'outil utilisé pour cette composante était issu du Réseau européen pour la promotion de la santé sur le lieu de travail (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP, www.enwhp.org). Les critères suivants ont été évalués :
 - *l'analyse préalable des besoins de l'entreprise ;*
 - *l'implication de toutes les parties prenantes ;*
 - *l'amélioration de la qualité de la vie en entreprise et des conditions de travail, de même que l'accent mis sur le comportement du travailleur individuel ;*
 - *l'intégration des activités dans les pratiques de gestion et la vie quotidienne de l'entreprise ;*
 - Ces auteurs ont ajouté le critère « *développement des interventions fondées sur la théorie* » dans la mesure où les théories permettent d'expliquer les comportements de santé ou fournissent une méthode pour guider l'intervention. (Maes et al., 2012).
 - Rongen et al. ont mené une revue systématique sur l'efficacité des résultats de la promotion de la santé sur le lieu de travail. Ces auteurs ont observé que l'effet global des interventions de promotion de la santé sur le lieu de travail était restreint. Il y avait d'autres résultats permettant éventuellement une application pratique, comme le suivant :

- « L'efficacité d'un programme de promotion de la santé sur le lieu de travail était plus importante dans les populations plus jeunes, dans les interventions avec des contacts hebdomadaires, et dans les études dans lesquelles le groupe de contrôle n'avait pas eu de promotion de la santé. » (Rongen et al., 2013)

C2. Renforcement des communautés et des conditions de vie et de travail – activité physique

C2.1 En milieu scolaire

L'école est largement reconnue comme un contexte primordial pour la promotion de l'activité physique. Elle procure un environnement structuré et contrôlé où se retrouve la grande majorité des enfants. L'école offre à des praticiens qualifiés l'opportunité de cibler les interventions de manière appropriée par âge et niveau de développement. Les revues systématiques confirment le potentiel de santé publique que revêtent les interventions de haute qualité pour l'activité physique en milieu scolaire pour accroître effectivement l'activité physique et éventuellement la forme physique des enfants et des jeunes.

- Dobbins et al. ont mené une revue Cochrane afin d'examiner l'efficacité des programmes d'activité physique en milieu scolaire pour promouvoir l'activité physique et la forme physique des enfants et des adolescents de 6 à 18 ans. Les auteurs concluent que :
 - Les données probantes vont dans le sens favorable de la poursuite de la mise en œuvre des interventions pour l'activité physique en milieu scolaire étant donné leurs effets positifs sur les comportements et l'activité physique.
 - Les programmes dispensés en milieu scolaire peuvent accroître l'activité physique de 5 à 45 minutes par jour et réduisent le temps passé devant la télévision.
 - En termes d'orientation pour des interventions efficaces, les auteurs suggèrent au minimum une combinaison de matériels éducatifs imprimés et de changements dans les programmes scolaires afin de promouvoir l'activité physique durant le temps passé à l'école. (Dobbins et al., 2013)
- Un document d'orientation récent de l'agence anglaise de santé publique (Public Health England) fournit des conseils sur ce qui marche dans les écoles et collèges pour accroître l'activité physique. Cet exposé destiné aux professeurs principaux, aux directeurs d'établissements, au personnel scolaire et aux directeurs de la santé publique synthétise les données probantes à travers des 'principes prometteurs' pour la pratique. Il s'agit de :
 - Développer et dispenser des interventions à composantes multiples ;
 - Garantir des ressources humaines qualifiées ;
 - Engager la voix des élèves ;
 - Créer des environnements actifs ;
 - Offrir du choix et de la variété ;
 - Intégrer les actions dans le programme scolaire, atteindre et diversifier ;
 - Promouvoir des déplacements actifs (Public Health England, 2015)
- Une synthèse de revues de la littérature réalisée par Kriemler et al. sur les interventions destinées aux enfants âgés de 6 à 18 ans a trouvé que « Si l'on tient compte à la fois de l'évaluation de la qualité et de la pertinence pour la santé publique, ce sont les approches à composantes multiples chez les enfants, comprenant aussi des composantes avec la famille qui ont montré le plus haut niveau de preuves d'efficacité pour accroître l'activité physique dans son ensemble. Cette revue confirme le potentiel de santé publique des interventions de haute qualité pour l'activité physique en milieu scolaire afin d'accroître l'activité physique et éventuellement la forme physique chez des jeunes en bonne santé » (Kriemler et al., 2011)

C2.2 Lieu de travail

- Une revue systématique de l'activité physique sur le lieu de travail menée par Malik et al. indique qu'il existe certaines données probantes selon lesquelles les interventions pour l'activité physique sur le lieu de travail peuvent être efficaces, mais que globalement les résultats ne sont pas très concluants (Malik et al., 2013).
- Une revue systématique réalisée par To et al. a indiqué que 60 % des 20 interventions sélectionnées ont rapporté une amélioration du niveau d'activité physique, de la marche ou de l'IMC. Les caractéristiques des interventions efficaces incluaient : l'utilisation de podomètres, des approches basées sur Internet et des activités ciblant les facteurs sociaux et environnementaux. (To et al., 2013)
- Matson-Koffman et al. ont mené une revue systématique qui suggère que les stratégies politiques et environnementales peuvent promouvoir l'activité physique et une bonne alimentation. Sur la base des études expérimentales et quasi-expérimentales de cette revue, les interventions suivantes ont fourni les données probantes les plus solides pour influencer ces comportements :
 - Incitations à utiliser davantage les escaliers (N = 5) ;
 - Accès à des lieux et à des opportunités pour pratiquer l'activité physique (N = 6) ;
 - Approches globales sur le lieu de travail, incluant l'éducation, le soutien des employés et des pairs en faveur de l'activité physique ;
 - Mesures incitatives, et accès à des installations pour la pratique de l'exercice physique (N = 5) ;
 - Disponibilité d'aliments nutritifs (N = 33) ;
 - Stratégies aux points d'achat (N = 29) ; et
 - Rappels systématiques aux responsables et formation des prestataires de soins de santé pour fournir un conseil nutritionnel (N = 4). (Matson-Koffman et al., 2005)

C2.3 Autres services en collectivité

- Cette revue systématique montre l'efficacité des interventions communautaires en faveur de l'activité physique dans des études de haute qualité. Nos résultats suggèrent que les interventions qui utilisent les contacts personnels de même que les interventions sur mesure sont les plus prometteuses" (Bock et al., 2014)

C3. Renforcement des communautés et des conditions de vie et de travail – alimentation

Pas de données probantes de solidité suffisante pour inclusion.

D : Politiques publiques qui ciblent les déterminants sociaux ou environnementaux au sens large

D1. Politiques publiques qui ciblent les déterminants sociaux ou environnementaux au sens large – alimentation et activité physique

- Brownson et al., en 2006, ont mené une revue focalisée en particulier sur les interventions environnementales et politiques qui affectent le fardeau des maladies chroniques. Les objectifs étaient les suivants :
 - décrire des interventions efficaces et prometteuses pour lutter contre le tabagisme, favoriser l'activité physique et promouvoir une alimentation équilibrée ; et
 - tirer les enseignements contenus dans la littérature et issus de l'expérience pratique de l'application des approches environnementales et politiques. Un total de 17 interventions a été examiné et organisé à travers 3 domaines qui affectent

l'environnement physique/l'accès, l'environnement économique, et l'environnement de la communication. Beaucoup de ces interventions sont efficaces.

Plusieurs enseignements sont importants à prendre en compte. Ils incluent la nécessité de :

- o démarrer avec des approches environnementales et politiques,
 - o intervenir de manière globale et à travers de multiples niveaux,
 - o utiliser les évaluations économiques,
 - o faire un meilleur usage des outils analytiques existants
 - o comprendre la politique et le contexte local,
 - o aborder les disparités en santé, et
 - o mener des recherches politiques approfondies." (Brownson et al., 2006)
- Une revue systématique de Booth et al. identifie les points d'intervention stratégique au niveau environnemental et sociétal pour influencer les choix alimentaires et l'activité physique (Booth et al., 2001)
 - En ce qui concerne les interventions à multi-niveaux (définies comme étant celles qui ciblent à la fois le niveau individuel et environnemental) pour améliorer les comportements des adultes en rapport avec l'obésité, une revue systématique utilisant le cadre RE-AIM a révélé que les interventions incluses avaient généralement le potentiel :
 - o d'atteindre un grand nombre de personnes (en moyenne 58 % de la population cible était au courant de l'intervention) ;
 - o de parvenir aux objectifs prévus (89 % ont obtenu des résultats positifs) ;
 - o d'être largement adoptées (la proportion de prestataires de l'intervention variait de 9 % à 92 %) ; et
 - o d'être durables (seize interventions ont été maintenues).
- L'impact potentiel de santé publique le plus élevé était obtenu dans les interventions à multi-niveaux qui :
- o étaient focalisées sur tous les niveaux au début du processus de planification,
 - o orientaient leur processus de mise en œuvre en utilisant une théorie de diffusion, et
 - o utilisaient un site Web pour diffuser l'intervention." (Compernelle et al., 2014)
- Une revue rapide des interventions globales qui abordent les causes de l'obésité, réalisée pour le Conseil national australien pour la recherche médicale et la santé (Australian National Health and Medical Research Council), fournit des informations de haute qualité concernant ce qui marche et ne marche pas dans 9 domaines d'action :
 - o les expositions tôt dans la vie et les modèles de croissance ;
 - o aborder ce que comprend la communauté et les normes sociales par le biais des médias de masse ;
 - o l'exposition au marketing des produits alimentaires et des modes de vie ;
 - o l'amélioration de l'activité physique et de la nutrition dans la vie de tous les jours ;
 - o la planification d'environnements actifs favorables à la santé ;
 - o l'approvisionnement alimentaire ;
 - o l'accès et la disponibilité des produits alimentaires ;
 - o l'achat et la consommation des produits alimentaires ;
 - o l'action dans les groupes à haut risque. (Gill et al., 2010, Gill et al., 2011)
 - Aux États-Unis, les CDC ont fourni un guide pour les interventions communautaires pour prévenir l'obésité **à travers tous les âges**. Leur projet visait à identifier et à recommander une série de stratégies et de mesures associées que les communautés et les gouvernements locaux peuvent utiliser afin de planifier et de surveiller les changements environnementaux et politiques pour la prévention de l'obésité. Les 24 stratégies recommandées sont divisées en six catégories :

1. Les stratégies pour promouvoir la disponibilité de boissons et de produits alimentaires sains et abordables,
 2. Les stratégies pour soutenir des choix de boissons et de produits alimentaires sains,
 3. une stratégie pour encourager l'allaitement,
 4. Les stratégies pour encourager l'activité physique ou pour limiter les activités sédentaires chez les enfants et les jeunes,
 5. Les stratégies pour créer des communautés sûres qui encouragent l'activité physique, et
 6. Une stratégie destinée à encourager précisément les communautés à s'organiser pour changer. (Khan et al., 2009)
- Le Groupe de travail 2002 sur les Approches de santé publique pour la prévention de l'obésité (Public Health Approaches to the Prevention of Obesity, PHAPO) du Groupe de travail international sur l'obésité (International Obesity Task Force, IOTF) (Kumanyika et al., 2002) est fréquemment cité. Il décrit la nécessité de la promotion globale d'une alimentation saine, de l'activité physique et de l'équilibre énergétique. Il fournit une typologie des interventions de promotion de la santé (p.437). Ce rapport met également en avant le fait que certaines approches universelles de prévention, qui reposent uniquement sur le changement des comportements individuels par le biais de campagnes de marketing social ou d'éducation communautaire, peuvent en réalité creuser des écarts si elles ne sont réalisables ou attrayantes que pour les individus relativement favorisés. Ce résultat ne signifie pas que les approches de marketing social ne sont pas efficaces, mais que de telles campagnes mises en œuvre sans recherches formatives rigoureuses ni évaluation auprès du public cible peuvent avoir des conséquences inattendues. Inversement, les campagnes efficaces sont fondées sur des recherches, basées sur la théorie, rigoureusement testées auprès du public cible et mises en œuvre avec des moyens et une portée spécifique suffisants pour être efficaces (Wakefield, 2010).

Aborder les inégalités

- Une revue systématique réalisée par Boelson-Robinson et al. a examiné l'efficacité d'interventions dans l'ensemble d'une communauté (whole of community, WOC) sous tous les angles de la position socioéconomique (PSE). Les études qui ont rapporté un effet plus grand ou égal parmi les groupes de PSE bas comparativement aux groupes de PSE élevé... mentionnaient surtout les interventions qui intégraient **des changements structurels de l'environnement, agissaient à travers plus de trois contextes ou lieux de vie et/ou utilisaient l'engagement communautaire**. Il s'agit d'un résultat important étant donné la probabilité d'avoir des groupes de PSE bas comme population cible en Picardie. « *Les interventions dans l'ensemble de la communauté représentent une approche efficace et équitable pour la réduction du poids de la population.* » (Boelsen-Robinson et al., 2015)
- Comme pour les groupes ayant une position socioéconomique basse, différents groupes culturels vont souvent bénéficier d'approches sur mesure. Un article de Kreuter et al. décrit brièvement cinq stratégies fréquemment utilisées pour cibler des programmes pour des groupes culturellement définis. Cela explique ainsi comment une sixième approche, l'adaptation culturelle, pourraient étendre ces stratégies et améliorer notre capacité à développer des programmes efficaces pour des groupes culturels. (Kreuter et al., 2003)

D1. Politiques publiques qui ciblent les déterminants sociaux ou environnementaux au sens large – activité physique

D1.1 Environnement

- Saelens & Handy, 2008. En examinant les corrélats de la marche, ils concluent que les données probantes, quoique largement issues d'études transversales et d'études de cas, sont suffisantes pour soutenir le plaidoyer politique.
- L'Institut national britannique pour l'excellence de la santé et des soins (NICE) (2008) fournit une orientation globale, notamment des recommandations pour la promotion et la création d'environnements bâtis ou naturels qui encouragent et soutiennent l'activité physique. Il couvre les domaines du contenu des stratégies et des politiques, les transports, l'espace public et les écoles. (NICE, 2008). Sa mise à jour en 2015 contient des conseils de mise en œuvre (NICE, 2015d)
- Heath et al. ont mené une revue pour le groupe de travail du Lancet sur la série concernant l'activité physique en 2012. Les auteurs examinent les interventions en activité physique fondées sur des données probantes, en tirant les leçons du monde entier. Si l'article met en avant de nombreuses interventions communautaires réussies pour l'activité physique (voir « approches globales »), il conclut que la **priorité de santé publique doit être de garantir que les environnements soient sûrs et favorables à la santé et au bien-être**. Les approches environnementales et politiques peuvent créer et favoriser l'accès aux lieux et l'urbanisme à l'échelle de la communauté et de la rue peut accroître la marche, le vélo et l'activité physique de loisir.
- En 2005, aux États-Unis, le Conseil de recherche sur les transports a examiné les données et les tendances concernant la relation entre l'environnement bâti et l'activité physique (Transportation Research Board, 2005).
- Ogilvie et al. ont mené une revue systématique qui conclut que les interventions les plus réussies peuvent accroître la marche parmi les participants de trente à soixante minutes par semaine en moyenne (Ogilvie et al., 2007).

D1.2 Transports

Les transports constituent un domaine d'intervention essentiel dans la mesure où la marche et le vélo pour le transport et les loisirs sont les formes les plus courantes d'activité physique, à la fois chez les adultes et chez les enfants.

- En 2000, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe a produit un document d'orientation pour les politiques de transport urbain et la santé.
- Le Guide du NICE sur les mesures locales pour promouvoir la marche et le vélo comme formes de transport ou de loisir (NICE, 2012b). Ce guide britannique donne un aperçu global de la manière dont on peut encourager les personnes à accroître leur quantité de marche ou de vélo pour le loisir ou le transport. Le guide du NICE couvre des recommandations concernant des programmes locaux communautaires de même que ceux mis en place à l'école, sur le lieu de travail, et dans les services de santé.
- Une revue de revues systématiques des moyens les plus efficaces d'améliorer la santé de la population par le biais des transports. Les revues de grande qualité indiquent que les interventions les plus efficaces pour améliorer la santé, en matière de transport, sont les campagnes de promotion de la santé (pour prévenir les accidents et traumatismes dans l'enfance, accroître l'utilisation du casque lorsqu'on fait du vélo et de la motocyclette, et promouvoir l'utilisation de sièges pour enfants et de la ceinture de sécurité en voiture), la modération du trafic, et la législation spécifique contre l'alcool au volant. Un résultat préoccupant était que les cours de perfectionnement et d'éducation pour les conducteurs sont associés à **une augmentation** des implications dans des accidents et des infractions (Morrison et al., 2003) cf (Ogilvie et al., 2005a, Ogilvie et al., 2005b)

- **Rapport coût-efficacité** : Les interventions les plus efficaces pour accroître l'activité physique étaient les voies ferroviaires transformées en sentiers communautaires (\$.006/MET-h), les podomètres (\$.014/MET-h), et les programmes d'éducation pour la santé à l'école (\$.056/MET-h). En améliorant les opportunités de marche et de cyclisme il semble que l'on peut accroître l'activité physique de manière rentable (Laine et al., 2014).

D1.3 Approches globales

- Heath et al. ont mené une revue pour le groupe de travail du Lancet sur la série concernant l'activité physique, en 2012. Les auteurs examinent les interventions pour l'activité physique basée sur des données probantes, en tirant les enseignements du monde entier. Cela fait partie d'un numéro spécial phare de la revue *The Lancet* sur l'activité physique. Cet article est remarquable pour sa couverture mondiale, avec des interventions examinées dans des pays à revenus élevés et d'autres à revenus bas et moyens. Les messages clés issus de cette revue sont les suivants :
 - Les initiatives ont une efficacité accrue lorsque les agences de santé forment des partenariats et coordonnent les activités avec plusieurs autres organisations.
 - Les approches de communication et d'information publique efficaces doivent inclure :
 - Des campagnes à l'échelle communautaire
 - Des campagnes médiatiques de masse
 - Des incitations pour encourager à utiliser les escaliers
 - Les initiatives qui renforcent le soutien social pour l'activité physique dans les communautés, les quartiers et au sein des lieux de travail peuvent effectivement promouvoir l'activité physique.
 - Les stratégies globales en milieu scolaire peuvent accroître l'activité physique chez les jeunes.
 - Les approches environnementales et politiques peuvent créer et favoriser l'accès aux lieux, et la planification urbaine à l'échelle de la communauté et de la rue peut accroître la marche, le vélo et l'activité physique récréative.
 - Des ressources humaines qualifiées sont nécessaires pour mettre en œuvre des stratégies efficaces.
 - Bien que les individus aient besoin d'être informés et motivés adopter la pratique de l'activité physique, la **priorité de la santé publique doit être de garantir des environnements sûrs et favorables à la santé et au bien-être.**
- Shilton, 2014, a publié une bibliographie globale en ligne '*Promoting active living*' (Shilton, 2014). Celle-ci fournit un aperçu détaillé de la littérature essentielle pour 2014 sur la promotion d'un mode de vie actif à travers les secteurs et tout au long de la vie.

D2. Politiques publiques qui ciblent les déterminants sociaux ou environnementaux au sens large – alimentation

D2.1 En milieu scolaire

- Une revue systématique des données probantes européennes (scientifiques et « grises ») a été réalisée par Van Cauwenberghé et al. Elle conclut que ;
 - Des données probantes ont été trouvées concernant l'efficacité des interventions, en particulier à composantes multiples, promouvant une alimentation équilibrée auprès d'enfants en âge scolaire dans les pays de l'Union européenne d'après les comportements alimentaires rapportés par les participants eux-mêmes.

- Chez les enfants, on trouve des données probantes solides en ce qui concerne des interventions à composantes multiples sur la consommation de fruits et légumes.
- On trouve des données limitées en ce qui concerne les interventions éducatives sur le comportement, de même que les interventions environnementales sur la consommation de fruits et légumes.
- Les interventions qui ciblaient spécifiquement les enfants issus de groupes socioéconomiques bas présentaient des données limitées quant à leur effet sur le comportement.
- Chez les adolescents, il existe des données modérées pour les interventions éducatives sur le comportement et limitées pour les programmes à composantes multiples sur le comportement. (Van Cauwenberghe et al., 2010)

D2.2 Communautés familiales – autres que l'école

- Une revue systématique réalisée par Ayliffe et Granville sur les interventions **communautaires** pour un « poids corporel sain » chez les jeunes a trouvé que les stratégies de prévention qui marchent bien sont:
 - **globales ;**
 - **abordent les influences sociales et environnementales ;**
 - **incluent l'éducation à la nutrition et à l'activité physique ; et**
 - **utilisent l'école comme lieu de mise en œuvre pour la promotion de la santé.**
- Les stratégies basées sur l'informatique ou les nouvelles technologies et sur des modèles d'éducation par les pairs sont des approches prometteuses et appropriées pour le développement.
- Les stratégies efficaces pour le traitement de l'obésité utilisent des plans alimentaires et des techniques de modification des comportements, et impliquent les familles dans des interventions multidisciplinaires intensives. Étant donné les besoins distincts de cette tranche d'âge, le poids corporel sain doit être promu par le biais d'une approche globale en milieu scolaire. En résumé, les interventions de prévention et de traitement de l'obésité doivent être globales, multidisciplinaires et adaptées pour le développement (Ayliffe et Glanville, 2010).

Résumé

Cette revue de revues examine la littérature en promotion de la santé en rapport avec les interventions en nutrition (l'alimentation et l'activité physique). Les meilleures données probantes disponibles sont reprises ici conformément à notre stratégie de recherche et à notre typologie d'interventions.

Les données probantes constituent un socle de connaissances pour la sélection de stratégies d'intervention en ex- Picardie, en France, en mettant en avant les types d'interventions qui pourraient être considérées et mises en œuvre afin d'améliorer la nutrition et l'activité physique de même que les niveaux d'obésité dans cette région.

Les interventions sont examinées à travers une typologie d'interventions, adaptées d'après celle de Whitehead (2007) et de l'Agence de la santé publique du Canada (2011). Les interventions efficaces sont rapportées à travers l'activité physique et l'alimentation, et à travers les interventions qui renforcent les individus, qui renforcent les communautés et les conditions de vie et de travail, ainsi que les politiques publiques qui ciblent les déterminants sociaux et environnementaux au sens large.

Une synthèse préliminaire des revues de revues systématiques et des méta-analyses souligne l'utilité de l'adoption d'une approche globale de stratégies combinées. Cette synthèse souligne également l'importance d'une approche systémique qui cible les politiques et les environnements – à travers à la fois l'alimentation et l'activité physique – tout au long de la vie (préconception, petite enfance, enfants en âge scolaire, adolescents, enfants et familles et adultes), en s'assurant d'atteindre la population élargie, mais aussi des groupes spécifiques avec des besoins plus importants.

Nous remarquons qu'un important aspect de toute approche systémique est la réglementation au niveau national, cependant, les politiques et les réglementations sont également et souvent déterminées au niveau local – par ex. dans le domaine de l'activité physique, les décisions quant aux investissements dans les infrastructures pour la marche et le vélo, les routes sécurisées pour aller à l'école et d'autres installations communautaires, et la planification urbaine au niveau de la rue et de la ville pour faire en sorte que les choix pour des transports actifs et une activité physique de loisir soient des choix faciles. La prise de décision quant à l'aménagement du territoire autour de l'accès et de la disponibilité de produits alimentaires sains peut aussi être déterminée à l'échelle locale, comme peuvent souvent l'être les politiques qui déterminent les environnements sains dans des contextes et lieux de vie essentiels comme l'école et le lieu de travail.

Une approche fondée sur les lieux de vie est également privilégiée et soutenue par les données probantes. Les contextes et lieux de vie prioritaires incluent :

- Le milieu scolaire : et si certaines études utilisent l'école comme lieu de vie, la cible va au-delà des enfants scolarisés pour toucher leurs parents et le contexte environnant
- Les lieux d'accueil de la petite enfance et l'école maternelle
- Les lieux de travail
- Les milieux cliniques et de premier recours
- Les transports, les villes en santé, et les villes et cités

Au niveau individuel, il existe un désaccord et des données probantes conséquentes insuffisantes concernant de nombreuses interventions de changement comportemental, en particulier si elles sont mises en œuvre de façon isolée par rapport aux stratégies environnementales et politiques.

Certains principes clés qui se dégagent de cette synthèse et documentent la sélection de stratégies en Picardie sont les suivants :

D'une manière générale ;

- Les initiatives ont une efficacité accrue lorsque les autorités sanitaires forment des partenariats et coordonnent les activités avec plusieurs autres organisations.
- Les approches de communication et d'information publique efficaces peuvent produire des matériels éducatifs écrits, des campagnes médiatiques de masse, et des incitations à utiliser les escaliers, ou à accéder à des choix alimentaires sains.
- Les initiatives qui accroissent le soutien social pour une alimentation saine et l'activité physique au sein des communautés, des quartiers de même que sur les lieux de travail et à l'école peuvent promouvoir de manière efficace les comportements sains.
- Des programmes globaux en milieu scolaire, sur le lieu de travail et dans les communautés peuvent accroître l'activité physique et promouvoir des choix alimentaires sains.
- Des approches environnementales et politiques peuvent créer et favoriser l'accès à l'activité physique et à des opportunités de se nourrir de manière plus équilibrée.
- Un urbanisme favorable à la santé au niveau de la communauté et de la rue peut augmenter la pratique de la marche, du vélo et l'activité physique de loisir.
- Des ressources humaines qualifiées sont nécessaires pour mettre en œuvre des stratégies efficaces.
- Bien que les individus aient besoin d'être informés et motivés pour adopter des comportements sains, la priorité de la santé publique doit être avant tout de garantir que les environnements soient sûrs et favorables à la santé et au bien-être.

S'il existe des manques au niveau des données probantes, il y a malgré tout un ensemble de travaux conséquent pour documenter la mise en œuvre des interventions.

Un manque d'articles dans certaines catégories ne signifie pas qu'il n'y a pas de littérature pour documenter ce domaine, mais simplement qu'il n'y avait pas d'articles parmi ceux identifiés comme étant les plus pertinents.

Références

ANDERSON, L. M., QUINN, T. A., GLANZ, K., RAMIREZ, G., KAHWATI, L. C., JOHNSON, D. B., BUCHANAN, L. R., ARCHER, W. R., CHATTOPADHYAY, S. & KALRA, G. P. 2009. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 37, 340-357.

AYLIFFE, B. & GLANVILLE, N. T. 2010. Achieving healthy body weight in teenagers: evidence-based practice guidelines for community nutrition interventions. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 71, e78-86.

BEAUCHAMP, A., BACKHOLER, K., MAGLIANO, D. & PEETERS, A. 2014. The effect of obesity prevention interventions according to socioeconomic position: a systematic review. *Obesity Reviews*, 15, 541-554.

BLUFORD, D. A., SHERRY, B. & SCANLON, K. S. 2007. Interventions to prevent or treat obesity in preschool children: a review of evaluated programs. *Obesity*, 15, 1356-1372.

BOCK, C., JARCZOK, M. N. & LITAKER, D. 2014. Community-based efforts to promote physical activity: a systematic review of interventions considering mode of delivery, study quality and population subgroups. *Journal of Science & Medicine in Sport*, 17, 276-82.

BOELEN-ROBINSON, T., PEETERS, A., BEAUCHAMP, A., CHUNG, A., GEARON, E. & BACKHOLER, K. 2015. A systematic review of the effectiveness of whole-of-community interventions by socioeconomic position. *Obesity Reviews*, 16, 806-816.

BOOTH, S. L., MAYER, J., SALLIS, J. F. & RITENBAUGH, C. 2001. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. *Nutrition reviews*, 59, S21.

BROWN, T. & SUMMERBELL, C. 2009. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity Reviews*, 10, 110-41.

BROWNSON, R. C., HAIRE-JOSHU, D. & LUKE, D. A. 2006. Shaping the context of health: a review of environmental and policy approaches in the prevention of chronic diseases. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 341-370.

BULL, E. R., DOMBROWSKI, S. U., MCCLEARY, N. & JOHNSTON, M. 2014. Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 4, e006046.

BULLY, P., SANCHEZ, A., ZABALETA-DEL-OLMO, E., POMBO, H. & GRANDES, G. 2015. Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: A systematic review. *Preventive Medicine*, 76 Suppl, S76-93.

BUTLAND, B., JEBB, S., KOPELMAN, P., MCPHERSON, K., THOMAS, S., MARDELL, J. & PARRY, V. 2007. Foresight. Tackling obesity: future choices. Project report. *Foresight. Tackling obesity: future choices. Project report*.

CAMPBELL, K. J. & HESKETH, K. D. 2007. Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 8, 327-38.

CLELAND, C. L., TULLY, M. A., KEE, F. & CUPPLES, M. E. 2012. The effectiveness of physical activity interventions in socio-economically disadvantaged communities: a systematic review. *Preventive medicine*, 54, 371-380.

COMPERNOLLE, S., DE COCKER, K., LAKERVELD, J., MACKENBACH, J. D., NIJPELS, G., OPPERT, J.-M., RUTTER, H., TEIXEIRA, P. J., CARDON, G. & DE BOURDEAUDHUIJ, I. 2014. A RE-AIM evaluation of evidence-based multi-level interventions to improve obesity-related behaviours in adults: a systematic review (the SPOTLIGHT project). *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 147.

CONN, V. S., MINOR, M. A., BURKS, K. J., RANTZ, M. J. & POMEROY, S. H. 2003. Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1159-68.

CONTENTO, I. R., BALCH, G. I., BRONNER, Y. L., LYTLE, L. A., MALONEY, S. K., OLSON, C. M. & SWADENER, S. S. 1995. The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs, and research: a review of research. *Journal of Nutrition Education*, 27, 279-418.

DE BOURDEAUDHUIJ, I., VAN CAUWENBERGHE, E., SPITTAELS, H., OPPERT, J. M., ROSTAMI, C., BRUG, J., VAN LENTHE, F., LOBSTEIN, T. & MAES, L. 2011. School-based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE project. *Obesity Reviews*, 12, 205-16.

DIEPEVEEN, S., LING, T., SUHRCKE, M., ROLAND, M. & MARTEAU, T. M. 2013. Public acceptability of government intervention to change health-related behaviours: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Public Health*, 13, 756.

DOBBINS, M., HUSSON, H., DECORBY, K. & LARocca REBECCA, L. 2013. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007651.pub2/abstract>.

FLYNN, M. A. T., MCNEIL, D. A., MALOFF, B., MUTASINGWA, D., WU, M., FORD, C. & TOUGH, S. C. 2006. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews*, 7, 7-66.

GLOBAL ADVOCACY FOR PHYSICAL ACTIVITY (GAPA) THE ADVOCACY COUNCIL OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH (ISPAH). February 2011. *Non communicable disease prevention: Investments that work for physical activity*[<http://www.globalpa.org.uk/pdf/investments-work.pdf>]

GILL, T., KING, L., BAUMAN, A., VITA, P., CATERSON, I., COLAGIURI, S., COLAGIURI, R., HEBDEN, L., BOYLAN, S., HECTOR, D., KHAMBALIA, A., DICKINSON, S. & GOMEZ, M. 2010. A "state of the knowledge" assessment of comprehensive interventions that address the drivers of obesity. A rapid assessment prepared for the National Health and Medical Research Council (NHMRC). Sydney, The Boden Institute of Obesity, Nutrition, Exercise and Eating Disorders, University of Sydney.

GILL, T., KING, L., BAUMAN, A., VITA, P., CATERSON, I., COLAGIURI, S., HEBDEN, L., BOYLAN, S., HECTOR, D. & KHAMBALIA, A. 2011. A state of the knowledge assessment of comprehensive interventions that address the drivers of obesity. *Report prepared for the NHMRC Prevention and Community Health Committee*. Sydney.

GLOBAL ADVOCACY FOR PHYSICAL ACTIVITY, THE ADVOCACY COUNCIL FOR THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH. 20 May 2010. *The Toronto Charter for Physical Activity: A global call to action* [<http://www.globalpa.org.uk>].

HEATH, G.W., PARRA, D.C., Sarmiento, O.L., BO ANDERSEN, L., OWEN, N., GOENKA, S., MONTES, F. & BROWNSON, R.C. (for the Lancet Physical Activity Series Working Group). 2012. Evidence-based intervention in physical activity: Lessons from around the world. *The Lancet* 380.9838: 272-281.

HO, M., GARNETT, S. P., BAUR, L., BURROWS, T., STEWART, L., NEVE, M. & COLLINS, C. 2012. Effectiveness of lifestyle interventions in child obesity: systematic review with meta-analysis. *Pediatrics*, peds. 2012-1176.

INSTITUTE OF MEDICINE 2012. *Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation*, Washington DC.

KHAMBALIA, A. Z., DICKINSON, S., HARDY, L. L., GILL, T. & BAUR, L. A. 2012. A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. *Obesity Reviews*, 13, 214-233.

KHAN, L. K., SOBUSH, K., KEENER, D., GOODMAN, K., LOWRY, A., KAKIETEK, J. & ZARO, S. 2009. *Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States*, US Department of Health & Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

KLEGGES, L. M., DZEWALTOWSKI, D. A. & GLASGOW, R. E. 2008. Review of external validity reporting in childhood obesity prevention research. *American Journal of Preventive Medicine*, 34, 216-223.

KREUTER, M. W., LUKWAGO, S. N., BUCHOLTZ, D. C., CLARK, E. M. & SANDERS-THOMPSON, V. 2003. Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Education & Behavior*, 30, 133-146.

KRIEMLER, S., MEYER, U., MARTIN, E., VAN SLUIJS, E. M., ANDERSEN, L. B. & MARTIN, B. W. 2011. Effect of school-based interventions on physical activity and fitness in children and adolescents: a review of reviews and systematic update. *British Journal of Sports Medicine*, 45, 923-30.

KUMANYIKA, S., JEFFERY, R., MORABIA, A., RITENBAUGH, C. & ANTIPATIS, V. 2002. Obesity prevention: the case for action. *International Journal of Obesity*, 26, 425-443.

KUMANYIKA, S. K., OBARZANEK, E., STETTLER, N., BELL, R., FIELD, A. E., FORTMANN, S. P., FRANKLIN, B. A., GILLMAN, M. W., LEWIS, C. E. & POSTON, W. C. 2008. Population-based prevention of obesity: the need for comprehensive promotion of healthful eating, physical activity, and energy balance: A scientific statement from American heart association council on epidemiology and prevention, interdisciplinary committee for prevention (formerly the expert panel on population and prevention science). *Circulation*, 118, 428-464.

KUMANYIKA, S. K., PARKER, L. & SIM, L. J. 2010. *Bridging the Evidence Gap in Obesity Prevention: A Framework to Inform Decision Making*, Washington DC, National Academies Press.

LAINÉ, J., KUVAJA-KOLLNER, V., PIETILA, E., KOIVUNEVA, M., VALTONEN, H. & KANKAANPAA, E. 2014. Cost-effectiveness of population-level physical activity interventions: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 29, 71-80.

LANGFORD, R., BONELL, C., JONES, H., POULIOU, T., MURPHY, S., WATERS, E., KOMRO, K., GIBBS, L., MAGNUS, D. & CAMPBELL, R. 2015. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 130.

LAWLOR, D. A. & HANRATTY, B. 2001. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review (Structured abstract). *Journal of Public Health Medicine* [Online], 23. Available: <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/23/3/219.full.pdf>.

LEHNERT, T., SONNTAG, D., KONNOPKA, A., RIEDEL-HELLER, S. & KÖNIG, H. H. 2012. The long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions: systematic literature review. *Obesity Reviews*, 13, 537-553.

MAES, L., VAN CAUWENBERGHE, E., VAN LIPPEVELDE, W., SPITTAELS, H., DE PAUW, E., OPPERT, J. M., VAN LENTHE, F. J., BRUG, J. & DE BOURDEAUDHUIJ, I. 2012. Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 22, 677-683.

MALIK, S. H., BLAKE, H. & SUGGS, L. S. 2013. A systematic review of workplace health promotion interventions for increasing physical activity. *British Journal of Health Psychology*, online, 1-32.

MARTIN, A., SAUNDERS DAVID, H., SHENKIN SUSAN, D. & SPROULE, J. 2014. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009728.pub2/abstract>.

MATSON-KOFFMAN, D., BROWNSTEIN, J., NEINER, J. & GREANEY, M. 2005. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *Am J Health Promot*, 19, 167 - 193.

MORRISON, D. S., PETTICREW, M. & THOMSON, H. 2003. What are the most effective ways of improving population health through transport interventions? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 327-33.

NADER, P. R., HUANG, T. T.-K., GAHAGAN, S., KUMANYIKA, S., HAMMOND, R. A. & CHRISTOFFEL, K. K. 2012. Next steps in obesity prevention: altering early life systems to support healthy parents, infants, and toddlers. *Childhood Obesity (Formerly Obesity and Weight Management)*, 8, 195-204.

NICE 2008. *Physical activity and the environment*. NICE guidelines [PH8], online, National Institute for Health and Care Excellence.

NICE 2012a. *Obesity: working with local communities*. NICE guidelines [PH42], online, National Institute for Health and Care Excellence.

NICE 2012b. *Walking and cycling: local measures to promote walking and cycling as forms of travel or recreation*. NICE public health guidance 41, online, National Institute for Health and Care Excellence.

NICE 2015a. *Diet overview*, online, National Institute for Health and Care Excellence.

NICE 2015b. *Maintaining a healthy weight and preventing excess weight gain among adults and children*. NICE guidelines [NG7], online, National Institute for Health and Care Excellence.

NICE 2015c. *Obesity: prevention and lifestyle weight management in children and young people*. NICE quality standard [QS94], online, National Institute for Health and Care Excellence.

- NICE 2015d. *Physical activity overview*, online, National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE 2015e. *Preventing obesity and helping people to manage their weight. NICE advice [LGB9]*, online, National Institute for Health Care and Excellence.
- NICHOLS, M. S. & SWINBURN, B. A. 2010. Selection of priority groups for obesity prevention: current approaches and development of an evidence-informed framework. *Obesity Reviews*, 11, 731-739.
- OGILVIE, D., EGAN, M., HAMILTON, V. & PETTICREW, M. 2005a. Systematic reviews of health effects of social interventions: 2. Best available evidence: how low should you go? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 886-92.
- OGILVIE, D., HAMILTON, V., EGAN, M. & PETTICREW, M. 2005b. Systematic reviews of health effects of social interventions: 1. Finding the evidence: how far should you go? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 804-8.
- OGILVIE, D., FOSTER, C.E., ROTHNIE, H. et al., Interventions to promote walking: Systematic review. *British Medical Journal Online* 334:1204.
- OLDROYD, J., BURNS, C., LUCAS, P., HAIKERWAL, A. & WATERS, E. 2008. The effectiveness of nutrition interventions on dietary outcomes by relative social disadvantage: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 573-9.
- OSILLA, K. C., VAN BUSUM, K., SCHNYER, C., LARKIN, J. W., EIBNER, C. & MATTKE, S. 2012. Systematic review of the impact of worksite wellness programs. *American Journal of Managed Care*, 18, e68-81.
- PARTRIDGE, S. R., JUAN, S. J. H., MCGEECHAN, K., BAUMAN, A. & ALLMAN-FARINELLI, M. 2015. Poor quality of external validity reporting limits generalizability of overweight and/or obesity lifestyle prevention interventions in young adults: a systematic review. *Obesity Reviews*, 16, 13-31.
- POPKIN, B. M. & GORDON-LARSEN, P. 2004. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *International journal of obesity*, 28, S2-S9.
- PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA 2011. *Obesity in Canada*, Public Health Agency of Canada.
- PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2015. *What works in schools and colleges to increase physical activity? A briefing for head teachers, college principals, staff working in education settings, directors of public health and wider partners*. Her Majesty's Government, October 2015.
- RONGEN, A., ROBROEK, S. J., VAN LENTHE, F. J. & BURDORF, A. 2013. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 44, 406-15.
- SAELENS, B. and HANDY, S. 2008. Built environment correlates of walking: A review. *Medicine and Science of Sports and Exercise* 40.7: S550–S566.
- SAFRON, M., CISLAK, A., GASPAR, T. & LUSZCZYNSKA, A. 2011. Effects of school-based interventions targeting obesity-related behaviors and body weight change: a systematic umbrella review. *Behavioral Medicine*, 37, 15-25.
- SARGENT, G. M., FORREST, L. & PARKER, R. M. 2012. Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, 13, 1148-1171.

- SARGENT, G. M., PILOTTO, L. S. & BAUR, L. A. 2011. Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obesity Reviews*, 12, e219-235.
- SEIDELL, J. C., NOOYENS, A. J. & VISSCHER, T. L. 2005. Cost-effective measures to prevent obesity: epidemiological basis and appropriate target groups. *Proceedings of the nutrition society*, 64, 1-5.
- SHILTON, T. Promoting active living, 2014. *Oxford Bibliographies* in "Public Health". New York: Oxford University Press. [http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0067.xml?rskey=RPmxFm&result=1&q=promoting active living#firstMatch](http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0067.xml?rskey=RPmxFm&result=1&q=promoting+active+living#firstMatch)
- SIMMONS, A., MAVOA, H., BELL, A., DE COURTEN, M., SCHAAF, D., SCHULTZ, J. & SWINBURN, B. 2009. Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity) Framework. *Health promotion international*, 24, 311-324.
- SLUIJS, E. M., MCMINN, A. M. & GRIFFIN, S. J. 2007. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials (Structured abstract). *BMJ* [Online], 335. Available: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7622/703>.
- SWINBURN, B., EGGER, G. & RAZA, F. 1999. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive medicine*, 29, 563-570.
- TO, Q. G., CHEN, T. T., MAGNUSSEN, C. G. & TO, K. G. 2013. Workplace physical activity interventions: a systematic review. *Health Promotion*, 27, e113-e123.
- TRANSPORTATION RESEARCH BOARD, 2007. *Does the built environment influence physical activity? Examining the evidence*. Washington, DC: Transportation Research Board
- VAN CAUWENBERGHE, E., MAES, L., SPITTAELS, H., VAN LENTHE, F. J., BRUG, J., OPPERT, J. M. & DE BOURDEAUDHUIJ, I. 2010. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. *British Journal of Nutrition*, 103, 781-97.
- VAN DER KLEIJ, R., COSTER, N., VERBIEST, M., VAN ASSEMA, P., PAULUSSEN, T., REIS, R. & CRONE, M. 2015. Implementation of intersectoral community approaches targeting childhood obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, 16, 454-72.
- VAN DONGEN, J. M., PROPER, K. I., VAN WIER, M. F., VAN DER BEEK, A. J., BONGERS, P. M., VAN MECHELEN, W. & VAN TULDER, M. W. 2011. Systematic review on the financial return of worksite health promotion programmes aimed at improving nutrition and/or increasing physical activity. *Obesity Reviews*, 12, 1031-49.
- WAKEFIELD, M., LOKEN, B. & HORNICK, R.C. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*. 9748, 1261-1271.
- WANG, Y., CAI, L., WU, Y., WILSON, R. F., WESTON, C., FAWOLE, O., BLEICH, S. N., CHESKIN, L. J., SHOWELL, N. N., LAU, B. D., CHIU, D. T., ZHANG, A. & SEGAL, J. 2015. What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 16, 547-565.

WANG, Y., WU, Y., WILSON, R., BLEICH, S., CHESKIN, L., WESTON, C., SHOWELL, N., FAWOLE, O., LAU, B. & SEGAL, J. 2013. *Childhood Obesity Prevention Programs: Comparative Effectiveness Review and Meta-Analysis. Comparative Effectiveness Review Number 115*, Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality.

WATERS, E., DE SILVA-SANIGORSKI, A., BURFORD BELINDA, J., BROWN, T., CAMPBELL KAREN, J., GAO, Y., ARMSTRONG, R., PROSSER, L. & SUMMERBELL CAROLYN, D. 2011a. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001871.pub3/abstract>.

WATERS, E., SWINBURN, B., SEIDELL, J. & UAUY, R. 2011b. *Preventing childhood obesity: evidence policy and practice*, John Wiley & Sons.

WETTER, A. C., GOLDBERG, J. P., KING, A. C., SIGMAN-GRANT, M., BAER, R., CRAYTON, E., DEVINE, C., DREWNOWSKI, A., DUNN, A. & JOHNSON, G. 2001. How and why do individuals make food and physical activity choices? *Nutrition Reviews*, 59, S11-S20.

WHITE HOUSE TASK FORCE ON CHILDHOOD OBESITY 2010. Solving the problem of childhood obesity within a generation. Report to the President. Washington DC: Executive Office of the President of the United States.

WHITEHEAD, M. 2007. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 473-478.

WOLFENDEN, L., WIGGERS, J., TURSAN D'ESPAIGNET, E. & BELL, A. C. 2010. How useful are systematic reviews of child obesity interventions? *Obesity Reviews*, 11, 159-165.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2004. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2007. *A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: Implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*[<http://www.who.int/dietphysicalactivity/PA-promotionguide-2007.pdf>]. Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2008. *School policy framework : implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*, Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2009a. *Interventions on diet and physical activity: what works. Methodology*, Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2009b. *Interventions on diet and physical activity: what works. Summary Report.*, Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2009c. *Interventions on diet and physical activity: what works: evidence tables*, Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2012a. *Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*, Geneva, World Health Organization, Regional Office for Europe.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2012b. *Population-based approaches to childhood obesity prevention*, Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2013. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*, Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2015. *Interim Report of the Commission on Ending Childhood Obesity* Geneva, World Health Organization.

WORLD OBESITY FEDERATION. 2014. Recommendations towards a Global Convention to protect and promote healthy diets. London. <http://www.worldobesity.org/what-we-do/policy-prevention/advocacy/global-convention/>

WU, S., COHEN, D., SHI, Y., PEARSON, M. & STURM, R. 2011. Economic analysis of physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 40, 149-58.

YANCEY, A. K., ORY, M. G. & DAVIS, S. M. 2006. Dissemination of physical activity promotion interventions in underserved populations. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 82-91.

ZHOU, Y. E., EMERSON, J. S., LEVINE, R. S., KIHLEBERG, C. J. & HULL, P. C. 2014. Childhood obesity prevention interventions in childcare settings: systematic review of randomized and nonrandomized controlled trials. *American Journal of Health Promotion*, 28, e92-103.

Addendum au rapport de la phase 1 sur la nutrition et l'activité physique : les personnes âgées et la dénutrition

Stratégie de recherche

Termes de recherche ciblée sur Medline Ovid :
(("health promotion" ou "Health Education" ou "Primary Prevention") et ("nutrition" ou malnutrition ou denutrition ou diet ou dietary ou food ou beverage ou "physical activity" ou exercise ou "sedentary behaviour" ou lifestyle ou transport ou active ou fitness ou walkability) et (implement* ou "knowledge translation" ou translate ou feasibility ou feasible ou "RE-AIM" ou evidence ou effect ou effective*) et (senior ou elder* ou "old age" ou geriatric ou "aged care" ou "nursing home") et ("Systematic review" ou "rapid review" ou "Rapid evidence review" ou "rapid assessment" ou "realist review")).af (all fields, tous domaines confondus).

Nous avons identifié 29 études dont 1 doublon, ce qui en laisse **28**

À l'aide du même système de notation par étoiles que nous avons utilisé pour le rapport de la phase 1, nous avons identifié ce qui suit :

- 5 – N = 4
- 4 – N = 2
- 3 – N = 4
- 2 – N = 4
- 1 – N = 6
- 0 – N = 8

Il n'y avait **aucune** revue de la littérature notée à 5 ou 4 étoiles pour la recherche spécifique sur l'âge et la dénutrition. Les 6 publications notées à 4 ou 5 étoiles concernaient l'activité physique.

Nous sommes ensuite revenus à la recherche initiale sur les synthèses de la littérature pour l'ensemble alimentation et activité physique telle que rapportée dans le rapport de la phase 1, et nous en avons identifié une qui portait sur l'activité physique, mais qui mentionnait une composante alimentaire.

Stehr 2012¹ a examiné le rôle de l'exercice et de l'activité physique dans la prévention de la prise de poids chez les adultes âgés (≥ 65 ans) ou les femmes ménopausées dans 9 études réalisées aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni. Les échantillons étaient en surpoids et les interventions incluaient l'historique d'exercice rapporté par les personnes elles-mêmes et les interventions pour l'activité physique, dont certaines avec un régime hypocalorique. Une perte de poids de 1 à 1,6 kg ou un maintien du poids initial ont été rapportés dans toutes les études. Nous avons ensuite recherché toute référence à la population âgée dans les listes de référence des synthèses de la littérature. Nous avons brièvement résumé les 3 synthèses qui mentionnaient des interventions de nutrition auprès de personnes âgées.

1. **OMS 2009b Tableaux de la base de données probantes**²– Contient les exemples suivants d'études primaires évaluées comme ayant été au minimum modérément efficaces :

p. 114 Coates et al. 1999 Étude de faisabilité d'un essai sur la santé des femmes dans les populations minoritaires - Atlanta, Géorgie ; Birmingham, Alabama ; Miami, Floride ; États-Unis – Groupe cible : femmes ménopausées (n=1490) âgées de 50 à 79 ans - 2 ans avec des tests ultérieurs à 12 et 18 mois. Visait à diminuer la consommation de graisses et à augmenter celle de fruits et légumes. Activités - Des séances en groupe dispensées par des nutritionnistes : toutes les semaines pendant 6 semaines, toutes les deux semaines pendant 6 semaines, tous les mois pendant 9 mois, puis tous les trimestres - Des stratégies de changement comportemental et alimentaire, et des objectifs personnalisés par rapport à la consommation de graisses (en grammes) - Des séances individuelles pour ceux qui avaient des difficultés à changer.

p. 116 *Stevens et al. 2002* Intervention alimentaire pour réduire la consommation de graisses et accroître la consommation de fruits et de légumes - Portland Oregon, États-Unis. Groupe cible : femmes adultes âgées de 40 à 70 ans (GI=277, GC=271) - 6 à 9 semaines avec un suivi à 4 et 12 mois. Visait à accroître la consommation de fruits et de légumes, et à diminuer la consommation de graisses - Basée sur la théorie cognitive sociale, la résolution de problèmes et l'entrevue motivationnelle. Activités - Deux séances de conseil de 45 minutes incluant une intervention interactive par ordinateur de 20 minutes - 2 contacts téléphoniques de suivi. Les séances étaient menées par des conseillers de santé titulaires d'un diplôme de maîtrise. Il y avait une diminution significative de la consommation de graisses rapportée par les personnes elles-mêmes et une augmentation significative de la consommation de fruits et de légumes à la fois à 4 et à 12 mois. La même chose s'appliquait aux mesures comportementales de la consommation de graisses.

p. 154 *Patterson et al. 2003- et autres* Essai sur la modification alimentaire de l'initiative pour la santé des femmes – États-Unis - Femmes ménopausées (GI=5004, GC=7426) âgées de 50 à 79 ans dans 40 centres cliniques - Visait à réduire le régime alimentaire pour passer à un schéma faible en graisses (< 20 %), riche en fibres et en fruits et légumes (dispensé par des nutritionnistes et de ce fait, coûteux).

2. OMS 2007 'Guide mondial des villes-amies des aînés' ³ -contenait les mentions suivantes à propos de la nutrition

p. 68 de la version en anglais/p. 73 de la version en français

'3. Services pour vieillir en bonne santé

Des personnes âgées et d'autres dans plusieurs villes signalent l'absence de services ou de programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé ou les incluent dans leurs propositions d'amélioration. Au nombre des services importants figurent le dépistage préventif, l'exercice physique, l'éducation en matière de prévention des traumatismes, les conseils nutritionnels, le conseil en santé mentale. Les aspects porteurs pour les aînés dans la conurbation de la Ruhr comprennent les groupes d'entraide ou les organisations qui proposent des activités sportives d'entretien ou de réadaptation, et des contrôles médicaux réguliers à domicile'

4. Soins à domicile

Un thème très récurrent est la nécessité d'offrir un large éventail de services de proximité et de soins à domicile – de l'aide pour les courses et/ou la livraison de repas aux visites de médecins et d'autres prestataires de services à domicile. À quelques exceptions près, les participants aux groupes de discussion veulent des services qui leur permettraient de bénéficier chez eux des soins de santé et des soins personnels dont ils ont besoin.'

3. Gill 2010 :

p. 96 ⁴

'Des interventions qui fournissent des coupons échangeables pour des aliments favorables à la santé et des bons liés à l'achat d'aliments favorables à la santé augmentent l'achat et la consommation d'aliments sains dans diverses populations, notamment les étudiants, les bénéficiaires des services du programme de nutrition complémentaire pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC, Women, Infants and Children), et les seniors disposant de faibles revenus (Anderson et al, 2001 ; Jeffery et al, 1994 ; Cincirpini, 1984). Par exemple, une intervention basée sur la communauté a indiqué que les bénéficiaires du programme WIC qui recevaient chaque semaine des coupons de 10 \$ pour des produits frais ont augmenté leur consommation de fruits et de légumes comparativement à un groupe de contrôle, et ont maintenu cette augmentation six mois après l'intervention (Herman et al, 2008).'

Références

1. Stehr MD, von Lengerke T. Preventing weight gain through exercise and physical activity in the elderly: a systematic review. *Maturitas*. 2012;72(1):13-22.
2. Organisation mondiale de la santé. *Interventions on diet and physical activity: what works: evidence tables*. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2009.
3. Organisation mondiale de la santé. *A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: Implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Genève 2007.
4. Gill T, King L, Bauman A, et al. *A “state of the knowledge” assessment of comprehensive interventions that address the drivers of obesity. A rapid assessment prepared for the National Health and Medical Research Council (NHMRC)*. Sydney: The Boden Institute of Obesity, Nutrition, Exercise and Eating Disorders, Université de Sydney; 2010.

