

COMMENT FAIRE MIEUX ?

L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité



Institut national
de santé publique
Québec

Yann Le Bodo
Chantal Blouin
Nathalie Dumas
Philippe De Wals
Johanne Laguë

Comment faire mieux?

L'Expérience québécoise en promotion
des saines habitudes de vie et
en prévention de l'obésité

Auteurs

Yann Le Bodo, M. Sc., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Chantal Blouin, Ph. D., Institut national de santé publique du Québec

Nathalie Dumas, M. Sc., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Philippe De Wals, M.D., Ph. D., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Johanne Laguë, M.D., M. Sc., FRCPC, Institut national de santé publique du Québec

Collaborateurs à la réalisation du projet

François-Pierre Gauvin, Ph. D., McMaster Health Forum

Daniel Godon, Ph. D., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Marianne Dubé, Technicienne de recherche, Institut national de santé publique du Québec

Maude Dionne, M. Sc., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Guylaine Chabot, Ph. D., Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

Marie-Claude Paquette, Ph. D., Institut national de santé publique du Québec

Comment faire mieux?

L'Expérience québécoise en promotion
des saines habitudes de vie et
en prévention de l'obésité

YANN LE BODO

CHANTAL BLOUIN

NATHALIE DUMAS

PHILIPPE DE WALS

JOHANNE LAGUÈ



Presses de
l'Université Laval



PLATFORME D'ÉVALUATION
EN PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ
EVALUATION PLATFORM FOR
OBESITY PREVENTION

Institut national
de santé publique
Québec



CENTRE DE RECHERCHE
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



UNIVERSITÉ
LAVAL

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour nos activités d'édition.

Mise en pages : Diane Trottier

Maquette de couverture : Laurie Patry

ISBN 978-2-923250-48-9

PDF 9782923250496

© Yann Le Bodo, Nathalie Dumas, Philippe De Wals
et l'Institut national de santé publique du Québec.
Tous droits réservés.

Important : les opinions exprimées dans le présent ouvrage n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position des organisations auxquelles les auteurs du présent ouvrage sont rattachés.

Dépôt légal 1^{er} trimestre 2016
www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des titulaires des droits.

Table des matières

REMERCIEMENTS	XV
AVANT-PROPOS	XVII
LISTE DE SIGLES ET ACRONYMES	XXI
PRÉFACE	1
CHAPITRE 1	
INTRODUCTION	3
1.1 Le défi posé par les maladies chroniques et l'obésité	3
1.2 Quinze ans d'efforts de prévention de l'obésité au Québec	7
1.3 « Comment faire mieux » ?	9
1.3.1 Contexte	9
1.3.2 Objectifs et grandes lignes de la méthodologie	10
1.3.3 Contenu de ce livre	16
1.4 Lignes directrices	18
CHAPITRE 2	
RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES POUR LA PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE ET LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ	21
2.1 Objectifs de ce chapitre	21
2.2 Méthode	22
2.2.1 Recherche documentaire	22
2.2.1.1 Recherche initiale	23
2.2.1.2 Présélection	26
2.2.1.3 Sélection finale	27
2.2.1.4 Conservation de références complémentaires	28
2.2.2 Méthode de collecte et d'analyse de données	29
2.2.2.1 Grandes lignes méthodologiques	29
2.2.2.2 Profil général du corpus de documents	29
2.2.2.3 Recommandations transversales	29
2.2.2.4 Recommandations thématiques	31
2.2.3 Présentation des résultats	34

2.3 Résultats	36
2.3.1 Profil général du corpus de documents	37
2.3.2 Recommandations transversales	44
2.3.2.1 Tableau de synthèse	45
2.3.2.2 Approche globale et systémique	47
2.3.2.3 Approche intersectorielle et intégrée	47
2.3.2.4 Leadership, gouvernance et transparence	49
2.3.2.5 Contextualisation et établissement de priorités	50
2.3.2.6 Équité et inclusion	53
2.3.2.7 Mobilisation de ressources	55
2.3.2.8 Renforcement de la capacité des parties prenantes	56
2.3.2.9 Vision à long terme et pérennisation	58
2.3.2.10 Recherche, surveillance et évaluation	59
2.3.3 Recommandations spécifiques aux actions thématiques combinées et à composantes multiples à l'échelle locale	64
2.3.3.1 Tableau de synthèse	65
2.3.3.2 Actions combinées dans le milieu scolaire	65
2.3.3.3 Actions combinées dans le milieu de travail	66
2.3.3.4 Actions combinées à l'échelle de la communauté	67
2.3.3.5 Conclusion	68
2.3.4 Recommandations sur la saine alimentation	68
2.3.4.1 Tableau de synthèse	69
2.3.4.2 Interventions visant les individus	72
2.3.4.3 Interventions visant l'environnement physique	76
2.3.4.4 Interventions visant l'environnement socioculturel	81
2.3.4.5 Interventions visant l'environnement politique	85
2.3.4.6 Interventions visant l'environnement économique	90
2.3.5 Recommandations sur l'activité physique	95
2.3.5.1 Tableau de synthèse	96
2.3.5.2 Interventions visant les individus	98
2.3.5.3 Interventions visant l'environnement physique	103
2.3.5.4 Interventions visant l'environnement socioculturel	107
2.3.5.5 Interventions visant l'environnement politique	112
2.3.5.6 Interventions visant l'environnement économique	117
2.3.6 Recommandations sur l'image corporelle	120
2.3.6.1 Tableau de synthèse	120
2.3.6.2 Interventions visant les individus	121
2.3.6.3 Interventions visant l'environnement socioculturel	122
2.3.6.4 Interventions visant l'environnement politique	124

2.3.7	Recommandations sur des sujets émergents	124
2.3.7.1	Tableau de synthèse	124
2.3.7.2	Sommeil	125
2.3.7.3	Stress	126
2.4	Discussion	126
2.4.1	Faits saillants	126
2.4.2	Limites	130
 CHAPITRE 3		
INTERVENTIONS EN PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE ET EN PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ AU QUÉBEC DEPUIS 2006		
3.1	Objectifs de ce chapitre	133
3.2	Alimentation et activité physique de la population québécoise	134
3.2.1	Habitudes alimentaires	134
3.2.1.1	Chez les adultes	134
3.2.1.2	Chez les jeunes	135
3.2.1.3	Chez les personnes plus démunies	135
3.2.2	Déterminants environnementaux liés aux habitudes alimentaires	136
3.2.2.1	Accès aux commerces alimentaires	136
3.2.2.2	Dépanneurs et établissements de restauration rapide autour des écoles	137
3.2.2.3	Offre alimentaire dans les écoles primaires et secondaires	137
3.2.3	Activité physique	139
3.2.3.1	Loisirs	139
3.2.3.2	Transport actif	141
3.2.4	Déterminants environnementaux liés à l'activité physique	142
3.3	Stratégie de recherche pour le portrait de l'<i>Expérience québécoise</i>	143
3.4	Critères de sélection	144
3.5	Corpus de documents	146
3.6	Méthode d'analyse	147
3.7	Limites de la méthode de collecte d'information	148
3.8	Portrait général des mesures recensées	149
3.9	Informations complémentaires	156
3.9.1	Les actions locales soutenues par Québec en Forme	158
3.9.2	Les actions des DSP: l'approche individuelle et les pratiques cliniques préventives	159
3.9.3	Les actions des DSP: l'approche environnementale	160
3.9.4	Les mesures municipales	161

3.10 Comparaison de l'Expérience québécoise et des recommandations internationales	164
3.10.1 Promotion d'une saine alimentation	165
3.10.2 Promotion de l'activité physique	169
3.10.3 Actions transversales	174
3.11 Constats émergents des rapports d'évaluation	178
3.11.1 Facteurs influençant le travail intersectoriel	179
3.11.2 Facteurs influençant la mise en œuvre des interventions.	181
3.11.2.1 Les ressources financières	181
3.11.2.2 Arrimage entre les cadres de référence structurant l'Expérience québécoise	182
3.11.3 L'efficacité des mesures mises en œuvre	183
CHAPITRE 4	
PROCESSUS DÉLIBÉRATIF	187
4.1 Objectifs de ce chapitre	187
4.2 Méthodologie	187
4.3 Propositions issues du processus délibératif	193
4.3.1 Dimensions thématiques ou milieux de vie	194
4.3.2 Dimensions transversales et cibles à privilégier	203
4.4 Conclusions	208
4.5 Avantages et limites du processus délibératif	210
CHAPITRE 5	
SYNTHÈSE	215
5.1 Objectif de ce chapitre.	215
5.2 Comment «mieux cibler» les interventions?	217
5.3 Comment «mieux donner priorité» aux milieux d'intervention? ..	219
5.4 Comment «mieux promouvoir» une saine alimentation?	222
5.5 Comment «mieux promouvoir» l'activité physique?	228
5.6 Comment «mieux promouvoir» une saine image corporelle?	237
5.7 Comment «mieux déployer» l'Expérience québécoise?	238
CHAPITRE 6	
CONCLUSION	249
RÉFÉRENCES	251

ANNEXE

Annexe 1 – Grille utilisée pour la sélection finale du recueil de publications scientifiques internationales	277
Annexe 2 – Critères pour la sélection d'interventions à intégrer au portrait de l' <i>Expérience québécoise</i> et pour la sélection de documents s'y rapportant.	281
Annexe 3 – Liste des 166 interventions de l' <i>Expérience québécoise</i> aux échelles provinciale et régionale et références bibliographiques associées	285
Annexe 4 – Grille de codage – recommandations internationales	305
Annexe 5 – Grille de codage – <i>Expérience québécoise</i>	309
Annexe 6 – Liste des participants au processus délibératif CFM.	311
Annexe 7 – Liste de 50 pistes pour «faire mieux» et tableaux analytiques	313
Annexe 8 – Termes de référence et typologies utilisés dans la codification des recommandations internationales et des interventions québécoises.	343

Liste des tableaux et figures

Tableau 2.1 : Termes relatifs aux thèmes retenus dans notre analyse, extraits de Lachance et collab. (2006)	22
Tableau 2.2 : Termes de référence des dimensions transversales retenues dans notre analyse.	30
Tableau 2.3 : Définitions des cibles faisant l'objet de recommandations, extraits de Mongeau et collab. (2012)	32
Tableau 2.4 : Système de cotation des recommandations scientifiques internationales dans le projet CFM	36
Tableau 2.5 : Synthèse des recommandations transversales	45
Tableau 2.6 : Synthèse des recommandations sur des actions combinées à l'échelle locale.	65
Tableau 2.7 : Synthèse des recommandations sur la saine alimentation	70
Tableau 2.8 : Synthèse des recommandations sur l'activité physique	97
Tableau 2.9 : Synthèse des recommandations sur l'image corporelle	120
Tableau 2.10 : Synthèse des recommandations sur le sommeil et le stress.	124
Tableau 3.1 : Quelques caractéristiques de l'offre alimentaire dans les écoles primaires et secondaires du Québec	138
Tableau 3.2 : Politiques des acteurs leviers auxquelles les DSP apportent du soutien	161
Tableau 3.3 : Comparaison des recommandations internationales et des interventions de l' <i>Expérience québécoise</i> en matière de promotion d'une saine alimentation	167
Tableau 3.4 : Comparaison des recommandations internationales et des interventions de l' <i>Expérience québécoise</i> en matière de promotion de l'activité physique	171
Tableau 3.5 : Comparaison des recommandations internationales et des interventions de l' <i>Expérience québécoise</i> visant des dimensions transversales	175
Tableau 4.1 : Propositions concernant le milieu scolaire, classées en ordre décroissant de priorité.	195
Tableau 4.2 : Propositions concernant l'environnement bâti, classées en ordre décroissant de priorité	197

Tableau 4.3 : Propositions concernant l'environnement socioculturel, en ordre décroissant de priorité	198
Tableau 4.4 : Propositions à l'échelle de la communauté, classées en ordre décroissant de priorité	200
Tableau 4.5 : Propositions concernant le secteur privé, classées en ordre décroissant de priorité	201
Tableau 4.6 : Propositions concernant le milieu de travail, classées en ordre décroissant de priorité	202
Tableau 4.7 : Propositions associées à d'autres thématiques, classées en ordre décroissant de priorité	203
Tableau 4.8 : Propositions concernant les dimensions transversales d'intervention, classées en ordre décroissant de priorité	204
Tableau 4.9 : Réponse des participants au sondage à la question finale les invitant à identifier une proposition majeure à mettre de l'avant pour «faire mieux»	209
Figure 1.1 : Évolution de la prévalence du diabète ajustée pour l'âge chez les 20 ans et plus, ensemble du Québec, de 2000-2001 à 2012-2013	5
Figure 1.2 : Évolution de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les 18 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2009-2010	6
Figure 1.3 : Vue d'ensemble de la méthodologie du projet «Comment Faire Mieux».	11
Figure 2.1 : Processus de recherche documentaire relatif aux recommandations scientifiques internationales	25
Figure 2.2 : Représentation de la Vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids	34
Figure 2.3 : Arborescence de l'extraction de données portant sur des recommandations transversales et thématiques	35
Figure 2.4 : Profil du corpus de documents selon l'émetteur principal	38
Figure 2.5 : Principales méthodes de travail utilisées dans le corpus de documents	38
Figure 2.6 : Degré «d'orientation vers l'action» du corpus de documents	39
Figure 2.7 : Profil du corpus de documents selon l'année de publication	39
Figure 2.8 : Profil du corpus de documents selon l'objet principal.	40
Figure 2.9 : Thématiques du projet CFM abordées dans les documents.	40
Figure 2.10 : Profil du corpus de documents selon le type de population à l'étude.	41
Figure 2.11 : Milieux et parties prenantes interpellés par des recommandations ou concernés par des pratiques prometteuses	42

Figure 2.12: Présence de recommandations ciblant les individus ou les environnements dans les documents traitant d'ALIMENTATION	43
Figure 2.13: Présence de recommandations ciblant les individus ou les environnements dans les documents traitant d'ACTIVITÉ PHYSIQUE	43
Figure 2.14: Présence des différents types de recommandations structurelles dans les documents analysés	44
Figure 2.15: Présence et volume de recommandations ciblant l'individu et les différents types d'environnements dans l'ensemble des documents traitant d'ALIMENTATION	69
Figure 2.16: Présence et volume de recommandations ciblant l'individu et les différents types d'environnements dans l'ensemble des documents traitant d'ACTIVITÉ PHYSIQUE	96
Figure 3.1: Processus de recherche et de sélection documentaire relatif au portrait de l' <i>Expérience québécoise</i>	146
Figure 3.2: Distribution des interventions entre les thèmes activité physique, alimentation et image corporelle.	149
Figure 3.3: Interventions ciblant l'alimentation : nombre d'interventions axées sur les individus, les environnements ou les deux	150
Figure 3.4: Interventions ciblant l'activité physique : nombre d'interventions axées sur les individus, les environnements ou les deux	150
Figure 3.5: Nombre d'interventions par type d'objets transversaux	151
Figure 3.6: Environnements ciblés dans les interventions ayant pour objet l'alimentation	152
Figure 3.7: Environnements ciblés dans les interventions ayant pour objet l'activité physique	153
Figure 3.8: Instrument utilisé.	154
Figure 3.9: Distribution selon les bénéficiaires ultimes	155
Figure 3.10: Milieux ciblés	155
Figure 3.11: Échelle visée par l'intervention	156
Figure 5.1: Représentation de la Vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids	240

Liste des encadrés

Encadré 1.1 : Terminologies et risques associés à différentes catégories de poids corporel.	3
Encadré 1.2 : Prévention de l'obésité.	7
Encadré 1.3 : Rôle joué par le Comité scientifique sur la prévention de l'obésité dans CFM	13
Encadré 5.1 : Pistes pour « mieux promouvoir » une saine alimentation.	227
Encadré 5.2 : L'hiver comme obstacle à l'activité physique?	232
Encadré 5.3 : Pistes pour « mieux promouvoir » l'activité physique.	236
Encadré 5.4 : Le cas français	243
Encadré 5.5 : Pistes pour « mieux déployer » l' <i>Expérience québécoise</i>	247

Remerciements

Aux membres du Comité scientifique sur la prévention de l'obésité, pour leurs nombreux avis et commentaires sur la planification et la mise en œuvre du projet « *Comment faire mieux?* » : Carole Després, Jean-Pierre Després, Jean-Claude Dufour, France Gagnon, Lise Gauvin, Martin Juneau, Guy Lacroix, Jordan Lebel, Pascale Morin, Véronique Provencher et Angelo Tremblay.

À tous les participants du forum délibératif : Natalie Alméras, Luc Berghmans, Marie-France Boudreault, Michel Chauliac, Sylvain Deschênes, Carole Després, Guy Desrosiers, André Dontigny, Monique Dubuc, Richard Flibotte, France Gagnon, Lucie Granger, Serge Herberg, Judith Lapierre, Suzanne Lemire, Évangéline Lévesque, Lyne Mongeau, Pascale Morin, Réal Morin, Jean Perrault, Véronique Provencher, Marie Rochette et Corinne Voyer.

À l'organisation Québec en Forme, pour les échanges et le partage d'informations utiles à l'élaboration de cet ouvrage, en particulier Marie Rochette et Rémi Coderre.

À nos collègues de la PEPO, de l'Université Laval et de l'INSPQ pour leurs conseils et contributions à la réalisation de ce projet : Frédéric Bergeron, Benoît Lalonde, Patricia Lamontagne, Judith Lapierre, Alexandre Lebel, Marc Lemire et Alain Poirier.

Aux membres du Comité scientifique des ateliers et conférences organisés par la PEPO en 2013 : Lyne Mongeau et Alain Poirier.

Au Réseau de recherche en santé cardiométabolique, diabète et obésité (CMDO), pour sa contribution à l'organisation du forum délibératif des 15 et 16 décembre 2014.

Ce projet a été financé par la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO), avec le soutien de la Fondation Lucie et André Chagnon, l'Université Laval et le Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (CRIUCPQ).

Citation suggérée

Le Bodo, Y., C. Blouin, N. Dumas, P. De Wals et J. Laguë (2016). *COMMENT FAIRE MIEUX? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité*. Québec, Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Les Presses de l'Université Laval, 2016, 379 pages.

Avant-propos

Depuis 2006, plusieurs initiatives ont vu le jour au Québec afin d'intensifier les efforts pour la promotion des saines habitudes de vie dans une optique de prévention de l'obésité et des maladies chroniques. Parmi ces initiatives, l'adoption du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG), ainsi que la mise en place de Québec en Forme ont été les plus structurantes. Par ailleurs, le Programme national de santé publique détermine des stratégies et des objectifs sanitaires dans ce domaine. Après huit années d'efforts et d'investissements considérables, le moment semble venu de réévaluer la pertinence des choix qui ont été faits et de se questionner sur les interventions mises en œuvre. Comment le Québec pourrait-il faire mieux est la question fondamentale que se posent de nombreux intervenants et experts. Pour tenter d'éclairer les décideurs et les parties prenantes, une démarche d'analyse systématique et de réflexion a été proposée conjointement par la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) de l'Université Laval-Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

L'objectif général du projet est d'outiller les décideurs et les acteurs concernés dans l'analyse stratégique de leurs contributions afin de mieux soutenir et guider leurs futurs choix. Conséquemment, ce projet visait à faire émerger des pistes d'amélioration pour la mise en œuvre d'interventions en cours ou à venir. La perspective adoptée est macroscopique et dégage une vue d'ensemble sur la multitude et la diversité des initiatives qui sont en cours au Québec, tant à l'échelon provincial que régional ou local. Les pistes issues de ce projet visent à alimenter les planifications stratégiques des différentes organisations qui sont actives dans le domaine de la promotion des saines habitudes de vie.

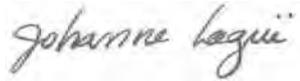
Dans ce livre, nous proposons un portrait de ce qui se passe au Québec en ce qui concerne les interventions mises en œuvre par ou en partenariat avec les organisations publiques depuis 2006, et comparons ce portrait à ce qui est recommandé en matière de promotion de la saine alimentation et de l'activité physique par la science et par des organisations de réputation internationale. Cette stratégie est inspirée par une pratique de la santé publique fondée sur les données probantes, tout en étant consciente des limites d'une telle stratégie, lorsque appliquée aux politiques publiques. En effet, des variables contextuelles peuvent fortement influencer l'efficacité d'une intervention en santé publique, ce qui peut limiter la transférabilité des résultats de recherche et des recommandations qui en découlent. Étant donné cette limite, nous avons solidement ancré ce projet dans un processus délibératif qui met le contexte québécois au cœur de la réflexion. Cet ouvrage est un outil pour orienter notre réflexion et dégager, par un dialogue entre experts et parties prenantes, des pistes quant aux changements à adopter qui permettront d'augmenter l'impact de nos actions en saines habitudes de vie.

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ces travaux.



Philippe De Wals, M.D., Ph. D.

Directeur scientifique,
Plateforme d'évaluation
en prévention de l'obésité



Johanne Laguë, M.D., M. Sc., FRCPC

Chef de l'unité scientifique Habitudes de vie,
Institut national de santé publique du Québec

La **Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité** (PEPO) a été mise en place en 2010 par l'Université Laval et le Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (CRIUCPQ), avec un appui financier de la Fondation Lucie et André Chagnon. Dans le champ complexe de l'obésité, la PEPO a pour mission de développer une expertise, réaliser des évaluations et promouvoir une culture de l'évaluation d'impact dans le domaine de la prévention de l'obésité chez les jeunes du Québec. La PEPO a notamment pour objectif de développer et tenir à jour un cadre stratégique et des outils pour l'évaluation d'impact, en tenant compte des perspectives des principaux acteurs de la prévention de l'obésité au Québec et des perspectives internationales. La PEPO a également pour objectif de porter un regard critique sur les politiques, programmes et interventions dans le domaine de la prévention de l'obésité chez les jeunes du Québec, afin de soutenir les prises de décisions auprès des instances gouvernementales et des acteurs concernés sur le terrain (www.evaluation-prevention-obesite.ulaval.ca).

Créé en 1998, l'**Institut national de santé publique du Québec** (INSPQ) est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Son objectif est de faire progresser les connaissances et les compétences, de proposer des stratégies ainsi que des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population. Il s'appuie sur une expertise diversifiée issue des sciences appliquées, des sciences de la santé et des sciences humaines et sociales. Ces experts travaillent de concert avec le réseau de la santé et les milieux de l'enseignement et de la recherche, afin de développer et de mettre en commun des connaissances et des compétences en santé publique (www.inspq.qc.ca).

Liste de sigles et acronymes

- AICR:** *American Institute for Cancer Research*
- ASPC/PHAC:** *Agence de la santé publique du Canada/Public Health Agency of Canada*
- ASPQ:** *Association pour la santé publique du Québec*
- ATNI:** *Access to Nutrition Index*
- BAnQ:** *Bibliothèque et Archives nationales du Québec*
- CAAQ:** *Collectif action alternative en obésité*
- CDC:** *Center for Disease Control and Prevention*
- CES:** *Centre d'éducation pour la santé*
- CFM:** *Comment faire mieux?*
- CHIC:** *Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*
- CMDO:** *Réseau de recherche en santé cardiométabolique, diabète et obésité*
- CRIUCPQ:** *Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec*
- CSSS:** *Centre de santé et de services sociaux*
- DSP:** *Direction de santé publique*
- ESCC:** *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*
- ENAP:** *École nationale d'administration publique*
- EQSJS:** *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire*
- FAO:** *Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (Food and Agriculture Organization of the United Nations)*
- GAIN:** *Global Alliance for Improved Nutrition*
- GAPA:** *Global Advocacy for Physical Activity*
- Global PA:** *Global Physical Activity*
- GTPPP:** *Groupe de travail provincial sur la problématique du poids*
- HSPH:** *Harvard School of Public Health*
- ICIS:** *Institut canadien d'information sur la santé*
- IMC:** *Indice de masse corporelle*
- INRA:** *Institut national de la recherche agronomique*
- INSPQ:** *Institut national de santé publique du Québec*
- IOM:** *Institute of Medicine*
- IOTF:** *International Obesity Task Force*

- IREPS**: Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
- MELS**: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
- MRC**: Municipalité régionale de comté
- MSSS**: Ministère de la Santé et des Services sociaux
- MTQ**: Ministère des Transports du Québec
- NICE**: National Institute for Health and Care Excellence
- OCDE/OECD**: Organisation de coopération et de développement économiques/Organisation for Economic Co-operation and Development)
- OMS/WHO**: Organisation mondiale de la Santé/World Health Organization
- ONU**: Organisation des Nations Unies
- PAG**: Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids
- PAHO**: Organisation panaméricaine de la Santé (Pan American Health Organization)
- PEPO**: Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité
- PNSP**: Programme national de santé publique
- QeF**: Québec en Forme
- SAD**: Schéma d'aménagement et de développement
- TEAH**: Trust for America's Health
- TFCPS**: Task Force on Community Preventive Services
- TIR-SHV**: Table intersectorielle régionale – Saines habitudes de vie
- WCRF**: World Cancer Research Fund International

Préface

Au Québec, comme dans la plupart des pays industrialisés, la prévalence des maladies chroniques poursuit sa croissance amorcée il y a quelques décennies. Depuis l'an 2000, les cancers et les maladies cardiovasculaires causent plus de 57 % des décès. De nos jours, un Québécois reçoit un diagnostic de diabète de type 2 toutes les 13 minutes. Si l'on additionne le nombre de Québécois de plus de 12 ans qui ont reçu un tel diagnostic et le nombre de ceux qui n'ont pas encore été diagnostiqués, on estime que 10 % de la population est diabétique. En ce qui concerne le surplus de poids, lui-même associé à bon nombre de ces maladies, la situation s'est également dégradée. Si l'on se réfère aux données de poids et de taille mesurées, on constate que plus de 60 % des adultes québécois sont en embonpoint ou obèses.

En comparaison avec les épidémies de maladies infectieuses, même lorsqu'elles font peu de victimes, la prévention des maladies chroniques reçoit souvent moins d'attention médiatique et fait l'objet de moindres investissements publics ou privés. L'urgence d'agir apparaît moins pressante. Les résultats des actions pour prévenir ces maladies ne deviennent visibles qu'à long terme, mais elles n'en sont pas moins indispensables. Des simulations économiques robustes suggèrent que dans un horizon de cinq ans, les pouvoirs publics pourraient recouvrer jusqu'à cinq dollars par dollar investi par personne et par an dans des programmes de prévention des maladies chroniques qui ont fait la preuve de leur efficacité.

Depuis 2003, le Québec a commencé à mettre la prévention des maladies chroniques au palmarès de ses grands enjeux de société. Mais pour contrecarrer l'accroissement des maladies chroniques et de l'obésité, les efforts de promotion des saines habitudes de vie doivent non seulement être maintenus mais renforcés. Nous espérons que les résultats du projet « Comment faire mieux ? », présentés dans ce rapport, orienteront les

choix d'interventions préventives vers celles ayant le plus d'impact possible au Québec dans les années à venir.

Les propositions d'interventions que l'on y retrouve sont bien ancrées dans les écrits scientifiques. Elles tiennent compte des efforts en cours et ont été soumises à un exercice de délibération qui combinait l'expertise des chercheurs à celle des praticiens et des décideurs, pour s'assurer de leur pertinence dans le contexte québécois. Nous espérons qu'elles pourront guider l'action des décideurs et des multiples organisations qui ont un rôle à jouer dans la promotion de la saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif.

***Le Comité scientifique sur la prévention
de l'obésité, 8 mai 2015***

Carole Després, professeure, École d'architecture, Université Laval

Jean-Pierre Després, professeur, Département de kinésiologie, Université Laval

Jean-Claude Dufour, doyen, Faculté des sciences de l'agriculture
et de l'alimentation, Université Laval

France Gagnon, professeure, École des sciences de l'administration, TELUQ

Lise Gauvin, professeure, École de santé publique, Université de Montréal

Martin Juneau, directeur de la prévention, Institut de cardiologie de Montréal

Guy Lacroix, professeur, Département d'économie, Université Laval

Jordan Le Bel, professeur, École de gestion John-Molson,
Université Concordia

Pascale Morin, professeure, Faculté des sciences de l'activité physique,
Université de Sherbrooke

Véronique Provencher, professeure, Département des sciences des aliments et
de nutrition, Université Laval

Angelo Tremblay, professeur, Département de kinésiologie, Université Laval

Le *Comité scientifique sur la prévention de l'obésité* a été mis sur pied par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2013 dans le but de conseiller les acteurs du réseau de santé publique, pour soutenir leur action et les aider à déterminer les mesures visant à rendre nos environnements plus favorables aux saines habitudes de vie.

CHAPITRE 1

Introduction

1.1 LE DÉFI POSÉ PAR LES MALADIES CHRONIQUES ET L'OBÉSITÉ

À l'échelle mondiale, en 2012, 68% des décès ont été causés par des maladies chroniques, incluant les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète de type 2 (WHO, 2015). La progression de ces maladies est associée à la prévalence de l'obésité, qui a presque doublé chez les adultes au cours des 30 dernières années (WHO, 2011). Actuellement, dans les pays économiquement avancés, une majorité d'adultes et un enfant sur cinq présentent un surplus de poids (OECD, 2014). La déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies chroniques a rappelé l'urgence d'endiguer la progression de cette épidémie (Nations Unies, 2011).

Encadré 1.1 :

Terminologies et risques associés à différentes catégories de poids corporel

Dans les écrits scientifiques, différentes catégories et terminologies sont utilisées afin de caractériser le poids corporel. Elles font généralement référence à l'indice de masse corporel (IMC) d'un individu, qui s'obtient en divisant le poids (kg) par la taille au carré (m²). Voici les catégories et terminologies qui ont été retenues dans cet ouvrage, ainsi que les risques pour la santé qui y sont associés.

Chez les adultes :

CATÉGORIE DE POIDS		IMC (KG/M ²)	NIVEAU DE RISQUE POUR LA SANTÉ	
Poids insuffisant		< 18,5	Risque accru	
Poids normal		18,5 – 24,9	Moindre risque	
Surplus de poids	Embonpoint	25,0 – 29,9	Risque accru	
	Obésité globale	Obésité classe I	30,0 – 34,9	Risque élevé
		Obésité classe II	35,0 – 39,9	Risque très élevé
		Obésité classe III	40,0 et plus	Risque extrêmement élevé

Source : Lamontagne et Hamel, 2013

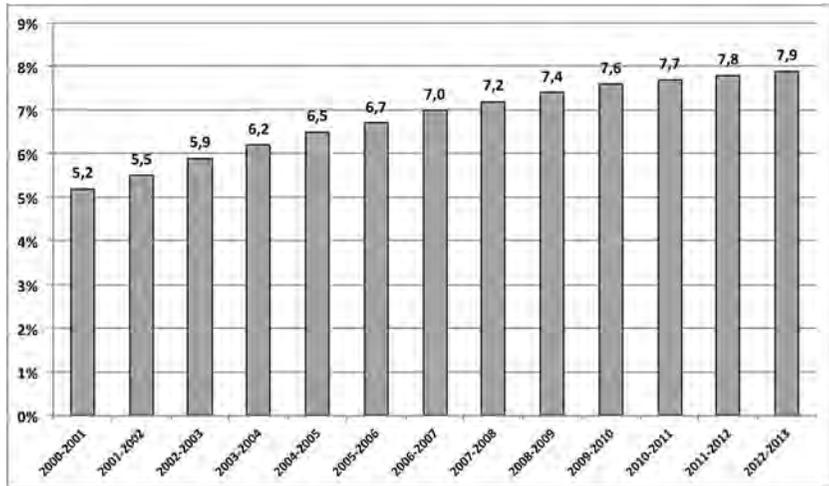
Chez les enfants et les adolescents :

L'embonpoint et l'obésité sont plus difficiles à caractériser chez les enfants et les adolescents, car l'IMC varie substantiellement en fonction de l'âge, du sexe et de la croissance. Plusieurs méthodes existent, mais il est généralement préconisé d'utiliser les références de l'*International Obesity Task Force* (IOTF) à des fins de surveillance populationnelle (Cole et collab., 2000). Elles établissent des seuils de surplus de poids et d'obésité selon le sexe et l'âge (2 à 17 ans), par extrapolation des niveaux de percentiles correspondant aux seuils de surplus de poids (IMC = 25) et d'obésité (IMC = 30) à l'âge de 18 ans dans un vaste échantillon international de jeunes dont le poids et la taille ont été mesurés depuis l'âge de 2 ans. Par conséquent, ces seuils ne sont pas directement associés à des niveaux de risque pour la santé des jeunes, mais le sont indirectement par extrapolation des seuils associés à un niveau de risque établi par ailleurs chez l'adulte (Katzmarzyk et collab., 2007). Ce sont ces seuils qui ont été utilisés pour établir les prévalences d'embonpoint et d'obésité chez les jeunes Québécois citées dans ce livre (Lamontagne et Hamel, 2009).

Le Canada et le Québec présentent une espérance de vie parmi les plus élevées au monde. En 2012, au Québec, elle s'établissait à 79,8 ans chez les hommes et à 83,8 ans chez les femmes. La province n'est pas épargnée par la progression des maladies chroniques : depuis l'an 2000, les cancers et les maladies cardiovasculaires causent plus de 57 % des décès (ISQ, 2013). Chez les adultes âgés de 20 ans et plus, la prévalence estimée du diabète était de 7,9 % en 2012-2013, ce qui représente une croissance relative de 52 % depuis 2000-2001 (voir figure 1.1) (Infocentre de santé publique du Québec, 2006). Quant à l'hypertension, facteur de

risque majeur de maladie cardiovasculaire, Blais et Rochette (2011) rapportent que sa prévalence était de 22% au Québec en 2006-2007 chez les adultes âgés de 20 ans et plus, ce qui représente une croissance relative de 22% chez les femmes et de 38% chez les hommes depuis 2000-2001. Comme pour le diabète, la prévalence augmente avec l'âge, notamment à partir de 40 ans (Blais et Rochette, 2011).

FIGURE 1.1: ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DU DIABÈTE AJUSTÉE POUR L'ÂGE* CHEZ LES 20 ANS ET PLUS, ENSEMBLE DU QUÉBEC, DE 2000-2001 À 2012-2013



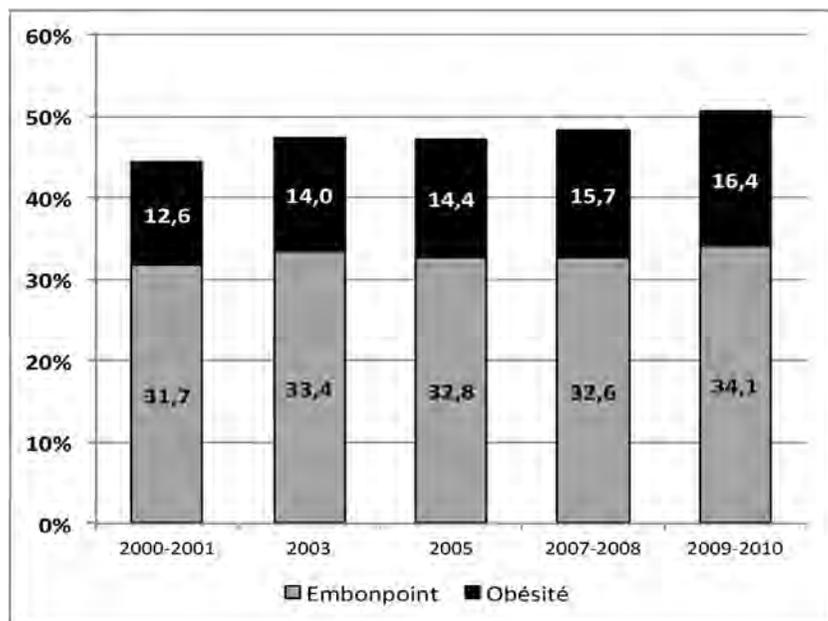
* Prévalence ajustée selon la structure par âge (20 à 49, 50 à 59, 60 à 69, 70 ans et plus), sexes réunis

Source: Infocentre de santé publique du Québec (2006). Rapport de l'onglet *Plan national de surveillance*, [en ligne] <https://www.infocentre.inspq.rts.qc.ca/> (Consultée le 18 septembre 2015). Données issues du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ).

Le Canada et le Québec sont également concernés par la hausse de prévalence du surplus de poids. Selon des données mesurées entre 2007 et 2009 au Canada, 25% des adultes et 9% des jeunes sont obèses (CIHI/PHAC, 2011). Comme à l'échelle internationale, ces prévalences ont doublé au cours des 30 dernières années. En combinant l'embonpoint et l'obésité, la prévalence du surplus de poids chez les adultes était de 62% en 2008. Le fardeau économique associé à l'obésité serait compris entre 4,6 milliards de dollars et 7,1 milliards annuellement au Canada (CIHI/PHAC, 2011).

Avec la Colombie-Britannique, le Québec fait partie des provinces où la prévalence de l'obésité chez les adultes est la plus faible (CIHI/PHAC, 2011). Néanmoins, selon des données mesurées en 2008, la prévalence de l'obésité chez les adultes québécois était de 25 %. Ajoutée à l'embonpoint, cette prévalence atteignait 61 %. Si l'on se réfère à des données autodéclarées (voir figure 1.2), on constate que la prévalence du surplus de poids a progressé ces dernières années (CIHI/PHAC, 2011). Pour le Québec seulement, le coût associé à l'excédent d'utilisation de services de santé par les individus obèses (consultations médicales et nuits d'hospitalisation) a récemment été estimé à 1,5 milliard de dollars par année (Blouin et collab., 2015).

FIGURE 1.2: ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE L'EMBOINPOINT ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES 18 ANS ET PLUS, QUÉBEC, 2000-2001 À 2009-2010



Source : Adapté de Lamontagne et Hamel (2013), **Données autodéclarées** issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Cette augmentation a touché tous les groupes, quels que soient leurs caractéristiques individuelles et leurs milieux de vie. Selon Lamontagne et Hamel (2013), un léger ralentissement de cette progression est toutefois observé depuis le début des années 2000, à l'exception de la prévalence

de l'obésité de classe III (IMC ≥ 40), qui continue d'augmenter. Les adultes vivant en milieu rural, ayant de très faibles revenus ou étant peu scolarisés seraient particulièrement touchés par l'embonpoint et l'obésité (Lamontagne et Hamel, 2013).

Chez les jeunes Québécois âgés de 2 à 17 ans, l'analyse de Lamontagne et Hamel (2009) réalisée à partir de données mesurées en 2004 indique que la prévalence de l'obésité était de 7%. Ajoutée à l'embonpoint, cette prévalence atteignait 23% alors qu'en 1978, elle n'était que de 15%. Selon cette analyse, une tendance à la stabilisation serait toutefois observée entre 1999 et 2004. En 2004, les filles et les garçons étaient aussi affectés. Quant à l'âge, les adolescents (12 à 14 ans) étaient les plus touchés (27%), suivis des tout-petits (2 à 5 ans, 26%) et enfin des enfants de 6 à 11 ans (18%). Les jeunes issus de ménages socio-économiquement favorisés présentaient des prévalences moins élevées (Lamontagne et Hamel, 2009).

1.2 QUINZE ANS D'EFFORTS DE PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ AU QUÉBEC

Devant l'augmentation continue de la prévalence des maladies chroniques, de l'embonpoint et de l'obésité au cours des dernières années, le Québec a déployé de nombreux efforts. Sans faire l'inventaire des nombreuses stratégies, politiques et actions provinciales, régionales et locales mises en œuvre en prévention de l'obésité depuis 15 ans, nous rappelons ici quelques jalons marquants de l'histoire récente de la lutte contre l'obésité au Québec, tels qu'identifiés par l'ex-directeur national de santé publique (Poirier, 2013a, 2013b).

Encadré 1.2: *Prévention de l'obésité*

Dans ce livre, la «prévention de l'obésité» est utilisée comme terme générique englobant l'ensemble des interventions visant les habitudes de vie associées au surplus de poids, principalement l'activité physique et l'alimentation, ainsi que les déterminants environnementaux, sociaux et individuels qui les influencent (PEPO, 2015). Ici comme dans d'autres écrits de référence, la prévention de l'obésité inclut donc implicitement les efforts de prévention de l'embonpoint (IOM, 2012, p. 289).

Au Québec, dès le début des années 2000, la montée de la prévalence de l'obésité est un sujet de plus en plus discuté dans les milieux scientifiques et qui est porté à l'attention du public par le Collectif action alternative en obésité (CAAO). Fondé en 1986, cet organisme à but non lucratif dénonce la «préoccupation excessive à l'égard du poids» et «l'obsession de la minceur» qui caractérisent notre société, et propose une approche préventive globale soucieuse de respecter la diversité corporelle (Schaefer et collab., 2000).

La création de Québec en Forme (QeF), en 2002, a résulté d'une entente entre la Fondation Lucie et André Chagnon et le gouvernement du Québec et a pour objectif de promouvoir la bonne forme physique auprès des enfants de 4 à 12 ans vivant en milieu défavorisés (QeF, 2014a). En 2003, la prévention de l'obésité est mentionnée dans le Programme national de santé publique 2003-2012, dans la section relative aux habitudes de vie et aux maladies chroniques.

Fin 2003, le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP) publie un «appel à la mobilisation» à l'attention des décideurs et professionnels de santé publique. Cet appel propose une vision très large et systémique de la problématique du poids et identifie trois secteurs stratégiques d'intervention: les secteurs agroalimentaire, socioculturel et celui de l'environnement bâti (Association pour la santé publique du Québec [ASPQ], 2004). Un an plus tard, le GTPPP publie son «plan d'action», auquel une grande diversité de secteurs et d'acteurs est appelée à contribuer. Ce plan repose sur cinq axes d'intervention: 1. Implanter des politiques alimentaires en milieu de garde et scolaire; 2. Intensifier la modification de l'environnement physique et social pour favoriser un mode de vie plus actif; 3. Procéder à la révision de la réglementation sur la publicité destinée aux enfants; 4. Instaurer une réglementation sur les produits, services et moyens amaigrissants; 5. Établir de nouvelles règles pour le financement de la recherche sur les problèmes reliés au poids (ASPQ, 2006).

À la suite du forum des générations organisé en 2004, Jean Perrault, maire de Sherbrooke, remet au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) en septembre 2005 le rapport intitulé *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes*. Mandatée pour «définir des approches préventives [...] facilitant l'adoption de saines habitudes de vie» (Perrault et collab., 2005, p. 11), l'*Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention* propose dans ce rapport 62 recommandations et

interpelle le gouvernement pour que la prévention et la promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation deviennent «une réelle priorité gouvernementale» (Perrault et collab., 2005, p. 7).

Inspiré, entre autres, de ces quelques rapports, un Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids pour 2006-2012 est alors rendu public par le MSSS (Lachance et collab., 2006). Conçu par sept ministères et de nombreux organismes gouvernementaux, il vise la mise en place d'environnements favorisant une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif pour les jeunes et leur famille, et ainsi, la prévention des problèmes reliés au poids. Il s'articule autour de cinq axes d'intervention : 1. Favoriser la saine alimentation ; 2. Favoriser un mode de vie physiquement actif ; 3. Promouvoir des normes sociales favorables ; 4. Améliorer les services aux personnes aux prises avec un problème de poids ; 5. Favoriser la recherche et le transfert des connaissances.

À la suite de cela, en juin 2007 est adoptée la Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie. Un deuxième partenariat entre le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon est conclu. Un budget de 480 millions de dollars (versés en parts égales) est arrêté, sur une période de dix ans. L'action de Québec en Forme doit alors couvrir l'ensemble du Québec et promouvoir une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif auprès des jeunes de 0 à 17 ans (QeF, 2014a).

À l'heure où le PAG 2006-2012 touche à sa fin, qu'un nouveau Programme national de santé publique (PNSP) est en préparation et que le financement de Québec en Forme prendra fin en 2017, le temps du bilan est arrivé. Quelles sont les recommandations internationales les plus saillantes en matière de promotion des saines habitudes de vie ? Comment se présente le portrait macroscopique des interventions déployées au Québec depuis 2006 ? Allons-nous dans la bonne direction ? Pouvons-nous faire mieux, et comment ?

1.3. « COMMENT FAIRE MIEUX » ?

1.3.1 Contexte

Depuis 2006, de très nombreuses actions ont été mises en œuvre au Québec afin de prévenir les problèmes reliés à l'alimentation, à l'activité physique et au poids. Dans ce livre, nous évoquons ces actions

sous le vocable d'«Expérience québécoise», définie comme l'ensemble des politiques, des programmes et des interventions publiques (possiblement en collaboration avec les secteurs associatifs ou privés) ayant notamment pour objectif la promotion de saines habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique, d'image corporelle ou la prévention de l'obésité.

L'*Expérience québécoise* se caractérise par son caractère intersectoriel ainsi que par le grand nombre d'actions de prévention primaire mises en œuvre au niveau local auprès des jeunes et de leur famille. Deux principaux leviers ont notamment été activés : l'adoption en 2006 du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG) et le financement majeur de l'organisation Québec en Forme en 2007 par le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon.

1.3.2 Objectifs et grandes lignes de la méthodologie

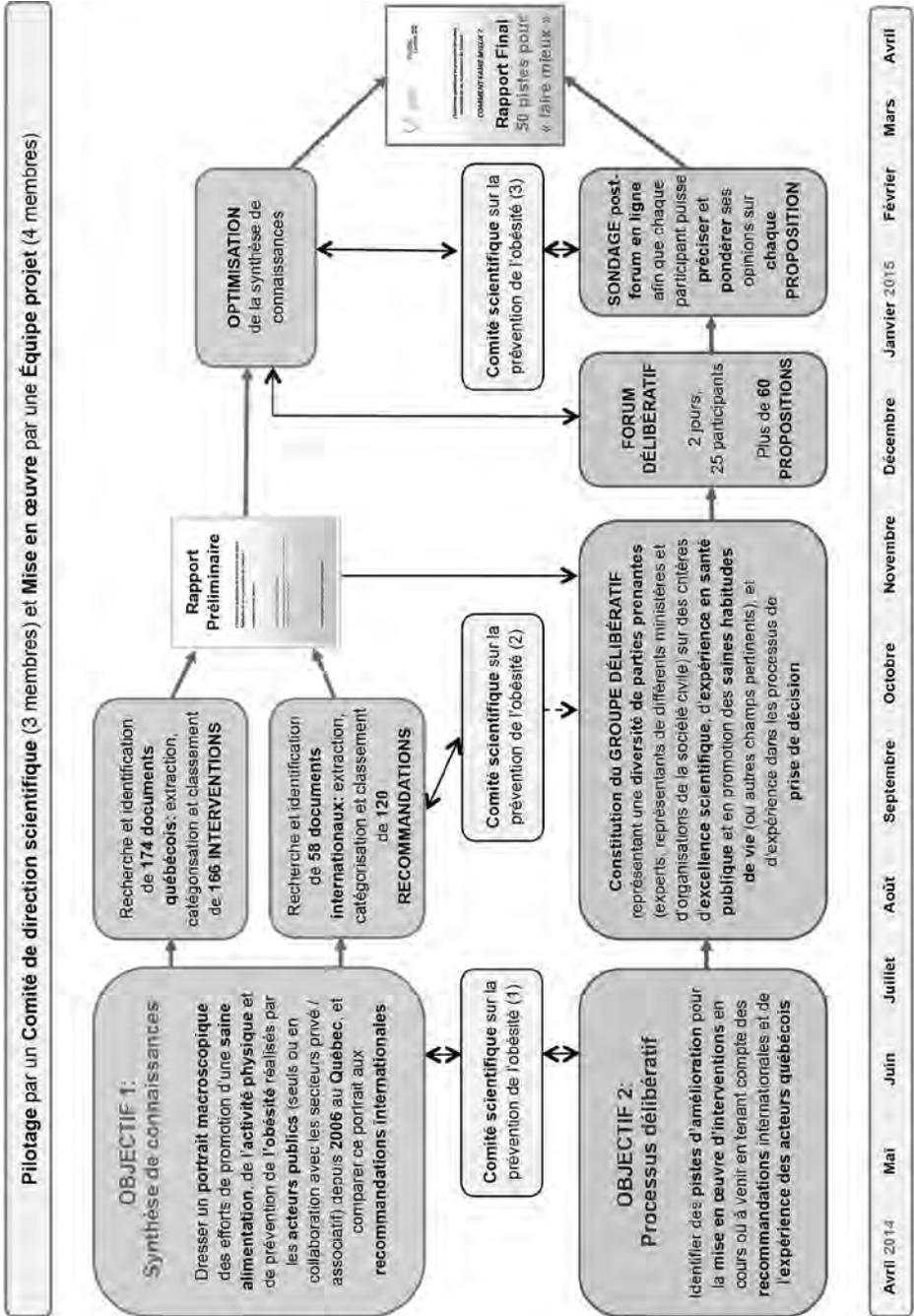
Le projet «Comment faire mieux» (CFM) est coordonné conjointement par la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce projet vise à dresser un état des lieux de l'*Expérience québécoise* en promotion des saines habitudes alimentaires, en promotion de l'activité physique et en prévention de l'obésité, et à faire émerger des pistes d'amélioration pour la mise en œuvre d'interventions en cours ou à venir.

Le projet CFM se décompose en deux principaux objectifs :

- **OBJECTIF 1** : Dresser un portrait de l'*Expérience québécoise* depuis 2006, incluant une vision macroscopique de l'ensemble des actions mises en œuvre et une comparaison aux recommandations et aux bonnes pratiques internationales.
- **OBJECTIF 2** : Identifier des pistes d'amélioration pour la mise en œuvre d'interventions en cours ou à venir en tenant compte des recommandations internationales et de l'expérience des acteurs québécois.

La séquence méthodologique qui a été déployée est schématisée (voir figure 1.3) et explicitée ci-dessous.

FIGURE 1.3 : VUE D'ENSEMBLE DE LA MÉTHODOLOGIE DU PROJET « COMMENT FAIRE MIEUX »



OBJECTIF 1 : SYNTHÈSE DE CONNAISSANCES

• *Synthèse des recommandations scientifiques internationales*

L'une des finalités du projet était de comparer l'*Expérience québécoise* à ce qui a été identifié, dans la littérature scientifique internationale, comme étant les pratiques les plus efficaces ou les plus prometteuses en matière de promotion de saines habitudes alimentaires, de l'activité physique, d'une saine image corporelle ou en matière de prévention de l'obésité. À cette fin, nous avons entrepris une revue ciblée des publications internationales les plus récentes, pertinentes, fiables et exhaustives en la matière. Notre recherche documentaire a mené à la sélection de 58 documents. Nous avons analysé ces publications à l'aide d'une grille de codage nous permettant de classer les recommandations que l'on y retrouvait par type de cible : les individus ou leurs environnements (physique, socioculturel, politique ou économique). Nous avons distingué 31 recommandations de type transversal, 38 portant sur la saine alimentation, 36 portant sur l'activité physique, 10 portant sur l'image corporelle, 3 portant sur des actions combinées à l'échelle locale, et 2 portant sur des sujets émergents. Nous avons attribué une cotation indicative de **A** à **E** à chaque recommandation afin d'aiguiller le lecteur. Une cote **A** réfère à une recommandation très fréquente ou soutenue par des données probantes convaincantes, alors qu'une cote **E** réfère à une recommandation peu fréquente ou soutenue par peu de données probantes.

• *Expérience québécoise*

Afin de dresser l'inventaire le plus exhaustif possible des interventions publiques mises en œuvre depuis 2006 au Québec en promotion d'une saine alimentation, de l'activité physique, d'une saine image corporelle et en prévention de l'obésité, nous avons sélectionné puis analysé 276 documents. Lors de cette sélection, nous avons écarté les documents traitant spécifiquement d'interventions mises en œuvre par des organisations du secteur associatif ou du secteur privé sans la participation du secteur public. Ce choix a été motivé par l'objectif de guider les acteurs publics qui doivent décider des orientations à prendre pour les prochaines phases de l'action sur la prévention de l'obésité et la promotion des saines habitudes de vie. Le secteur associatif et le secteur privé mettent en œuvre une multitude de projets qui contribuent à la promotion des saines habitudes de vie. Idéalement, ils auraient dû être inclus dans un inventaire exhaustif des initiatives québécoises. Seules des contraintes de temps et

de coût nous ont amenés à les exclure du présent projet. Les actions qui relèvent du gouvernement fédéral, mais qui sont mises en œuvre au Québec, ont aussi été exclues, pour les mêmes raisons de temps et de coût.

Les documents analysés nous ont permis de recenser 166 mesures publiques (voir annexe 3), au niveau provincial (73 %) et régional (27 %). Nous avons appliqué à ces 166 mesures une grille de codage similaire à celle utilisée pour caractériser les recommandations internationales, afin de faciliter la comparaison.

- **Rapport synthèse préliminaire**

L'analyse comparative du portrait de l'*Expérience québécoise* et des recommandations internationales nous a permis de rédiger un rapport synthèse préliminaire en novembre 2014. Ce rapport visait à mettre en lumière les points forts de l'*Expérience québécoise* et à identifier des zones d'amélioration potentielles. Il a permis de structurer et d'alimenter les discussions lors du forum délibératif « Comment faire mieux » organisé le mois suivant (voir objectif 2). Ce rapport a été transmis à chaque participant en amont de l'événement, accompagné d'une version abrégée.

Encadré 1.3 :

Rôle joué par le Comité scientifique sur la prévention de l'obésité dans CFM

Le Comité scientifique québécois sur la prévention de l'obésité a été mis en place par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à l'automne 2013. Il a pour mandat de « conseiller les acteurs du réseau de la santé publique pour soutenir leur action et les aider à déterminer les mesures à adopter pour la prévention des maladies chroniques et la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie ». Il s'agit d'un comité interdisciplinaire comptant des experts en nutrition, en sciences de l'alimentation, en activité physique, en kinésiologie, en cardiologie, en économie, en sciences politiques, en marketing et en architecture. Son profil et son mandat en faisaient un interlocuteur des plus avisés dans le cadre du projet CFM : il a été consulté à trois reprises. Le Comité a notamment porté un regard critique lors de la planification stratégique du projet. Il a contribué à repérer des références bibliographiques utiles à la revue de recommandations scientifiques et au portrait de l'*Expérience québécoise*. Il a également conseillé l'équipe du projet CFM lors de la constitution du groupe délibératif afin d'assurer une diversité de perspectives et d'expériences. Par ailleurs, il a été proposé aux membres du Comité de participer au forum. Quatre d'entre eux ont pu y prendre part. Les résultats préliminaires du projet lui ont été présentés en février 2015 pour avis et commentaires.

OBJECTIF 2 : PROCESSUS DÉLIBÉRATIF

Le contexte propre à chaque pays et à chaque population peut influencer l'efficacité d'une intervention en santé publique et ainsi limiter la possibilité de transférer des recommandations provenant de résultats de recherche issus d'autres pays. Nous avons donc été confrontés au défi de faire émerger des propositions pour «faire mieux» qui tiennent compte à la fois des données probantes à l'échelle internationale, des pratiques actuelles et du contexte québécois. Les processus délibératifs sont proposés comme une stratégie prometteuse afin de relever ce défi.

Un processus délibératif permet «à un groupe d'acteurs de recevoir et d'échanger de l'information, de faire l'examen critique d'un enjeu et d'en venir à une entente qui guidera la prise de décision». De ce fait, ces échanges entre parties prenantes et experts permettent une coproduction et une cointerprétation des résultats de la recherche (Gauvin, 2009).

Lors de la constitution d'un groupe délibératif, il est recommandé de favoriser la participation d'une diversité de milieux, d'organisations et d'expertises relativement au champ d'action à l'étude. Nos critères de sélection incluaient l'excellence scientifique, l'expérience en santé publique et en promotion des saines habitudes de vie (ou autres champs pertinents), ainsi que l'expérience dans les processus de prise de décision. Étant donné que le nombre maximum de participants à un forum délibératif est limité, cet exercice ne prétend pas être exhaustif quant à la représentation des différents types de parties prenantes pouvant avoir une influence sur la promotion des saines habitudes de vie. Finalement, le processus délibératif CFM a sollicité 25 participants parmi lesquels : 9 experts scientifiques issus de différentes disciplines ; 5 professionnels du réseau de santé publique et d'autres ministères ; 2 représentants de Québec en Forme ; 4 représentants d'organisations sans but lucratif ; un représentant de la Fédération des commissions scolaires ; un ancien maire, et 3 experts internationaux (voir annexe 6).

Le processus s'est tenu en deux moments. Le premier moment a pris la forme d'un forum organisé à l'Université Laval les 15 et 16 décembre 2014. Ces deux journées furent consacrées à des échanges et dialogues visant à faire émerger des propositions quant aux actions à ajouter, à renforcer, à modifier ou à abandonner dans le cadre de l'*Expérience québécoise*. À l'issue de ces deux journées d'échanges, le recouplement et l'analyse thématique des notes exhaustives prises par trois rapporteurs ont permis de faire ressortir plus de 60 propositions. Quelques semaines plus tard,

une consultation supplémentaire, sous la forme d'un sondage en ligne, a été menée afin que chacun des participants puisse préciser qualitativement et pondérer quantitativement ses opinions sur les différentes propositions énoncées. Nous leur avons suggéré d'utiliser huit critères afin de guider leur choix : efficacité, effets indésirables, équité, coûts, faisabilité, acceptabilité, pérennité et évaluabilité (Morestin et collab., 2010). Vingt participants (80 %) ont répondu au sondage, soit complètement, soit partiellement. Le compte rendu du processus délibératif et de ses résultats a été partagé avec l'ensemble des participants. Ces derniers étaient invités à faire part de commentaires éventuels afin que l'équipe du projet CFM puisse procéder à d'éventuelles corrections et ajustements. À ce stade, le libellé des propositions ne pouvait plus être modifié et de nouvelles propositions ne pouvaient plus être formulées, afin de respecter l'intégrité du processus délibératif.

**SYNTHÈSE : 50 PISTES POUR « FAIRE MIEUX »,
DONT 12 INCONTOURNABLES**

Afin de proposer des pistes d'action pouvant permettre d'optimiser les pratiques en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité au Québec, la synthèse effectuée par l'équipe du projet CFM (voir chapitre 5) s'est appuyée sur trois catégories de résultats : 1. les recommandations internationales les plus fréquentes ou soutenues par les données probantes les plus convaincantes ou prometteuses, qui se classaient aux niveaux **A** et **B** dans notre cotation ; 2. le portrait actuel de l'*Expérience québécoise*, incluant ses points forts et les zones d'améliorations potentielles ; 3. les propositions issues du forum délibératif et du sondage subséquent les plus largement soutenues par les participants, compte tenu de leur pertinence dans le contexte québécois.

À la croisée de ces trois catégories de résultats, l'équipe du projet CFM a identifié et formulé 50 pistes pour « faire mieux » (voir chapitre 5 et annexe 7). Nous avons attribué un niveau de priorité à chacune de ces pistes au cas par cas selon le raisonnement suivant :

- Certaines recommandations internationales apparaissant d'ores et déjà bien mises en œuvre au Québec n'ont pas été remises en cause lors du forum, et ont parfois été plébiscitées. Dans ce cas, il a été considéré comme **essentiel de maintenir les efforts engagés**. Le symbole suivant permet d'identifier ce cas de figure : ➔.

- Certaines recommandations, en revanche, ne semblent pas ou semblent peu mises en œuvre au Québec. Dans ce cas, à moins que cela ne s'explique par une faible pertinence contextuelle¹, il a été considéré comme **essentiel de renforcer les efforts existants ou de mettre en place de nouvelles actions**. Le symbole suivant permet d'identifier ce cas de figure : .
- Parmi les efforts à renforcer et les nouvelles actions à mettre en place, **12 pistes** ont été fortement appuyées lors du forum délibératif : l'équipe CFM les a **jugées incontournables**. Le symbole suivant permet de les identifier : .

1.3.3 Contenu de ce livre

Ce livre se divise en quatre parties principales : la recension des écrits scientifiques (chapitre 2), la revue de l'*Expérience québécoise* (chapitre 3), le forum délibératif (chapitre 4), et finalement, la formulation de pistes d'amélioration (chapitre 5).

Dans le **chapitre 2**, nous présentons ce qui a été identifié dans la littérature internationale comme étant les pratiques les plus efficaces ou les plus prometteuses en matière de prévention de l'obésité et de promotion des saines habitudes de vie. Notre recension s'appuie sur des revues de littérature et des rapports de synthèse publiés par des organisations reconnues à l'échelle internationale. Ce chapitre présente des recommandations transversales, c'est-à-dire des recommandations qui ne visent pas tant la mise en place d'interventions particulières que l'application d'orientations générales en promotion de la santé et en prévention de l'obésité. Ce chapitre souligne également la valeur ajoutée et l'efficacité d'interventions à composantes multiples (sensibilisation, éducation, modification de l'environnement). Enfin, ce chapitre présente des recommandations spécifiques à la promotion d'une saine alimentation, à la promotion de l'activité physique et à l'image corporelle. Des tableaux de synthèse regroupent toutes ces recommandations.

1. Il est ponctuellement arrivé que certaines propositions issues du forum ne convergent pas tout à fait avec les recommandations internationales ou avec le portrait de l'*Expérience québécoise*. Lorsque cela est arrivé, nous l'avons signalé dans les annexes 7B, 7C et 7D et nous n'avons pas accordé la priorité à ces pistes d'action dans nos conclusions. Il serait utile de poursuivre la réflexion sur ces sujets.

Le **chapitre 3** offre ensuite un tour d’horizon de l’*Expérience québécoise* en prévention de l’obésité depuis 2006. Il présente un portrait macroscopique des mesures² qui ont été mise en œuvre au niveau provincial, régional et local. Ce portrait a été réalisé en tenant compte de contraintes importantes. L’échéancier du projet ne permettait pas de collecter de nouvelles données. Nous avons donc travaillé à partir de documents et de rapports existants qui décrivent ou évaluent certaines composantes, ou plusieurs composantes, de l’*Expérience québécoise*. L’objectif était de combiner l’information disponible, en particulier les publications et rapports qui ont déjà fait un travail de recension, afin d’avoir le meilleur portrait possible de ce qui se fait au Québec. Afin de structurer ce portrait, nous avons classé les mesures recensées selon une grille de codage faisant ressortir leurs principaux attributs. Ainsi caractérisée, l’*Expérience québécoise* est devenue plus facilement comparable avec les recommandations internationales recensées dans le chapitre 2, et nous avons été en mesure de souligner les similitudes et les différences entre les deux. Le chapitre 3 inclut une description de la méthode de collecte et d’analyse des sources bibliographiques, ainsi qu’une présentation synthétique de l’ensemble du portfolio d’interventions. Il se conclut par une présentation des faits saillants des rapports d’évaluation des interventions recensées.

Le **chapitre 4** présente des propositions d’interventions pour «faire mieux» issues d’un forum délibératif qui a eu lieu le 15 et 16 décembre 2014. Ce forum délibératif a impliqué des acteurs engagés dans l’élaboration et la mise en œuvre de l’*Expérience québécoise*, ainsi que des experts dans le domaine de la prévention de l’obésité et des maladies chroniques. Lors du forum, les échanges ont été structurés à partir d’un rapport préliminaire dont les contenus étaient très similaires à ceux présentés dans les chapitres 2 et 3 de cet ouvrage. Le chapitre 4 présente également les résultats d’un exercice de pondération des propositions susmentionnées réalisé par l’intermédiaire d’un sondage en ligne complété par les participants suite au forum délibératif.

2. Nous utilisons dans ce livre les expressions «mesures» et «interventions» de manière interchangeable. Sous ces vocables, nous retrouvons une grande diversité d’actions. Des politologues ont proposé que l’on distingue clairement les mesures qui sont des politiques publiques des autres types d’interventions, étant donné la spécificité du processus d’élaboration des politiques publiques (De Leuw et collab., 2012). Pour ce projet, les termes «mesures» et «interventions» sont utilisés de façon large pour inclure les politiques publiques.

Le **chapitre 5** compare les conclusions des trois précédents chapitres du livre, afin de faire émerger des orientations pour «faire mieux» dans le cadre de l'*Expérience québécoise*. Il énonce «50 pistes pour faire mieux», et met l'accent sur 12 d'entre elles qui apparaissent, à la lumière des travaux scientifiques et des particularités propres au contexte québécois, comme étant incontournables afin d'optimiser les efforts en promotion de saines habitudes alimentaires, de l'activité physique et en prévention de l'obésité.

1.4 LIGNES DIRECTRICES

Le fondement scientifique et l'orientation méthodologique du projet CFM s'appuient sur quelques grandes lignes directrices :

- **Nécessité d'une approche systémique et multisectorielle :** l'étiologie de l'obésité et des maladies chroniques renvoie à une grande diversité de facteurs génétiques, biologiques, comportementaux, socioculturels, économiques et politiques. Il est donc nécessaire d'adopter une perspective systémique, visant à déployer sur le long terme une grande diversité d'actions, dans tous les milieux de vie, par tous les secteurs de la société (Kumanyika et collab., 2002 ; Butland et collab., 2007).
- **Urgence d'investir en prévention primaire :** l'obésité et les maladies chroniques, une fois installées, sont difficiles à traiter et les courbes de prévalences difficiles à inverser. En parallèle des efforts de prise en charge, il est donc essentiel d'investir en prévention primaire (Gortmaker et collab. 2011). Par exemple, selon une analyse du *Trust for America's Health*, sur un horizon de cinq ans, des programmes éprouvés à l'échelle communautaire pourraient faire économiser jusqu'à 5 \$ pour chaque dollar investi en prévention (TFAH, 2009).
- **Importance d'intervenir dès le plus jeune âge :** le surplus de poids chez les jeunes est associé à un risque plus élevé de surplus de poids et de comorbidité à l'âge adulte (WCRF, 2007, WHO, 2012). Les efforts de prévention doivent donc viser toutes les périodes de la vie, notamment l'enfance. L'équilibre coût-efficacité des interventions visant les jeunes est à considérer sur le long terme (Sassi, 2010 ; Gortmaker et collab., 2011 ; Summerbell et collab., 2012).

- **Pertinence d’agir sur l’alimentation et l’activité physique :** il est recommandé d’associer la prévention des maladies chroniques à la prévention de l’obésité, car ces pathologies renvoient souvent aux mêmes facteurs de risque, incluant le tabagisme, l’abus d’alcool, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité (WCRF, 2007 ; WHO, 2011 ; WHO, 2012 ; Mozzafarian, 2014). Ces facteurs doivent faire l’objet d’efforts de promotion soutenus. De plus, au Québec, le modèle de prévention repose non seulement sur la problématique du surplus de poids, mais aussi sur la préoccupation excessive à l’égard du poids. Ce sont les raisons pour lesquelles le projet CFM se concentre sur trois grands volets : la promotion d’une saine alimentation, la promotion de l’activité physique et l’image corporelle. Ces trois volets sont en cohérence avec les axes d’interventions prioritaires énoncés au Québec en 2006 dans le Plan d’action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids.

CHAPITRE 2

Recommandations internationales pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité

2.1 OBJECTIFS DE CE CHAPITRE

L'une des finalités du projet « Comment faire mieux » (CFM) est de comparer l'*Expérience québécoise* en prévention de l'obésité (depuis 2006) à ce qui a été déterminé, dans la littérature scientifique internationale, comme étant les pratiques les plus prometteuses en matière de promotion de saines habitudes alimentaires, de promotion de l'activité physique ou de prévention de l'obésité. À cette fin, nous avons entrepris une revue ciblée des publications les plus récentes, pertinentes, fiables et exhaustives en la matière.

D'une part, à partir des lignes directrices du projet CFM (voir 1.4.), nous avons cherché à répertorier les recommandations renvoyant spécifiquement à la mise en œuvre d'interventions portant sur l'alimentation, l'activité physique ou l'image corporelle. Pour chacun de ces thèmes, les pratiques prometteuses et les recommandations ont été classées en fonction de leurs cibles: les individus ou les environnements (physique, socioculturel, politique ou économique). Pour chacune de ces cibles, nous avons mis en avant quelques faits saillants quant aux options d'interventions considérées comme étant les plus efficaces (ou, à défaut, les plus prometteuses), les mieux documentées ou encore les plus controversées. D'autre part, nous avons cherché à identifier des recommandations d'ordre transversal (p. ex., liées à la planification, la gestion, l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions).

2.2 MÉTHODE¹

2.2.1 Recherche documentaire

Notre «état des lieux» nécessitait l'identification de documents présentant, en tout ou en partie, des recommandations ou des bonnes pratiques dans le domaine des interventions publiques (ou menées en collaboration avec les secteurs associatif ou privé) abordant trois grands volets à l'échelle populationnelle : la promotion d'une saine alimentation, la promotion de l'activité physique et l'image corporelle. Pour chacun de ces volets, quelques termes sont présentés dans le tableau 2.1.

TABLEAU 2.1 : TERMES RELATIFS AUX THÈMES RETENUS DANS NOTRE ANALYSE, EXTRAITS DE LACHANCE ET COLLAB. (2006)

THÈMES	TERMES
Saine alimentation	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions visant les environnements, habitudes ou comportements alimentaires pouvant avoir une influence sur l'amélioration ou le maintien de la qualité nutritionnelle de l'alimentation des individus • Inclut les actions visant l'insécurité alimentaire • Inclut les actions visant les individus, les familles, les milieux et acteurs impliqués dans la production, transformation, distribution, promotion et consommation d'aliments et de boissons non alcoolisées
Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions visant les environnements, habitudes ou comportements pouvant avoir une influence sur le niveau d'activité physique et de sédentarité des individus • Inclut les actions visant les individus, milieux et acteurs impliqués dans le développement, la distribution, la promotion et l'utilisation d'infrastructures et de services favorisant l'activité physique (incluant les modes de vie physiquement actifs, l'éducation physique, le transport actif, l'activité physique de loisir, etc.)

1. Pour en savoir plus sur les termes de référence et les typologies utilisés dans ce chapitre, voir l'annexe 8.

THÈMES	TERMES
Image corporelle	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions visant les facteurs « [...] pouvant influencer la perception systématique cognitive et affective, consciente et inconsciente, qu'un individu a de son corps, acquise au cours de son développement et à travers ses relations sociales », et pouvant avoir une influence sur sa santé (Lachance et collab., 2006, p.41)

Les sections à suivre présentent le processus de recherche documentaire. Celui-ci est également schématisé dans la figure 2.1.

2.2.1.1 Recherche initiale

Compte tenu des délais dont nous disposions, notre recherche s'est initialement appuyée sur les sources documentaires suivantes :

- **Moteur de recherche PUBMED :** une recherche d'articles a été réalisée à l'aide de différentes combinaisons des mots-clés suivants : « *obesity prevention* », « *best practices* », « *guidelines* », « *school-based* », « *community-based* », « *recommendation* ». Nous avons limité cette recherche aux documents publiés en 2006 et après.
- **Base documentaire de la PEPO :** plusieurs chercheurs et professionnels de recherche de la PEPO répertorient des publications touchant à la prévention de l'obésité, dans le cadre de leurs activités de veille scientifique ou pour les besoins de projets spécifiques. Les publications d'intérêt potentiel ont été repérées².
- **Autres sources et répertoires :** à l'initiative de l'équipe projet et sur avis du Comité scientifique sur la prévention de l'obésité (voir encadré 1.3), quelques ressources additionnelles ont été consultées afin d'identifier d'autres références d'intérêt potentiel publiées en 2006 et après : le répertoire du *National Institute for Health and Care*

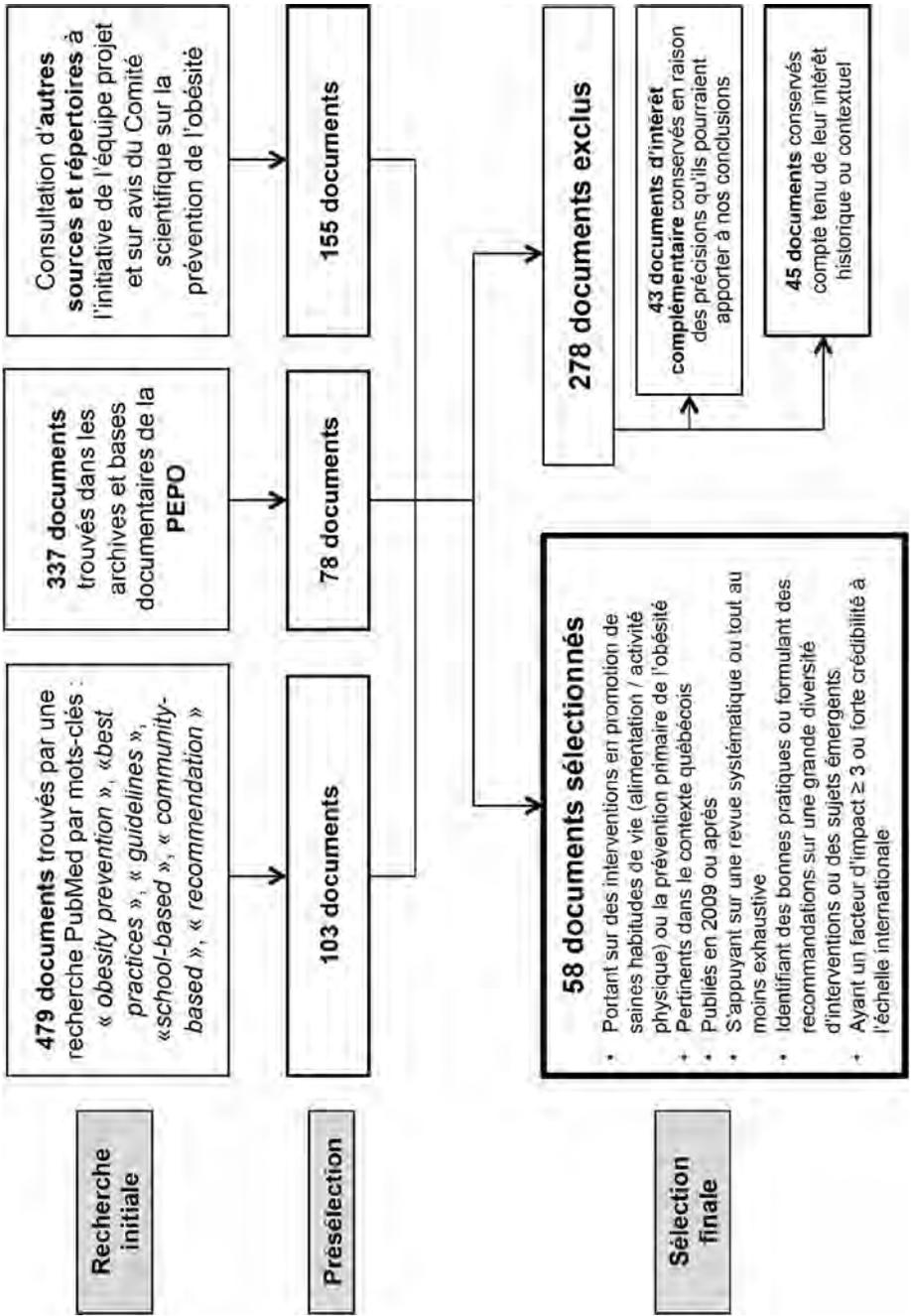
2. Trois sources d'information ont été utilisées : i) un vaste répertoire de publications touchant à la prévention de l'obésité constitué par Nathalie Dumas dans le cadre de ses activités de veille scientifique à la PEPO. Administré sur EndNote^{MD}, ce répertoire est continuellement mis à jour par une recension d'articles scientifiques et de rapports sur divers moteurs de recherche ou par la consultation de nombreux bulletins de veille ; ii) une base documentaire de rapports internationaux portant sur la prévention de l'obésité transmise par Yann Le Bodo ; iii) une liste de références bibliographiques transmise par Judith Lapière. Cette liste a été dressée pour la construction d'un modèle logique d'évaluation dans le cadre du projet de « Portrait et analyse critique de l'Expérience québécoise des acteurs provinciaux et régionaux en prévention de l'obésité et promotion des saines habitudes de vie ».

Excellence (NICE, <http://www.nice.org.uk/>), le répertoire du *Global Physical Activity Network* (GlobalPANet, <http://www.globalpanet.com/>), le répertoire de plans d'action gouvernementaux et de littérature grise «alimentation, activité physique et obésité» de l'INSPQ (<http://www.inspq.qc.ca/pag/alimentation-nutrition>), le répertoire «*Health Systems Evidence*» de l'Université McMaster (<http://www.mcmasterhealthforum.org/hse>) et le répertoire *Active Living Research* (<http://activelivingresearch.org/>). Plusieurs centaines de références additionnelles ont ainsi été trouvées. Finalement, quelques experts internationaux ont été ponctuellement consultés pour vérifier si des documents importants n'avaient pas été oubliés³.

Cette recherche initiale nous a permis de trouver un grand nombre de documents d'intérêt potentiel pour le projet CFM: **479 documents** par **PUBMED**, **337 documents** par l'intermédiaire de la base documentaire de la **PEPO** et **plusieurs centaines** d'autres documents par les **autres sources** et **répertoires** mentionnés ci-dessus.

3. À l'aide de discussions et conférences à l'*Obesity Week* (Boston, 2014) ou encore lors d'une rencontre avec le Dr Jean-Michel Borys (Directeur de l'EPODE European Network).

FIGURE 2.1 : PROCESSUS DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE RELATIF AUX RECOMMANDATIONS SCIENTIFIQUES INTERNATIONALES



2.2.1.2 Présélection

Une lecture des titres et des résumés des documents trouvés lors de la recherche initiale a été effectuée afin d'écarter les références hors sujet et de retenir les plus pertinentes. Pour cela, plusieurs critères ont été utilisés :

- **Sujet :** les documents devaient avoir pour objet central l'un des domaines suivants ou une combinaison de ceux-ci : la promotion des saines habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique ou d'image corporelle, ou la prévention primaire de l'obésité à l'échelle populationnelle. Les référentiels portant strictement sur les apports nutritionnels recommandés ou le volume et type d'activité physique journalier recommandé à l'échelle individuelle n'ont pas été retenus ;
- **Date :** la production scientifique dans le domaine qui nous intéresse étant dynamique et les recommandations que nous recherchons faisant l'objet de mises à jour régulières, nous n'avons pas retenu de documents publiés avant 2006 ;
- **Langue :** seuls les documents rédigés intégralement en français ou en anglais ont été conservés ;
- **Format :** pour des raisons de faisabilité et de temps, nous avons retenu en priorité les revues et documents de synthèse s'appuyant sur des données probantes. Les recherches primaires n'ont pas été retenues ;
- **Contenu :** compte tenu de l'échelle macroscopique de notre état des lieux, nous avons privilégié les documents comportant des recommandations générales ou identifiant des pratiques prometteuses d'intervention. Les manuels ou guides de planification et de mise en œuvre d'interventions spécifiques n'ont pas été retenus en raison de leur caractère technique ;
- **Pertinence contextuelle :** l'objectif étant de comparer les recommandations trouvées à l'*Expérience québécoise*, nous avons écarté les recommandations formulées spécifiquement dans le contexte d'autres pays ou régions, notamment si ce contexte présente peu de similarités avec le Québec en matière d'alimentation et d'activité physique.

Cette étape de présélection nous a permis de restreindre le nombre de documents d'intérêt potentiel à **103 documents** par **PUBMED**, **78 documents** par l'intermédiaire de la base documentaire de la **PEPO** et **155** autres documents par les **autres sources** et **répertoires** précédemment mentionnés.

2.2.1.3 Sélection finale

Afin de ne retenir que les documents les plus pertinents pour notre analyse, une consultation rapide du contenu des 336 documents présélectionnés à partir de notre recherche initiale a été faite. Des critères d'éligibilité additionnels ont été utilisés :

- **Date :** compte tenu du volume de documents présélectionnés, nous n'avons retenu que des documents relativement récents, c'est-à-dire publiés au cours des cinq dernières années (entre 2009 et 2014) ;
- **Objet :** l'objectif du projet CFM étant de déterminer des bonnes pratiques relatives à une grande diversité d'interventions, les publications de synthèse apportant des recommandations sur un grand nombre de thématiques ont été privilégiées (p. ex., prévention de l'obésité au sens large, promotion de l'activité physique en milieu scolaire, promotion de saines habitudes alimentaires en milieu de travail, etc.). Inversement, les documents portant sur des interventions très spécifiques et généralement abordées dans les autres documents synthèses ont été écartés (p. ex., taxation des boissons sucrées, étiquetage nutritionnel, réfection du marquage au sol dans les cours de récréation, etc.). Au cas par cas, quelques documents de synthèse sur des thématiques spécifiques faisant manifestement l'objet d'une attention particulière ont été retenus (p. ex., marketing des aliments et des boissons ciblant les enfants). Finalement, à titre exceptionnel, quelques documents abordant des sujets jugés émergents relativement à l'alimentation, à l'activité physique et à l'obésité (stress, sommeil, design urbain) ont été conservés lorsque ces thématiques semblaient peu abordées dans les autres documents de synthèse sélectionnés.
- **Données probantes :** les documents devaient s'appuyer sur une revue de la littérature systématique ou tout au moins exhaustive (grand nombre de références ou appui sur d'autres revues systématiques), avec identification claire des références bibliographiques dans le texte ;

- **Orientation vers l'action :** nous n'avons retenu que les documents pour lesquels la démarche de production de recommandations (ou à défaut l'identification explicite de pratiques prometteuses) était centrale, c'est-à-dire faisait l'objet d'une section explicitement dédiée, dans laquelle un effort de compilation de l'information a été fait et représentait une portion significative du document;
- **Crédibilité scientifique :** les documents devaient avoir été publiés dans une revue avec facteur d'impact ≥ 3 ou par une organisation reconnue à l'échelle internationale pour son expertise sur le sujet (p. ex., Organisation mondiale de la Santé [OMS], *Institute of Medicine* [IOM], voir annexe 1). À titre exceptionnel, quelques rapports ne remplissant pas ces critères ont pu être retenus lorsqu'ils abordaient un sujet émergent ou peu abordé ailleurs (p. ex., image corporelle).

Le processus de sélection n'a pas fait l'objet d'une sélection indépendante par deux analystes. Toutefois, une grille de sélection et des cotes de notation ont été développées en fonction des critères d'éligibilité ci-dessus afin de renforcer la fiabilité et la reproductibilité du processus. Finalement, **58 documents d'intérêt majeur** ont été retenus (voir annexe 1).

2.2.1.4 Conservation de références complémentaires

Enfin, le processus de sélection nous a permis de conserver des références qui ne remplissaient pas tous les critères d'éligibilité, mais qui pouvaient s'avérer utiles lors de la rédaction du rapport final du projet CFM :

- **Documents d'intérêt complémentaire :** 43 documents ont été conservés en raison des précisions ou nuances qu'ils pourraient apporter à nos conclusions. Il s'agit de revues de littératures systématiques publiées récemment (depuis 2011) dans une revue avec facteur d'impact ≥ 3 ou par une organisation reconnue à l'échelle internationale et qui présentent au moins quelques pistes d'actions prometteuses, sans que les auteurs en fassent un axe central de leur travail.
- **Documents d'intérêt historique ou contextuel :** 45 documents ont été conservés à titre indicatif afin de nous aider à positionner

notre travail dans le contexte international et canadien ou encore pour alimenter les discussions du processus délibératif du projet CFM qui a eu lieu les 15 et 16 décembre 2014 (voir chapitre 4) (p. ex., stratégies mondiales de prévention de l'obésité et des maladies chroniques).

2.2.2 Méthode de collecte et d'analyse de données

2.2.2.1 Grandes lignes méthodologiques

Chacun des 58 documents sélectionnés a fait l'objet d'un codage à l'aide d'une grille analytique sur Microsoft Excel 2011^{MD} (voir annexe 4) et d'une saisie d'extraits de texte à l'aide d'un tableau (arborescence analogue à la grille) sur Microsoft Word 2011^{MD}. Pour des raisons de faisabilité, la lecture et l'extraction de données se sont concentrées sur les sections des documents que nous avons jugées les plus pertinentes, c'est-à-dire l'introduction, le résumé, la synthèse, les sections spécifiques à l'identification de bonnes pratiques et à la formulation de recommandations, la discussion et les conclusions. L'extraction et l'analyse des données ont été réalisées par un codeur unique. Néanmoins, des termes de référence et des typologies ont été utilisés afin de guider le codage et l'extraction des données et afin de gagner en validité et en fiabilité (voir annexe 8). Toutes les variables de la grille et du tableau sont ancrées dans la littérature scientifique et ont été retenues, autant que possible, en tenant compte du contexte québécois. Nous avons divisé notre extraction et notre analyse de données en trois parties : profil général du corpus de documents, recommandations transversales et recommandations thématiques.

2.2.2.2 Profil général du corpus de documents

Au-delà des informations d'ordre général (année, auteurs, organisation émettrice, population cible, objectifs, méthodes, principaux résultats), une attention particulière a été portée aux milieux ou aux parties prenantes spécifiquement interpellés dans chaque document (milieu gouvernemental, milieu municipal, milieu scolaire, etc.).

2.2.2.3 Recommandations transversales

L'extraction et l'analyse de données se sont penchées sur la présence, dans chaque document, de recommandations portant sur des dimensions

transversales. Ces dimensions renvoient généralement aux principes et conditions à respecter pour optimiser les interventions de santé publique, à leur conception, leur planification, leurs ressources, leur évaluation, etc. Ces dimensions ont été préalablement déterminées en consultant un échantillon de notre corpus de documents, sur des critères de pertinence, d'exhaustivité et de saturation. Ce processus nous a amenés à privilégier, de manière heuristique, neuf dimensions listées et détaillées dans le tableau 2.2. La définition complète retenue pour chacune de ces dimensions est reportée dans l'annexe 8. Pour chaque document, nous avons indiqué dans notre grille de codage la présence (ou l'absence) de recommandations explicites sur chacune de ces dimensions, et reporté les sections de texte les plus significatives dans notre tableau d'extraits.

TABLEAU 2.2: TERMES DE RÉFÉRENCE DES DIMENSIONS TRANSVERSALES RETENUES DANS NOTRE ANALYSE*

DIMENSIONS	QUELQUES TERMES DE RÉFÉRENCE
Approche globale et systémique	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie à une combinaison d'actions ciblant une diversité de déterminants de l'alimentation, de l'activité physique et des problèmes liés au poids • Ciblage d'une diversité de milieux de vie à différentes échelles (locales/régionales/provinciales)
Mobilisation de ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie à l'identification/la sécurisation/l'optimisation/l'allocation/la pérennisation des ressources utiles à la mise en œuvre d'interventions
Approche inter-sectorielle et intégrée	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie à la participation/la contribution/l'implication concertée et coordonnée de parties prenantes issues de plusieurs secteurs (au-delà du seul secteur de la santé publique) ou de plusieurs milieux d'activité (au-delà du milieu gouvernemental) qui s'entendent sur la poursuite d'objectifs communs
Leadership, gouvernance et transparence	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions (souvent politiques ou stratégiques) visant à établir ou à clarifier des règles et des processus de gouvernance, de coordination, de leadership et de transparence dans le financement, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions
Contextualisation et établissement de priorités	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie à l'état des lieux (types et sévérité des problèmes, besoins exprimés ou non exprimés, forces et ressources en présence, etc.) dans un contexte donné afin de mieux cibler, planifier, coordonner, mettre en œuvre et évaluer une ou plusieurs interventions. L'établissement de standards et lignes directrices peut aussi relever de cette dimension.

DIMENSIONS	QUELQUES TERMES DE RÉFÉRENCE
Renforcement des capacités des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions visant à renforcer le développement de connaissances, d'habiletés, de compétences, de l'engagement, de structures, de systèmes et du leadership dans le but de mettre en place des interventions pertinentes et efficaces
Vision à long terme et pérennisation	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions visant à favoriser la mise en œuvre d'interventions dans la durée, que ce soit par la mobilisation de ressources financières, par l'engagement formel des décideurs ou par le développement du pouvoir d'agir des acteurs les mieux positionnés
Équité et inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions visant à réduire les inégalités de santé observées entre différents groupes de la population du fait de situations sociales, économiques ou de modes de vie différents, en veillant à ne pas exclure certains groupes en raison de leur âge, de leur sexe, de leur situation socio-économique, de leur langue, de leur culture, ou de leurs aptitudes
Recherche, surveillance et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions de surveillance de l'état de santé d'une population, à l'évaluation (formative ou sommative) d'une ou plusieurs interventions, aux besoins de recherche (notamment la recherche qui se focalise sur les inférences causales), aux actions visant à fournir des données probantes permettant des prises de décision éclairées

* Pour une définition plus complète de ces termes et les références bibliographiques qui y sont associées, voir annexe 8

2.2.2.4 *Recommandations thématiques*

Pour l'extraction et l'analyse de données, nous nous sommes ensuite penchées, dans chaque document, sur les recommandations explicitement formulées ou, le cas échéant, sur les pratiques prometteuses exposées. Lorsque certains documents présentaient à la fois un bilan des pratiques plus ou moins prometteuses ainsi que des recommandations, c'est l'extraction de ces dernières qui a été privilégiée.

Les extraits saisis ont été classés selon qu'ils renvoyaient spécifiquement à la mise en œuvre d'interventions portant sur l'alimentation, l'activité physique ou l'image corporelle.

Pour chacun des documents de notre sélection et pour chacun des thèmes étudiés, les pratiques prometteuses et recommandations ont été classées en fonction de leurs cibles : les individus (connaissances,

intentions, attitudes, etc.) ou les environnements (physique, socioculturel, politique ou économique). Les définitions de ces cibles, extraites de Mongeau et collab. (2012), sont présentées dans le tableau 2.3 (pour en savoir plus, voir également l'annexe 8).

TABLEAU 2.3 : DÉFINITIONS DES CIBLES FAISANT L'OBJET DE RECOMMANDATIONS, EXTRAITS DE MONGEAU ET COLLAB. (2012)*

CIBLES	DÉFINITIONS
<p>Individus (médiateurs cognitifs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions de sensibilisation, d'information, d'éducation ciblant les médiateurs cognitifs des comportements en matière d'alimentation et d'activité physique, notamment l'intention, l'attitude, les normes et le contrôle perçu à l'échelle de l'individu. Cela inclut les interventions de communication en santé visant à informer et à convaincre un public cible d'améliorer sa santé en modifiant ses comportements, ou encore les interventions d'éducation à la santé. Nous avons fait le choix de ne pas inclure ici les campagnes médiatiques de grande envergure, visant généralement l'évolution des normes sociales à l'échelle d'une population (voir environnement socioculturel)
<p>Environnement physique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions visant les éléments naturels de l'environnement (p. ex., l'eau, l'air, les espaces verts), les éléments artificiels bâtis et aménagés, créés ou transformés par l'être humain (p. ex., les voies de communication), les éléments artificiels technologiques (infrastructures de loisirs, équipements de sport ou de cuisine, les aliments, etc.) et l'offre de services (p. ex., pédibus, offre d'activités physiques dans un quartier, offre alimentaire dans une école)
<p>Environnement socioculturel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions visant les éléments relatifs aux structures et aux modes de fonctionnement des individus ou des groupes d'individus ainsi qu'à la culture qui en est issue. Cela inclut les rapports sociaux (tels que les relations de voisinage, de travail, d'amitié), la coopération et la compétition, les préjugés, les normes et conventions renvoyant aux attitudes, valeurs et croyances, mais aussi la vision et la représentation de la réalité, véhiculées par la communication de masse, les médias, la publicité, les arts, la culture, etc. Les campagnes médiatiques de grande envergure sont ici incluses, comme elles visent généralement à faire évoluer les normes sociales à l'échelle d'une population

CIBLES	DÉFINITIONS
Environnement politique	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions visant les structures et les modes de fonctionnement liés à l'organisation et à l'exercice du pouvoir incluant les institutions politiques, le modèle de gouvernance, la participation citoyenne, les politiques publiques, les lois, les règlements et autres instruments permettant d'atteindre des objectifs et de faire observer des règles. Cela inclut aussi le droit à la santé, à une alimentation saine ainsi que les systèmes agroalimentaires, d'éducation et de garde à l'enfance, de santé et de services sociaux, etc.
Environnement économique	<ul style="list-style-type: none"> • Renvoie aux actions visant les structures et les modes de fonctionnement liés aux activités de production, de consommation et d'utilisation de la richesse telles que le prix des produits et des services (p. ex., prix des aliments), le niveau de revenu et la distribution de la richesse, les pratiques commerciales ainsi que la structure et la conjoncture économique

* Pour consulter les définitions complètes de Mongeau et collab. (2012), voir annexe 8.

Cette classification présente l'avantage d'être scientifiquement fondée (Kremers et collab., 2006; Godin, 2012) et d'avoir été contextualisée par des acteurs-clés de l'*Expérience québécoise*. Par exemple, on en retrouve certaines caractéristiques dans les travaux du Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (ASPQ, 2004, 2006). Elle a été utilisée dans le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG, 2006-2012). Elle constitue la pierre angulaire de la Vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids, développée par le MSSS (Mongeau et collab., 2012), en collaboration avec Québec en Forme et l'INSPQ (voir figure 2.2). De plus, cette classification a été utilisée dans plusieurs des rapports de synthèse sur lesquels nous nous appuyons pour réaliser notre portrait de l'*Expérience québécoise* (voir chapitre 3). Ce choix nous semblait donc particulièrement indiqué dans le cadre du projet CFM.

FIGURE 2.2: REPRÉSENTATION DE LA VISION COMMUNE DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SAINTE ALIMENTATION, À UN MODE DE VIE PHYSIQUEMENT ACTIF ET À LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES RELIÉS AU POIDS



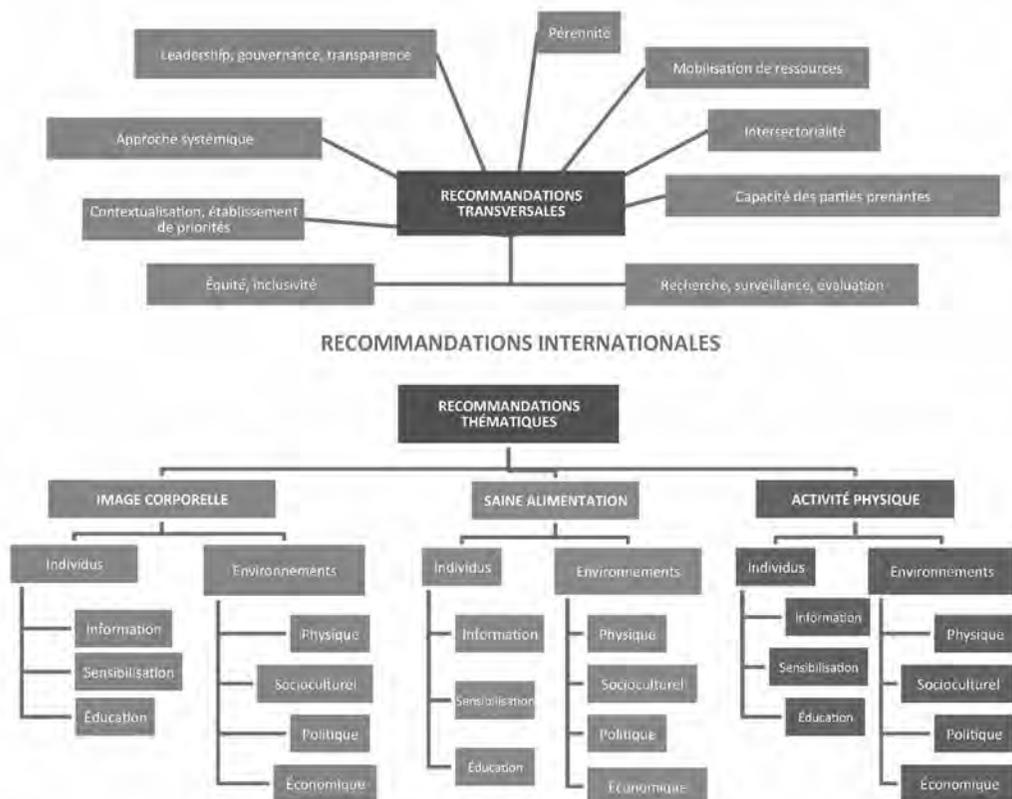
© Gouvernement du Québec, 2012

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes liés au poids. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 24 pages. Hyperlien : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-289-03.pdf>

2.2.3 Présentation des résultats

La section « résultats » à venir (voir 2.3) fait écho à la méthodologie de collecte, d'extraction et d'analyse de nos données (voir figure 2.3) puisqu'elle présente dans un premier temps le profil général du corpus de documents, suivi des bonnes pratiques et recommandations relatives à des dimensions transversales, et enfin des bonnes pratiques et recommandations relatives à des dimensions thématiques (alimentation, activité physique, image corporelle). Les résultats sont présentés sous la forme de synthèses narratives et sont illustrés à l'aide de quelques graphiques réalisés à partir de notre grille de codage.

FIGURE 2.3: ARBORESCENCE DE L'EXTRACTION DE DONNÉES PORTANT SUR DES RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES ET THÉMATIQUES



Chacune des sections présentant les différentes catégories de recommandations est introduite par un **tableau de synthèse** présentant, pour chaque dimension, la force de la recommandation basée sur sa fréquence d'apparition dans notre corpus de documents ou sur le niveau de données probantes qui l'appuie. Ces critères ont permis d'attribuer à chaque recommandation une cotation indicative allant de **A** à **E** (voir tableau 2.4).

TABLEAU 2.4: SYSTÈME DE COTATION DES RECOMMANDATIONS SCIENTIFIQUES INTERNATIONALES DANS LE PROJET CFM

A	Très élevé	Recommandations très fréquentes ou soutenues par des données probantes convaincantes
B	Élevé	Recommandations fréquentes ou soutenues par des données probantes prometteuses
C	Intermédiaire	Recommandations occasionnelles ou soutenues par des données probantes émergentes
D	Discutable	Recommandations équivoques ou soutenues par des données probantes mitigées
E	Faible	Peu de recommandations ou peu de données probantes

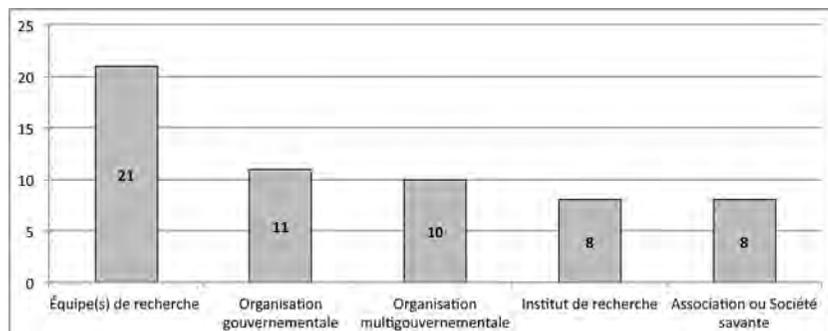
Il est important de noter qu'il s'agit d'une **cotation indicative** donnée par les auteurs afin d'aiguiller le lecteur dans la hiérarchisation de l'information présentée. Pour une appréciation plus fine des données, il est suggéré de se rapporter aux sections rédigées à la suite des tableaux, dans lesquelles un bref résumé de la littérature est présenté pour chacune des recommandations énoncées.

2.3 RÉSULTATS

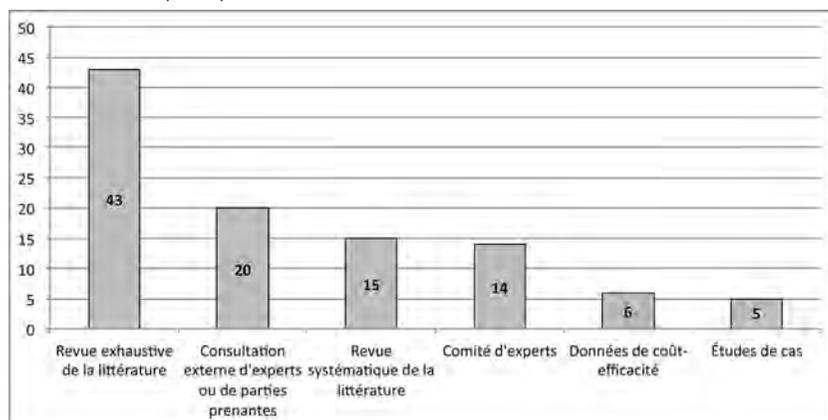
Cette section présentera, dans un premier temps, le profil général du corpus de documents analysés (émetteurs, années de publication, objet principal, populations à l'étude, parties prenantes interpellées, etc.). Dans un deuxième temps, nous présenterons des recommandations transversales, c'est-à-dire qui ne visent pas tant la mise en place d'interventions particulières que l'application de principes généraux en promotion de la santé et en prévention de l'obésité. Dans un troisième temps, nous soulignerons la plus-value et l'efficacité d'interventions à composantes multiples (information, sensibilisation, éducation, modification de l'environnement). Dans un quatrième, cinquième et sixième temps, nous présenterons des recommandations spécifiques relatives à la promotion d'une saine alimentation, à la promotion de l'activité physique et à l'image corporelle. Enfin, nous évoquerons des recommandations relatives à deux sujets émergents : le sommeil et le stress.

2.3.1 Profil général du corpus de documents

Parmi les documents d'intérêt majeur sélectionnés et analysés, la plupart (21 sur 58) ont été émis par des équipes de recherche indépendantes. Les premiers auteurs sont basés aux États-Unis, en Australie, au Canada, au Royaume-Uni ou en Italie et sont affiliés à des centres de recherche ou à des départements de santé publique et des populations, de promotion de la santé, d'épidémiologie, de médecine, de sciences infirmières, d'éducation, d'activité physique, de sciences politiques ou de sciences économiques et comportementales. Par ailleurs, 11 documents ont été émis par des organisations gouvernementales, dont 4 par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, Royaume-Uni) et 4 par le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, États-Unis). Dix documents sont issus d'organisations multigouvernementales, dont 7 provenant de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), un document provenant de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), un autre en provenance du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, et un dernier provenant de l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE). Huit documents sont issus d'instituts de recherche, dont 4 provenant de l'*Institute of Medicine* (États-Unis), les autres provenant du *World Cancer Research Fund International* (WCRF), de l'Institut national de la recherche agronomique (INRA, France), du *McMaster Health Forum* (Canada) et de l'*Harvard School of Public Health* (HSPH, États-Unis). Enfin, 8 documents proviennent de sociétés savantes et autres organisations de la société civile dont l'*American Heart Association* (États-Unis), *Active Healthy Kids* (Canada), *Consumers International and World Obesity Federation*, le *Rudd Center for Food Policy and Obesity* (États-Unis), *Global Advocacy for Physical Activity* (GAPA), l'*Access to Nutrition Index* (ATNI) de la *Global Alliance for Improved Nutrition* (GAIN) et *ÉquiLibre* (Canada). La figure 2.4 résume le profil de notre corpus de documents selon l'émetteur principal.

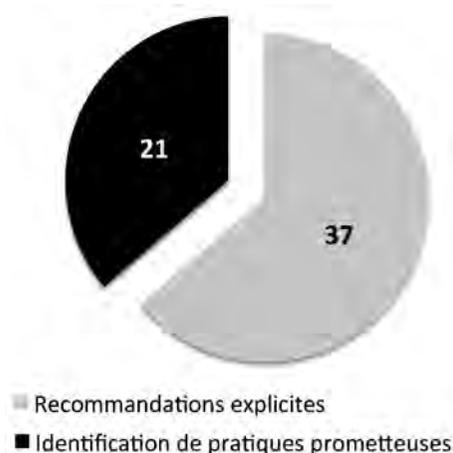
FIGURE 2.4: PROFIL DU CORPUS DE DOCUMENTS SELON L'ÉMETTEUR PRINCIPAL (N=58)

Les 58 documents de notre corpus s'appuient sur une revue de la littérature (parfois systématique), souvent appuyée par un travail de consultation externe auprès d'experts ou de parties prenantes ou par un comité d'experts (notamment dans le cas des instituts de recherche et des organisations [multi]gouvernementales). Des données d'évaluations économiques ou des études de cas ont ponctuellement été utilisées en complément (figure 2.5). Notons également que la plupart des documents retenus formulent des recommandations explicites, les autres se limitant à l'identification de pratiques plus ou moins prometteuses (figure 2.6).

FIGURE 2.5: PRINCIPALES MÉTHODES DE TRAVAIL UTILISÉES DANS LE CORPUS DE DOCUMENTS (N=58) *

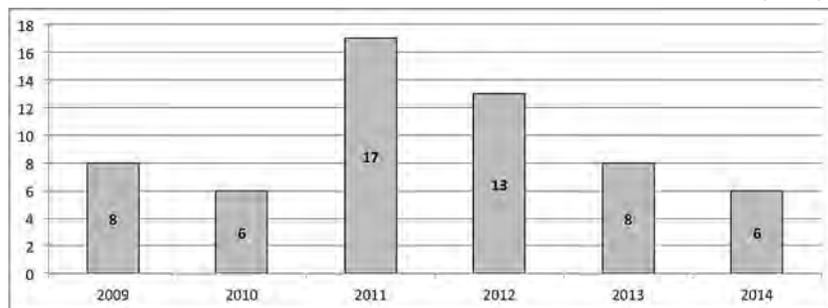
* La plupart des documents s'appuient sur plusieurs méthodes de travail.

FIGURE 2.6: DEGRÉ « D'ORIENTATION VERS L'ACTION » DU CORPUS DE DOCUMENTS (N=58)

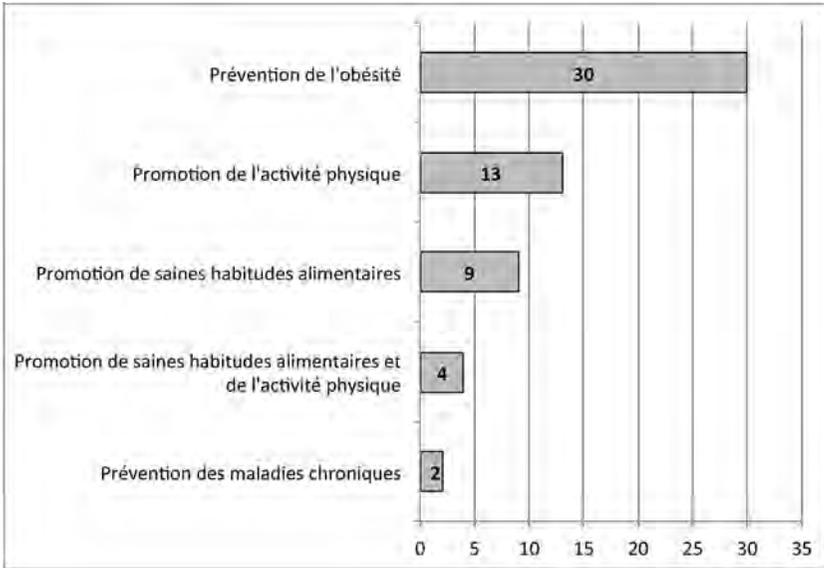
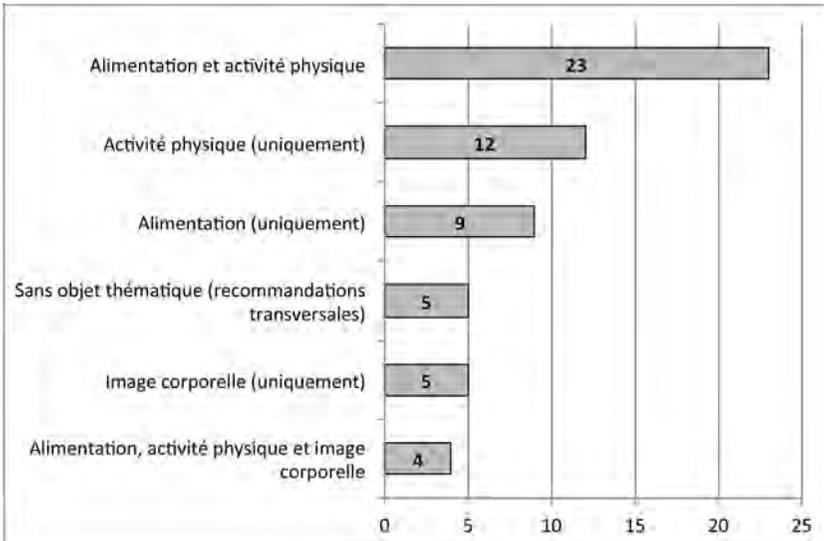


La majorité des documents retenus ont été publiés durant les années 2011-2012 (figure 2.7). Trente documents ont pour objet central la prévention de l'obésité, tandis que 26 documents sont centrés sur la promotion de saines habitudes alimentaires ou de l'activité physique. Deux documents portent plus globalement sur la prévention des maladies chroniques (figure 2.8).

FIGURE 2.7: PROFIL DU CORPUS DE DOCUMENTS SELON L'ANNÉE DE PUBLICATION (N=58)



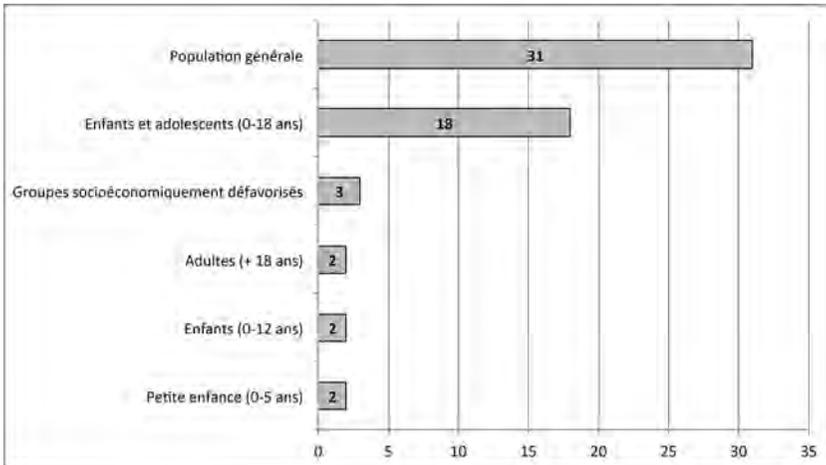
Pour ce qui est des thématiques du projet CFM, notons que la plupart de nos 58 documents comportaient à la fois des informations pertinentes sur l'alimentation et l'activité physique (23 sur 58), certains portant exclusivement sur l'une ou l'autre thématique. Seuls 9 documents comportaient des informations relatives à l'image corporelle. Enfin, 5 documents de notre corpus se concentrent uniquement sur des recommandations transversales (figure 2.9).

FIGURE 2.8: PROFIL DU CORPUS DE DOCUMENTS SELON L'OBJET PRINCIPAL (N=58)**FIGURE 2.9:** THÉMATIQUES DU PROJET CFM ABORDÉES DANS LES DOCUMENTS (N=58)

La plupart des documents formulent des recommandations ou définissent des pratiques prometteuses d'interventions visant la population générale (31 sur 58), avec toutefois une forte proportion de documents

visant plus spécifiquement les enfants et les adolescents (18 sur 58) (figure 2.10). Ce résultat est cohérent avec le diagnostic alarmant de hausse de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes au cours des dernières années ainsi qu'avec les données probantes soulignant la difficulté de modifier les habitudes de vie et de traiter la prise de poids à l'âge adulte. Ce résultat est également cohérent avec le profil de milieux interpellés par les recommandations (figure 2.11), dans lequel les milieux scolaires et les milieux de garde figurent en bonne position.

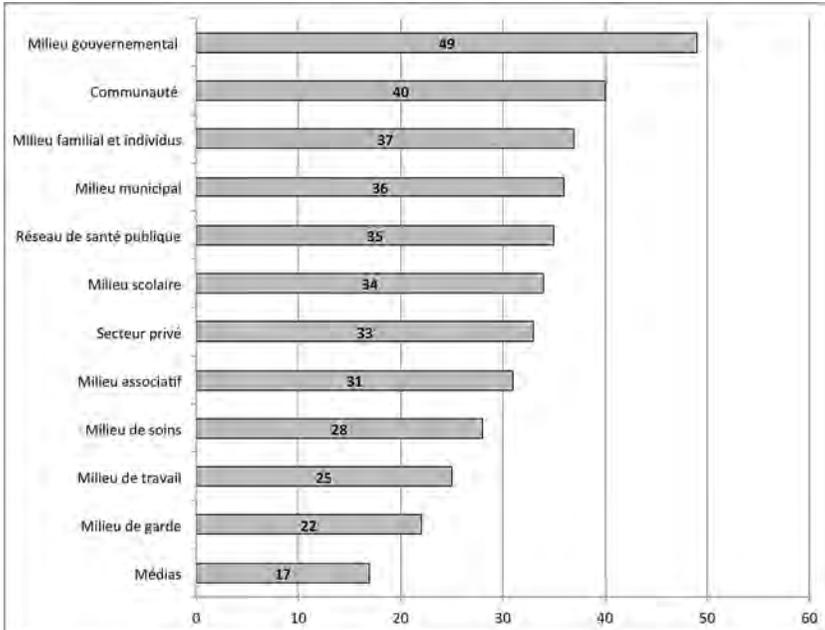
FIGURE 2.10: PROFIL DU CORPUS DE DOCUMENTS SELON LE TYPE DE POPULATION À L'ÉTUDE (N=58)



Pour ce qui est des parties prenantes et des milieux explicitement interpellés par les recommandations émises ou, à tout le moins, concernés par la mise en place de pratiques prometteuses, nous constatons la prépondérance du milieu gouvernemental et, dans une moindre mesure, du milieu municipal. Cela traduit à la fois la responsabilité importante attribuée aux pouvoirs publics dans la mise en œuvre d'interventions (à différentes échelles), mais aussi la nature même des documents, souvent produits afin d'éclairer les prises de décision et l'action des acteurs de ces milieux. Par ailleurs, la grande diversité de parties prenantes interpellées traduit la nécessité d'intervenir de manière systémique et intersectorielle pour agir sur les habitudes alimentaires, l'activité physique et le poids. En effet, ces problématiques reposent sur une très grande diversité de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques et culturels. La plupart des 58 documents de notre corpus mettent ainsi

l'accent sur la nécessaire implication concertée et coordonnée d'une grande diversité de parties prenantes (en moyenne 7 catégories d'acteurs différentes interpellées par document). La figure 2.11 propose une représentation graphique de cette distribution.

FIGURE 2.11: MILIEUX ET PARTIES PRENANTES INTERPELLÉS PAR DES RECOMMANDATIONS OU CONCERNÉS PAR DES PRATIQUES PROMETTEUSES (N=58)*



* La plupart des documents interpellent plusieurs milieux ou parties prenantes.

Afin de tenir compte de l'étiologie multifactorielle et multiniveaux des comportements alimentaires, de l'activité physique et de la prise de poids, plusieurs écrits insistent sur la nécessité de solliciter tous les paliers de gouvernement, de mettre en place des actions dans une grande diversité de milieux et de recourir à une diversité de stratégies (WHO, 2012). Ainsi, comme l'indiquent les figures 2.12 et 2.13, la plupart des documents abordant les saines habitudes alimentaires (36 sur 58) et l'activité physique (39 sur 58) mettent l'accent sur la nécessité de développer une gamme d'interventions ciblant à la fois les médiateurs cognitifs des individus ainsi que les environnements qui les entourent.

FIGURE 2.12: PRÉSENCE DE RECOMMANDATIONS CIBLANT LES INDIVIDUS OU LES ENVIRONNEMENTS DANS LES DOCUMENTS TRAITANT D'ALIMENTATION (N=36 DOCUMENTS)

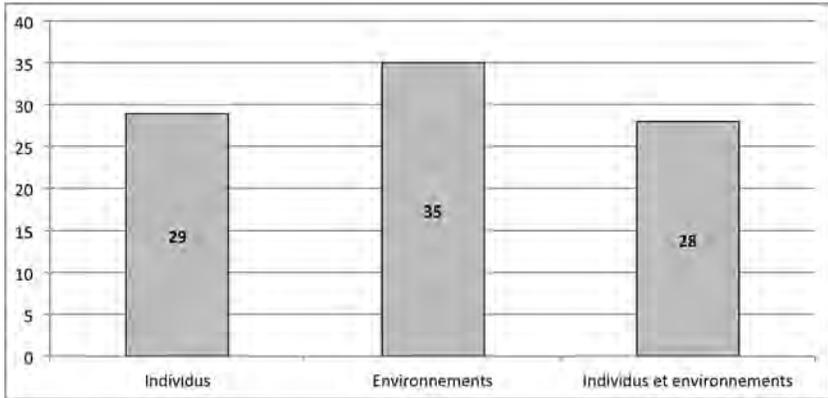
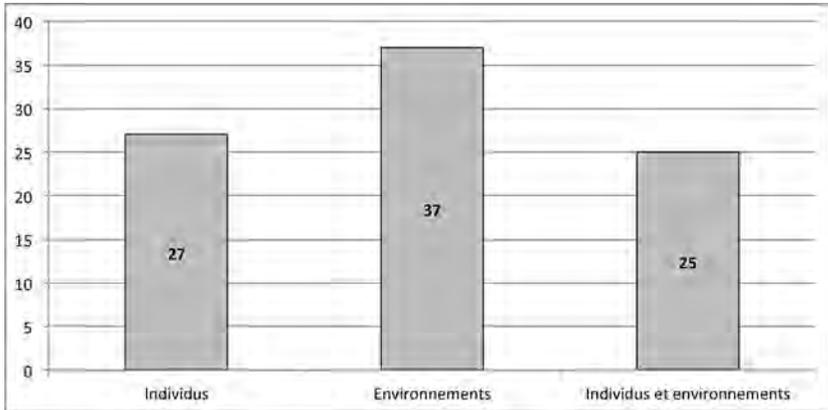


FIGURE 2.13: PRÉSENCE DE RECOMMANDATIONS CIBLANT LES INDIVIDUS OU LES ENVIRONNEMENTS DANS LES DOCUMENTS TRAITANT D'ACTIVITÉ PHYSIQUE (N=39 DOCUMENTS)

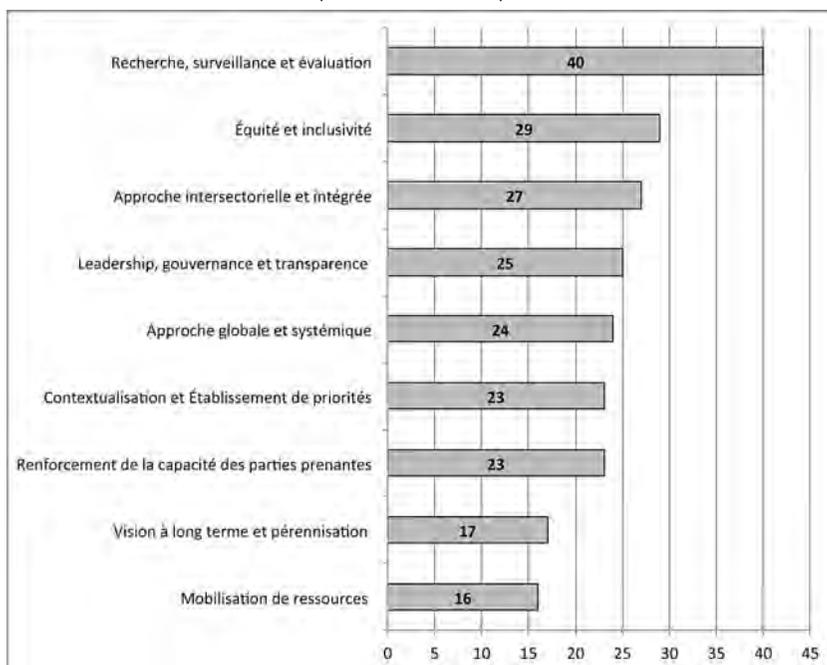


Cette diversité d'interventions requises peut se concrétiser par la mise en place d'actions visant directement le changement de comportement à l'échelle de l'individu, mais aussi au moyen d'actions au niveau des écoles, des lieux de travail, du système agroalimentaire, des politiques éducatives, des politiques de transport, etc. (Gortmaker et collab., 2011 ; Heath et collab., 2012). De nombreux exemples seront évoqués dans les sections 2.3.4. et 2.3.5.

2.3.2 Recommandations transversales

De manière plus ou moins explicite, la plupart des 58 documents d'intérêt majeur sélectionnés formulent des recommandations transversales qui ne visent pas tant la mise en place d'interventions particulières que la prise en compte de principes directeurs. La figure 2.14 nous indique que la majorité des documents sélectionnés énoncent des recommandations ou pistes d'amélioration en matière de recherche, de surveillance et d'évaluation des interventions. La moitié d'entre eux insiste sur l'importance de stratégies de promotion et de prévention inclusives et axées sur l'équité. Dans une moindre mesure, des recommandations sont formulées en matière d'intersectorialité, de leadership et de gouvernance, de contextualisation et de renforcement de la capacité des parties prenantes. Les recommandations les plus fréquentes au sujet de ces différentes dimensions sont résumées dans le tableau 2.5 et les paragraphes suivants.

FIGURE 2.14: PRÉSENCE DES DIFFÉRENTS TYPES DE RECOMMANDATIONS STRUCTURELLES DANS LES DOCUMENTS ANALYSÉS (N=58 DOCUMENTS) *



* La plupart des documents émettent plusieurs types de recommandations transversales.

2.3.2.1 *Tableau de synthèse*

Le tableau 2.5 propose une synthèse des recommandations transversales inventoriées dans notre corpus de 58 documents d'intérêt majeur, selon 5 niveaux de force de la recommandation : très élevé (A), élevé (B), intermédiaire (C), discutable (D) et faible (E) (voir légende sous le tableau). Il est important de rappeler qu'il s'agit d'une cotation indicative donnée par les auteurs afin d'aiguiller le lecteur dans la hiérarchisation de l'information présentée. Pour une appréciation plus fine des données, il est suggéré de se rapporter aux paragraphes rédigés à la suite du tableau, dans lesquels un bref résumé de la littérature est présenté pour chacune des recommandations énoncées.

TABLEAU 2.5: SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES

RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES	NIVEAU				
	A	B	C	D	E
APPROCHE GLOBALE ET SYSTÉMIQUE					
<i>Adopter une approche globale intégrant la promotion des saines habitudes de vie à d'autres domaines d'intervention politique complémentaires</i>					
<i>Adopter une approche systémique reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'intervention</i>					
APPROCHE INTERSECTORIELLE ET INTÉGRÉE					
<i>Adopter une approche mobilisant de nombreux secteurs d'activités et de nombreux acteurs à l'échelle nationale, régionale et locale</i>					
<i>Adopter une démarche préventive intégrée de «santé dans toutes les politiques»</i>					
LEADERSHIP, GOUVERNANCE ET TRANSPARENCE					
<i>Renforcer le leadership des responsables politiques, des autorités et des acteurs de santé publique</i>					
<i>Favoriser la mise en place de structures de concertation et de coordination dédiées aux paliers gouvernemental et local</i>					
<i>Favoriser la participation des représentants de la communauté et du public ciblé à la planification de l'action</i>					
<i>Renforcer la transparence et la responsabilité de toutes les parties prenantes, notamment du secteur privé</i>					
CONTEXTUALISATION ET ÉTABLISSEMENT DE PRIORITÉS					
<i>Faire de la promotion des saines habitudes de vie et de la prévention de l'obésité une priorité</i>					
<i>Établir des objectifs prioritaires d'intervention en tenant compte des données probantes disponibles</i>					
<i>Établir des objectifs prioritaires d'intervention en tenant compte de la situation sanitaire et des interventions en cours</i>					
<i>Développer les interventions en tenant compte des caractéristiques et des besoins de la population ciblée</i>					
<i>Tenir compte de la faisabilité et de l'acceptabilité sociale et politique des interventions</i>					

RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES	NIVEAU				
ÉQUITÉ ET INCLUSION	A	B	C	D	E
<i>Développer un ensemble d'interventions permettant de toucher à la fois la population générale et des groupes plus spécifiques</i>					
<i>Rendre prioritaire l'intervention auprès de certains groupes d'âge, en particulier les jeunes</i>					
<i>Réduire les inégalités territoriales de santé en matière d'offre alimentaire, d'environnement bâti et de services favorables à l'activité physique</i>					
<i>Réduire les inégalités de santé liées au genre, à l'éducation ou aux aptitudes de certains publics</i>					
<i>Veiller à ne pas accroître les inégalités de santé lors du recours à certaines mesures de prévention</i>					
MOBILISATION DE RESSOURCES	A	B	C	D	E
<i>Mobiliser des ressources humaines qualifiées et s'appuyer sur des structures existantes à l'échelle de la communauté</i>					
<i>Mobiliser des financements dédiés à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention de l'obésité</i>					
<i>Solliciter une réallocation de fonds en provenance d'autres secteurs au profit de la santé publique</i>					
REINFORCEMENT DE LA CAPACITÉ DES PARTIES PRENANTES	A	B	C	D	E
<i>Renforcer les capacités des professionnels travaillant auprès des jeunes, notamment en milieu scolaire</i>					
<i>Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de la santé</i>					
<i>Renforcer les connaissances et les compétences de toutes les parties prenantes dans la communauté</i>					
<i>Renforcer les capacités des acteurs intervenant auprès des populations vulnérables</i>					
VISION À LONG TERME ET PÉRENNISATION	A	B	C	D	E
<i>Favoriser une approche préventive «tout au long de la vie»</i>					
<i>Favoriser la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions sur le long terme</i>					
<i>Favoriser un financement pérenne des interventions</i>					
RECHERCHE, SURVEILLANCE ET ÉVALUATION	A	B	C	D	E
<i>Poursuivre et approfondir la recherche sur les saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité</i>					
<i>Consolider les dispositifs de surveillance des habitudes de vie et du statut pondéral</i>					
<i>Systématiser et renforcer l'évaluation des processus et des impacts des interventions</i>					

Légende

- A** **TRÈS ÉLEVÉ**: recommandations très fréquentes ou soutenues par des données probantes convaincantes
- B** **ÉLEVÉ**: recommandations fréquentes ou soutenues par des données probantes prometteuses
- C** **INTERMÉDIAIRE**: recommandations occasionnelles ou soutenues par des données probantes émergentes
- D** **DISCUTABLE**: recommandations équivoques ou soutenues par des données probantes mitigées
- E** **FAIBLE**: peu de recommandations ou peu de données probantes

2.3.2.2 Approche globale et systémique

- **Adopter une approche globale intégrant la promotion des saines habitudes de vie à d'autres domaines d'intervention politique complémentaires **B**** : Il est recommandé dans plusieurs documents de rapprocher la prévention de l'obésité de la lutte contre les maladies chroniques (diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, certains cancers). Il est aussi recommandé de rapprocher la prévention de l'obésité d'autres défis majeurs rencontrés par nos sociétés, ceux-ci ayant souvent des causes et des solutions communes. Il s'agit notamment des politiques relatives aux échanges commerciaux, aux investissements étrangers, à la fiscalité, à l'éducation, à la sécurité alimentaire, à l'agriculture, à la production alimentaire, à la sécurité sanitaire des aliments, à l'aménagement urbain, au développement durable, au changement climatique et à la protection de l'environnement (Graff et collab., 2012; Gortmaker et collab., 2011; NICE, 2012a; Consumer International and World Obesity, 2014).
- **Adopter une approche systémique reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'intervention **A**** : le recours à une approche systémique en prévention de l'obésité se justifie par son étiologie multifactorielle et multiniveaux. Par conséquent, il est recommandé d'avoir recours à une stratégie combinant simultanément différents types d'intervention, sur le long terme, à l'échelle de l'individu et de son environnement (Sassi, 2010; Gortmaker et collab., 2011; IOM, 2012; WHO, 2012; Hawkes, 2013). Il convient de tenir compte du fait que des interventions ne conduisant qu'à des effets de petite taille lorsque évaluées isolément peuvent toutefois constituer des composantes importantes d'une stratégie plus globale (Gortmaker et collab., 2011; Graff et collab., 2012). Cette approche systémique doit permettre de toucher une « masse critique » de la population afin d'espérer infléchir puis inverser les courbes de prévalence de l'embonpoint, de l'obésité et de leurs comorbidités (Sassi, 2010; NICE, 2012a).

2.3.2.3 Approche intersectorielle et intégrée

- **Adopter une approche mobilisant de nombreux secteurs d'activités et de nombreux acteurs à l'échelle nationale,**

régionale et locale **A** : les comportements alimentaires et l'activité physique sont conditionnés par une grande diversité de facteurs à l'échelle de l'individu et de ses environnements physique, familial, scolaire, professionnel, social, culturel, économique et politique. Dans notre corpus, il est donc très fréquemment recommandé de s'appuyer sur les ressources et compétences de nombreux secteurs d'activités, que ce soit à l'échelle nationale, régionale, municipale, des communautés ou des milieux de vie (école, loisirs, travail, etc.). En matière de promotion des saines habitudes alimentaires, cela requiert notamment l'implication du secteur agroalimentaire (producteurs, industriels, distributeurs, détaillants, restaurateurs), du secteur éducatif (milieu scolaire, professionnels de la petite enfance, parents), du secteur de la santé, des médias et du milieu associatif. En matière de promotion de l'activité physique, cela demande la participation des secteurs éducatifs, associatifs, de la santé, des sports et loisirs, des transports, du logement, de la ville, de l'aménagement du territoire et du secteur privé, incluant les médias et l'industrie du divertissement (WCRF, 2009 ; IOM, 2012 ; WHO, 2012).

- **Adopter une démarche préventive intégrée de « santé dans toutes les politiques »** **B** : pour une approche intersectorielle cohérente et efficace, il est généralement recommandé de mettre en place, autour des autorités de santé publique, des mécanismes de concertation et de coordination entre les décideurs, les gestionnaires, les techniciens et les parties prenantes. Cela doit permettre une intégration des préoccupations de santé publique dans toutes les politiques gouvernementales et, par conséquent, la mise en place d'actions articulées et complémentaires. Cela renvoie par exemple à l'intégration de préoccupations de santé dans les politiques agricoles et alimentaires, éducatives, sociales, économiques, de transport, d'environnement et de développement durable. Il est aussi recommandé de penser conjointement les stratégies de prévention primaire et de prévention secondaire des maladies chroniques associées à l'alimentation, à l'activité physique et au surplus de poids (p. ex., hypertension, maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, certains cancers) (De Schutter, 2011 ; WHO, 2012 ; Active Healthy Kids, 2012).

2.3.2.4 *Leadership, gouvernance et transparence*

- **Renforcer le leadership des responsables politiques, des autorités et des acteurs de santé publique **B**** : dans notre corpus, il est recommandé de favoriser et de maintenir un leadership politique de haut niveau à l'échelle nationale (premier ministre, ministres, députés) comme à l'échelle locale (maires, conseillers, élus). Certaines organisations non gouvernementales et coalitions (par leurs activités de plaidoyer), mais également l'ensemble du réseau de santé publique, peuvent stimuler ce leadership. Par ailleurs, les organisations de santé publique (ministères, agences, directions), et plus particulièrement leurs directeurs, sont invitées à jouer un rôle majeur dans le développement et la mise en œuvre de partenariats avec certains acteurs incontournables ainsi que dans l'implantation d'actions exemplaires dans leurs propres établissements (offre alimentaire, programmes d'activité physique). Enfin, les équipes de santé publique sont invitées à renforcer leurs collaborations avec les acteurs de la société civile, en particulier les professionnels du milieu scolaire (WCRE, 2009 ; WHO, 2011 ; WHO, 2012 ; NICE, 2012a ; Heath et collab., 2012).
- **Favoriser la mise en place de structures de concertation et de coordination aux paliers gouvernemental et local **B**** : compte tenu de la nécessité d'une approche intersectorielle en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité, la mise en place de structures facilitant ce type d'approche est souvent évoquée dans notre corpus. Au palier gouvernemental (p. ex., à l'échelle d'un pays, d'un état, d'une province), cela peut se concrétiser par la mise en place d'un comité de travail interministériel. Au palier local, cela peut se traduire par la constitution de comités de pilotage intersectoriels à l'échelle d'une ville, d'une communauté ou d'une école. Afin d'assurer la cohérence de l'action sur le territoire ou dans le milieu concerné, il est important que le réseau de santé publique soit impliqué (CDC, 2011c ; WHO, 2012 ; IOM, 2013).
- **Favoriser la participation des représentants de la communauté et du public ciblé à la planification de l'intervention **B**** : afin de tenir compte du contexte d'intervention et de faciliter sa mise en œuvre et son acceptation par la population, il est conseillé d'impliquer des acteurs-clés de la communauté (acteurs renommés,

«porte-drapeaux» de groupes vulnérables) et des représentants du public cible (p. ex., parents, élèves) (Sallis et Glanz, 2009; NICE, 2009; WHO, 2009; CDC, 2011c; King et collab., 2011; OMS, 2013).

- **Renforcer la transparence et la responsabilité de toutes les parties prenantes, notamment le secteur privé **B**** : l'étiologie multifactorielle de l'embonpoint et de l'obésité appelle une responsabilité partagée et une implication de tous les secteurs de la société dans la mise en œuvre de solutions (IOM, 2012). Bien que la mobilisation de nombreux acteurs se fasse sur une base volontaire, les décideurs et organisations de santé publique sont invités à clarifier le rôle de chaque acteur et à encourager son implication. Au-delà d'activités de concertation, il peut être utile d'avoir recours à des chartes, des accords, des déclarations d'engagement volontaire à court, moyen et long terme, ou à des mécanismes plus coercitifs (Graff et collab., 2012; NICE, 2012a; IOM, 2013). Plusieurs recommandations soulignent le besoin de transparence et de prévention des conflits d'intérêts associés à la commandite ou au parrainage d'interventions de promotion de la santé par le secteur privé (King et collab., 2011; WHO, 2012; NICE, 2012a; GAIN, 2013).

2.3.2.5 Contextualisation et établissement de priorités

- **Faire de la promotion des saines habitudes de vie et de la prévention de l'obésité une priorité **B**** : plusieurs recommandations portent avant tout sur la nécessité de faire de la promotion des saines habitudes de vie et de la prévention de l'obésité une priorité politique et stratégique à l'échelle nationale et locale, associée à des objectifs clairs, concis et mesurables à court, moyen et long terme. Est notamment mentionné l'intérêt d'un plan de communication sur les actions en cours ou à venir, à l'aide de nombreux porte-parole et d'un discours commun, audible et relayé dans les médias (NICE, 2009; NICE, 2012a; Active Healthy Kids Canada, 2012).
- **Établir des objectifs prioritaires d'intervention en tenant compte des données probantes disponibles **A**** : afin de déterminer les priorités d'actions et d'orienter le développement des interventions, plusieurs documents rappellent l'importance de

s'appuyer sur des cadres théoriques, des modèles logiques et des données probantes (Waters et collab., 2011 ; King et collab., 2011 ; WHO, 2012 ; Heath et collab., 2012). Toutefois, selon Graff et collab. (2012), des données probantes incomplètes ne doivent pas nécessairement freiner la mise en œuvre d'interventions pourvu que l'on prenne la juste mesure de leurs avantages et de leurs inconvénients et que des évaluations rigoureuses soient planifiées. Selon Faulkner et collab. (2011), lorsque la pertinence d'une intervention est étayée par des données encourageantes bien que non suffisantes, la prise de décision pourrait davantage tenir à ses éventuels effets indésirables plutôt qu'à la portée de son efficacité. En matière de priorité, Gortmaker et collab. (2011) interpellent les décideurs afin qu'ils pèsent les bénéfices relatifs d'interventions efficaces ne touchant qu'un petit nombre d'individus en regard d'interventions d'efficacité plus modeste mais permettant d'atteindre une plus grande partie de la population. À ce sujet, Graff et collab. (2012) considèrent que les politiques (lois, règlements, contrats, accords) sont plus prometteuses que les programmes (plans ou systèmes conduisant à l'offre de services), car elles permettent de toucher une grande part de la population, sont plus coercitives et survivent à l'alternance politique. En matière décisionnelle, l'*Institute of Medicine* évoque l'intérêt de laisser parfois une certaine latitude aux décideurs politiques dans leurs choix, car cela pourrait aider à saisir les occasions d'agir lorsqu'elles se présentent et investir dans un contexte où les chances de succès sont plus grandes (IOM, 2012).

- **Établir des objectifs prioritaires d'intervention en tenant compte de la situation sanitaire et des interventions en cours** **A** : afin d'adapter les interventions aux besoins de la population, plusieurs documents de notre corpus conseillent de faire le point sur la situation sanitaire du territoire visé en ce qui concerne la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité, les consommations alimentaires et les niveaux d'activité physique, (King et collab., 2011 ; WHO, 2012 ; Wilson et collab., 2012). À l'échelle locale, il est recommandé de consulter les parties prenantes lors de l'établissement des priorités d'intervention et de faire l'inventaire des politiques et programmes en cours afin de tirer parti de l'existant. Il est aussi précisé que les chances de succès d'une intervention sont plus importantes si celle-ci est cohérente avec les objectifs fixés à l'échelle nationale et si sa mise en œuvre est associée à des

interventions en cours dans la communauté (King et collab., 2011 ; WHO, 2012 ; NICE, 2012a).

- **Développer les interventions en tenant compte des caractéristiques et des besoins de la population ciblée **A**** : il est recommandé de bien spécifier et définir la (ou les) population(s) ciblée(s) par les interventions ainsi que les résultats attendus (OMS, 2013). Dans le cas d'interventions ciblées, il est recommandé d'adapter «sur mesure» le contenu et le format des actions en tenant compte des valeurs, croyances, motivations des groupes visés, notamment lors de la formulation des messages. Dans le cas de groupes de population socialement défavorisés, il est conseillé de veiller à l'accessibilité de l'intervention (attractivité, flexibilité, horaire, coût, etc.) et de s'appuyer sur des «acteurs-relais», fiables et reconnus par le public cible (King et collab., 2011 ; OMS, 2013 ; Hawkes, 2013 ; NICE, 2012a). Dans le cas d'interventions touchant les enfants, des données rapportées par Wilson et collab. (2012) indiquent que, lorsque cela est possible, faire participer les parents à l'intervention pourrait contribuer à renforcer leurs propres connaissances et aptitudes, mais aussi à garantir une cohérence entre ce que les enfants apprennent à la maison et à l'école. Dans le cas des jeunes enfants, certaines recommandations indiquent que les interventions devraient tenir compte du vocabulaire et du degré de compréhension des parents quant à la problématique abordée. Un prétest des messages et des outils est fréquemment recommandé (King et collab., 2011 ; Summerbell et collab., 2012 ; WHO, 2012).
- **Tenir compte de la faisabilité et de l'acceptabilité sociale et politique des interventions **B**** : il est recommandé d'apprécier la faisabilité d'une intervention par un état des lieux des leviers et des barrières en présence : ressources financières, main-d'œuvre, compétences disponibles, partenaires potentiels, simplicité de mise en œuvre, acceptabilité sociale et politique, viabilité juridique, etc. (King et collab., 2011 ; Graff et collab., 2012 ; IOM, 2012). À l'échelle locale, il est mentionné que moins de barrières sont rencontrées dans la mise en œuvre d'interventions lorsqu'elles sont accueillies positivement par la communauté et s'appuient sur des structures sociales existantes (p. ex., écoles, rencontres de personnes âgées, etc.) (WHO, 2009, 2012).

2.3.2.6 Équité et inclusion

L'équité et l'inclusion renvoient à l'importance d'identifier clairement les publics ciblés par les interventions en veillant à ne pas exclure certains groupes en raison de leur âge, de leur sexe, de leur situation socioéconomique, de leur langue, de leur culture ou de leurs aptitudes (King et collab., 2011, WHO, 2012). Cela apparaît d'autant plus important que les groupes socialement défavorisés présentent généralement des conditions et habitudes de vie moins favorables à la santé. En corollaire, la prévalence de l'embonpoint, de l'obésité et des maladies chroniques est généralement plus élevée dans ces groupes (IOM, 2009; Graff et collab., 2012).

- **Développer un ensemble d'interventions permettant de toucher à la fois la population générale et des groupes plus spécifiques **A**** : dans notre corpus, il est fréquemment recommandé de porter une attention particulière aux groupes de populations à risques accrus d'embonpoint et d'obésité, en particulier chez les groupes et dans les quartiers socialement défavorisés. Pour ce faire, il est conseillé de développer une « double méthode » de prévention, conjuguant des interventions ciblant l'ensemble de la population (en veillant à ce qu'elles soient accessibles à tous) et des interventions ciblant les besoins de certains groupes de population selon leurs risques, leurs habitudes de vie, leur situation sociale, leur niveau de revenus ou encore leur milieu de vie (WHO, 2009; Sassi, 2010; De Schutter et collab., 2011; NICE 2012a; OMS, 2013; Loring et Robertson, 2014). En particulier, il est recommandé de ne pas se limiter à des campagnes unidimensionnelles axées sur l'information, celles-ci étant généralement plus efficaces auprès des populations caractérisées par des niveaux élevés d'instruction et d'autonomie (OMS, 2013).
- **Rendre prioritaire l'intervention auprès de certains groupes d'âge, en particulier les jeunes **B**** : l'importance de rendre prioritaire l'action auprès des jeunes est soulignée dans plusieurs documents, afin d'influer au plus tôt sur les habitudes de vie et le gain de poids, et de préserver la santé des générations futures (WCRF, 2009; Gortmaker et collab., 2011; WHO, 2012). Il est aussi souligné que la petite enfance, l'enfance et l'adolescence sont des périodes de la vie privilégiées dans la construction des préférences sensorielles et des habitudes de vie. Une sensibilisation préventive

des parents (notamment des mères) quant au risque de surplus de poids de leur enfant serait notamment efficace. Le rôle de « modèle » des parents et plus globalement des adultes en contact avec les jeunes est parfois présenté comme une clé de succès (Étiévant et collab., 2010; Summerbell et collab., 2012). D'autre part, Étiévant et collab. (2010) soulignent que la vieillesse est une période où les comportements alimentaires peuvent devenir plus instables, ce qui rend le rôle des aidants et de l'entourage des personnes âgées crucial dans le maintien de saines habitudes alimentaires.

- **Réduire les inégalités territoriales de santé en matière d'offre alimentaire, d'environnement bâti et de services favorables à l'activité physique ** : le constat selon lequel les familles et individus à moindres revenus vivent, grandissent, jouent, travaillent dans des environnements moins favorables à la santé est fréquent. Aussi, il est souvent recommandé de concentrer des efforts envers ces groupes : amélioration de l'offre alimentaire dans les milieux de vie, politiques favorables à l'installation de supermarchés, installation d'aires de jeux et de parcs dans les écoles, activité physique sur le temps scolaire, environnement physique favorable à la marche et au transport actif (rues, trottoirs, pistes cyclables, sécurité). Ce type d'actions résultant généralement de processus décisionnels à l'échelle régionale et locale, il est recommandé de consulter des représentants des groupes ciblés et de s'appuyer sur des « champions » dans la communauté (Lovasi et collab., 2009; WHO, 2009; Wilson et collab., 2012; IOM, 2009, 2011, 2012, 2013).
- **Réduire les inégalités de santé liées au genre, à l'éducation ou aux aptitudes de certains publics ** : il est conseillé de veiller à développer des interventions tenant compte de l'incapacité physique et des troubles d'apprentissage de certains enfants ainsi que du degré d'alphabétisation des parents. À cet effet, tester l'utilisation de nouveaux outils ou dispositifs en amont de leur diffusion est recommandé. Il est aussi conseillé de développer des interventions veillant plus particulièrement à promouvoir l'activité physique auprès des jeunes filles sur le temps scolaire et périscolaire, en tenant compte de leurs préférences et préoccupations relatives à l'image corporelle (NICE, 2009; IOM, 2011; WHO, 2012; Summerbell et collab., 2012).

- **Veiller à ne pas accroître les inégalités de santé lors du recours à certaines mesures de prévention C :** Étievant et collab. (2010) soulignent l'importance de développer des messages de prévention audibles par le plus grand nombre, ces messages étant parfois mal compris ou jugés culpabilisant par certains groupes de population. Il est aussi recommandé d'apprécier le risque d'accroissement des inégalités de santé pouvant être associé à certaines mesures politiques ou économiques telles que les taxes nutritionnelles, jugées régressives en ce qu'elles font supporter une contribution financière plus lourde aux individus à faibles revenus (notamment lorsque ceux-ci sont de plus grands consommateurs des produits visés, tels que les boissons sucrées) (voir section 2.3.4.6). Enfin, la nécessité de développer des politiques et des programmes en matière de sécurité alimentaire est également mentionnée (White House Task Force, 2010; Wilson et collab., 2012; WHO, 2011).

2.3.2.7 Mobilisation de ressources

- **Mobiliser des ressources humaines qualifiées et s'appuyer sur des structures existantes à l'échelle de la communauté C :** à l'échelle locale, le *National Institute for Health and Care Excellence* souligne l'intérêt de mettre en place une équipe de santé publique responsable du développement d'une approche coordonnée de prévention de l'obésité. Cette équipe devrait au minimum pouvoir s'appuyer sur un directeur stratégique et un coordinateur responsable de la mobilisation des acteurs locaux. Dans un tel cadre, il est recommandé que les membres d'une telle équipe dédient une partie significative de leur temps à la prévention de l'obésité et bénéficient de la formation nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. Cette équipe gagnerait à s'appuyer sur quelques acteurs-clés dans la communauté afin de cartographier l'ensemble des parties prenantes et des infrastructures avec lesquelles il est possible de travailler (NICE, 2009, 2012). La nécessité de mobiliser des ressources humaines suffisantes aux autres paliers de gouvernement est aussi ponctuellement évoquée (Gortmaker et collab., 2011).
- **Mobiliser des financements dédiés à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention de l'obésité B :** afin d'assurer le financement des interventions, plusieurs leviers d'action sont indiqués dans notre corpus. À l'échelle

gouvernementale, la création d'agences ou de fondations dédiées à la promotion de la santé est évoquée, de même que leur possible financement par le biais de taxes sur le tabac, l'alcool ou de taxes nutritionnelles (Gortmaker et collab., 2011 ; WHO, 2012). Compte tenu du caractère régressif de telles taxes, touchant généralement davantage les groupes à plus faibles revenus, Graff et collab. (2012) évoquent la possibilité d'allouer une partie des recettes à des actions de promotion de la santé en faveur des groupes défavorisés. À l'échelle locale, la sollicitation de fonds et de matériel auprès de différents partenaires est préconisée (NICE, 2012a). Lorsque des financements privés sont accordés, il est recommandé d'en assurer la transparence et de prévenir les éventuels conflits d'intérêts (Sassi, 2010). Dobbins et collab. (2013) évoquent également la possible sollicitation des décideurs locaux et provinciaux par les acteurs de santé publique et du milieu scolaire afin d'allouer davantage de moyens à la promotion de l'activité physique dans les écoles.

- **Solliciter une réallocation de fonds en provenance d'autres secteurs au profit de la santé publique **B**** : certains documents évoquent la possibilité de mobiliser des fonds en provenance d'autres secteurs que la santé, mais aussi concernés par la prévention de l'obésité, tels que les transports (construction de pistes cyclables), la protection sociale (programmes d'aide alimentaire) ou l'aménagement du territoire (amélioration de la marchabilité d'un quartier) (Graff et collab., 2012 ; OMS, 2013). À cet effet, la possibilité d'allouer un pourcentage à la promotion de la santé dans le budget d'autres domaines d'action publique est évoquée (WHO, 2012). Face au coût d'entretien parfois élevé de certaines infrastructures, un accord d'utilisation partagée entre plusieurs partenaires peut justifier une mutualisation des ressources. Par exemple, selon Graff et collab. (2012), les autorités locales peuvent conclure des partenariats avec les écoles afin que les aires de jeux et les terrains de sport soient accessibles à la population en dehors des heures d'école.

2.3.2.8 Renforcement de la capacité des parties prenantes

- **Renforcer les capacités des professionnels travaillant auprès des jeunes, notamment en milieu scolaire **A**** : il est souvent recommandé de former à la fois les enseignants et les professionnels du milieu scolaire afin qu'ils soient en mesure de

promouvoir l'activité physique des élèves tout au long de leurs études. Au-delà des compétences pédagogiques généralement requises, la nécessité de connaissances spécifiques relativement au développement physique et mental des jeunes, à la physiologie de l'exercice et au développement des capacités motrices est soulignée. L'acquisition de ces compétences par l'intermédiaire de leur formation initiale, de formations continues, d'ateliers, de conférences, de séminaires et webinaires, etc. est proposée (NICE, 2009 ; IOM, 2011, 2013). Des recommandations du même ordre, étendues aux compétences nutritionnelles et à l'ensemble des professionnels travaillant auprès des jeunes (incluant les professionnels de la santé, des jeux et loisirs, de la restauration), sont aussi formulées à plusieurs reprises (CDC, 2011c ; IOM, 2011 ; WHO, 2012). Dans le cas des professionnels de la petite enfance, selon l'*Institute of Medicine*, il est important de renforcer leurs aptitudes à conseiller les parents en matière de nutrition, d'activité physique, de sommeil et de réduction du temps d'écrans. Il est souligné que l'ensemble des organisations universitaires et professionnelles certifiant ces compétences ainsi que les autorités réglementant l'exercice de ces professions peuvent jouer un rôle-clé à cet effet (IOM, 2011).

- **Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de la santé B** : plusieurs documents de notre corpus mettent l'accent sur les compétences à renforcer chez les professionnels de la santé afin de favoriser la promotion de saines habitudes alimentaires et de l'activité physique dans les milieux de soins ainsi que le diagnostic, le conseil et l'orientation des patients en embonpoint ou obèses (White House Obesity Task Force, 2010 ; Haemer et collab., 2011 ; NICE, 2013). Cette recommandation prend d'autant plus d'importance que, selon Haemer et collab. (2011), l'acquisition de ces compétences semble stimuler le diagnostic, le conseil et le suivi des patients. Selon ces auteurs, il conviendrait notamment de renforcer les capacités d'évaluation du statut pondéral et de détection des comorbidités, les capacités d'utilisation de techniques de conseil et d'entretien motivationnel, ainsi que les capacités d'administration de traitements aux patients selon la sévérité de leur pathologie et leur motivation. Le cas échéant, renforcer les capacités des professionnels à orienter les patients vers d'autres professionnels serait également important. Selon Haemer et collab. (2011), les données disponibles quant aux interventions

de formation les plus efficaces sont encore peu nombreuses et tendent à valoriser les formations présentielles de forte intensité et sur plusieurs jours (Haemer et collab., 2011).

- **Renforcer les connaissances et les compétences de toutes les parties prenantes dans la communauté** **B** : il est recommandé de renforcer les connaissances et les capacités des acteurs impliqués dans la prévention de l'obésité à l'échelle de la communauté, qu'il s'agisse de décideurs, bénévoles ou professionnels de différents secteurs (santé publique, soins, éducation, restauration, transport, loisirs, etc.). Il est recommandé de cibler à la fois des thématiques spécifiques (prévention de l'embonpoint et de l'obésité, promotion de l'activité physique, nutrition) et transversales (animation de réseaux, techniques de mobilisation locale, etc.) (King et collab., 2011 ; Heath et collab., 2012 ; WHO, 2012 ; IOM, 2012 ; NICE, 2012a).
- **Renforcer les capacités des acteurs intervenant auprès des populations vulnérables** **C** : plus ponctuellement, la nécessité de renforcer les capacités des intervenants auprès de ces groupes est indiquée du fait des adaptations parfois nécessaires en ce qui concerne les messages à véhiculer et les conseils à prodiguer (OMS, 2013).

2.3.2.9 *Vision à long terme et pérennisation*

- **Favoriser une approche préventive « tout au long de la vie »** **B** : il est recommandé d'adopter une approche préventive ciblant toutes les classes d'âge afin de favoriser l'acquisition et le maintien de saines habitudes tout au long de la vie (Gortmaker et collab., 2011 ; De Schutter et collab., 2011 ; WHO, 2012). Des interventions de promotion de la santé visant spécifiquement les enfants, les jeunes femmes, les mères et plus globalement les adultes sont aussi préconisées (WCRF, 2009).
- **Favoriser la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions sur le long terme** **A** : la nature même des maladies chroniques et de l'obésité, qui tendent à se développer dans la durée, requiert la mise en œuvre de plans, de stratégies et d'interventions combinées sur le long terme (WCRF, 2009 ; Waters et collab., 2011 ; IOM, 2012, 2013). Pourtant, les effets des interventions, lorsqu'ils sont mesurés, le sont bien souvent à court ou moyen terme, mettant en

évidence des changements dont on ignore la durabilité ou inversement, ne montrant aucun changement là où des effets n'apparaîtront peut-être que bien plus tard (Jones et collab., 2011 ; Sharma, 2011). Au moyen de modélisations, Sassi (2010) confirme que la durabilité de certaines interventions est l'un des facteurs-clés de leur succès. Pour gagner en pérennité, à l'échelle de la communauté, l'*Organisation mondiale de la Santé* recommande de s'appuyer sur la capacité des acteurs locaux à initier eux-mêmes des interventions, de tirer parti des structures et des systèmes déjà en place, et de favoriser le partage d'expérience entre les parties prenantes (WHO, 2012).

- **Favoriser un financement pérenne des interventions** **C** : le *National Institute for Health and Care Excellence* souligne que la durabilité et le transfert à plus grande échelle des interventions «pilotes» ne peuvent se faire sans une garantie de financement pérenne. Par conséquent, les partenaires des interventions de promotion de la santé sont encouragés à mobiliser des ressources au-delà d'un seul cycle financier ou politique (NICE, 2012a). Des approches créatives sont requises à cet effet. L'*Organisation mondiale de la Santé* évoque la possibilité de lever des fonds auprès de partenaires privés à condition de conserver une indépendance dans le développement et la mise en œuvre de l'intervention, ou encore de lever des fonds dédiés au moyen de taxes nutritionnelles (à l'instar des taxes existantes sur le tabac ou sur l'alcool) (WHO, 2012).

2.3.2.10 Recherche, surveillance et évaluation

- **Poursuivre et approfondir la recherche sur les saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité** **A** :
 - > Méthodes de recherche à privilégier : plusieurs documents inclus dans notre revue insistent sur l'importance de concevoir des devis robustes, incluant des tailles d'échantillon adaptées, des mesures valides et fiables des comportements et un suivi du degré de mise en œuvre des protocoles. Est aussi rappelée l'importance de mettre en lumière les chaînes de causalité et les médiateurs à l'origine des changements de comportements, en tenant compte du poids relatif de chaque déterminant et en intégrant tant les caractéristiques de l'individu que celles de son environnement physique et social. Il est recommandé de soutenir la recherche

portant sur des interventions concrètes, intenses et durables menées sur le terrain, d'autant que les acteurs locaux ne disposent souvent pas des ressources ou de l'expérience suffisantes pour mener à bien l'évaluation de leurs interventions. Les facteurs garantissant une bonne mise en œuvre des études et les conditions de leur transfert à plus grande échelle devraient être davantage étudiés (NICE, 2009; Étievant et collab., 2010; Khambalia et collab., 2012; OMS, 2013).

- > Objets de recherche à privilégier: il est fréquemment recommandé de poursuivre les recherches sur les barrières et les facteurs facilitant l'adoption de saines habitudes de vie. En matière d'alimentation, Étievant et collab. (2010) soulignent l'importance d'étudier l'influence de l'offre sur la consommation (qualité des produits, prix, disponibilité), les mécanismes d'arbitrage lors de l'achat, ou encore les déterminants de la prise d'aliments, de boissons et de repas. En matière d'activité physique, un besoin de développement de connaissances est souligné dans de nombreux domaines, tels que la pratique d'activité physique dès le plus jeune âge, l'éducation physique en milieu scolaire, l'influence des capacités motrices des jeunes sur leurs pratiques, l'étiologie des comportements sédentaires (notamment le temps passé devant les écrans), l'influence de la famille et des pairs, l'influence de l'environnement bâti à l'école, les conditions d'accès à certaines infrastructures dans la communauté (parcs, airs de jeux, etc.), l'impact des politiques, lois et règlements touchant le milieu scolaire, les facteurs stimulant le transport actif, l'influence du désavantage social sur la pratique d'activité physique (Active Healthy Kids Canada, 2012; Dobbins et collab., 2013; OMS, 2013).
- > Attention pour les groupes spécifiques: Dobbins et collab. (2013) soulignent l'importance de mieux comprendre les barrières et les leviers à l'adoption de saines habitudes de vie selon l'âge, le sexe, la catégorie socioéconomique ou le lieu de vie (urbain ou rural). Il est aussi recommandé de renforcer la recherche en promotion des saines habitudes de vie chez les groupes défavorisés, notamment afin de déterminer les circonstances dans lesquelles il est préférable de développer des interventions les ciblant spécifiquement ou lorsqu'il est préférable de cibler la population générale (Mozzafarian et collab., 2012; OMS, 2013).

- **Consolider les dispositifs de surveillance des habitudes de vie et du statut pondéral ** :

- > Suivi individualisé : plusieurs documents soulignent l'importance de s'appuyer sur les professionnels de la santé, du milieu scolaire et du milieu de travail afin d'évaluer la qualité des habitudes de vie et l'évolution du statut pondéral des individus (notamment les jeunes), et afin de proposer un suivi aux patients/élèves/employés à risque. Dans notre corpus de documents, l'importance de mesurer régulièrement l'évolution du poids et de la taille des jeunes enfants au moyen des courbes de croissance de l'OMS ou du CDC est fréquemment soulignée. Il est recommandé que les professionnels concernés bénéficient de la formation nécessaire à la mise en œuvre de ce suivi (IOM, 2011 ; CDC, 2011c ; Gortmaker et collab., 2011).
- > Systèmes de surveillance : de nombreux documents interpellent les acteurs gouvernementaux à tous les paliers afin que des systèmes d'information robustes soient prioritairement développés ou renforcés pour surveiller les habitudes de vie et la santé de la population. Pour ce faire, il est recommandé de mobiliser de nombreuses parties prenantes en tirant parti des dispositifs de collecte d'information déjà en place (notamment dans les milieux scolaires et les milieux de soins) et de renforcer les volets nutrition et activité physique des enquêtes populationnelles (exhaustivité, précision, validité et standardisation des indicateurs collectés). En particulier, il est suggéré de privilégier des données mesurées plutôt qu'auto-rapportées (p. ex., au moyen de biomarqueurs des habitudes alimentaires, de podomètres, d'accéléromètres). Il est aussi indiqué qu'idéalement, ces enquêtes devraient être longitudinales et faire l'objet de collectes de données à intervalles de temps réguliers. Par ailleurs, comparer davantage les rapports de surveillance aux recommandations officielles en matière d'alimentation et d'activité physique pourrait éclairer les prises de décision et contribuer à mieux mesurer dans le temps les progrès accomplis (Mozzafarian et collab., 2012 ; IOM, 2013 ; WHO, 2011, 2012). L'importance d'une collecte de données à l'échelle locale est aussi suggérée, afin de faire un état des lieux de la santé de la population, d'inventorier les interventions déjà en place et d'identifier les besoins et priorités d'action (WHO, 2009 ; CDC, 2011c).

- > Données manquantes: en matière de surveillance, de nombreux documents soulignent l'importance d'enrichir les bases de données. En matière d'activité physique, il est notamment question de documenter davantage le temps et l'intensité de l'activité physique à de multiples occasions (en famille, lors de déplacements, sur le temps de jeu, à l'école, lors d'activités périscolaires et sportives, au travail), le temps d'éducation physique à l'école, le temps d'activités sédentaires (temps d'écran, travail posté), le temps d'activité physique total mesuré au moyen d'instruments de mesure appropriés, et les nombreuses caractéristiques de l'environnement bâti susceptibles d'encourager l'activité physique (Mozzafarian et collab., 2012; Active Healthy Kids Canada, 2012; IOM, 2013). Plus généralement, l'importance d'intégrer un minimum de déterminants sociaux au recueil de données est rappelée (âge, sexe, revenus, éducation, profession) (OMS, 2013).
- **Systématiser et renforcer les évaluations de processus et des impacts des interventions ^A**:
 - > Rendre l'évaluation incontournable: de nombreux documents soulignent l'importance de faire de l'évaluation une composante incontournable des interventions. Pour favoriser cela, certains évoquent la nécessité de mobiliser des ressources à cet effet et d'en faire une composante obligatoire des demandes de financement auprès des agences gouvernementales (Gortmaker et collab., 2011; WHO, 2012; NICE, 2012a; Dobbins et collab., 2013).
 - > S'appuyer sur toutes les parties prenantes: la complexité du problème et la nécessaire intersectorialité de l'action demandent que de nombreuses parties prenantes contribuent à l'évaluation. Beaucoup de documents soulignent ainsi l'importance d'y associer les autorités de santé aux échelles nationale, régionale et locale, les acteurs gouvernementaux d'autres secteurs (éducation, famille, ville, transports, etc.), le milieu universitaire, le secteur privé (notamment en fournissant des données), les organisations non gouvernementales d'intérêt public, mais aussi, dans certains cas, la population ciblée.
 - > Optimiser les pratiques évaluatives: est rappelé l'intérêt de s'appuyer sur des objectifs d'intervention clairement énoncés,

des modèles logiques d'évaluation, des méthodes d'échantillonnage appropriées, des données qualitatives et quantitatives plutôt mesurées qu'auto-rapportées et suffisamment désagrégées pour apprécier les effets différentiels par sous-groupes de population, des évaluations internes et externes, des évaluations formatives et sommatives. Il est aussi recommandé d'avoir davantage recours à des méthodes d'évaluation croisées et suffisamment robustes afin de pouvoir dégager des inférences causales entre les différentes composantes des interventions et les changements de comportement des individus, notamment en neutralisant de manière appropriée les éventuels facteurs de confusion. Dans le domaine des interventions ciblant les environnements, il est recommandé de développer des définitions plus précises et standardisées de certaines variables pour accroître la comparabilité des résultats (King et collab., 2011 ; Capacci et collab., 2012 ; WHO, 2012 ; Mozzafarian et collab., 2012 ; Schemilt, 2013). De nombreuses recommandations soulignent également l'importance d'avoir davantage recours à des analyses économiques coût-efficacité et à des travaux de modélisation afin d'identifier les composantes et combinaisons d'interventions les plus prometteuses (NICE, 2009 ; WHO, 2009 ; Waters et collab., 2011 ; Gortmaker et collab., 2011 ; NICE, 2012a ; Dobbins et collab., 2013).

- > Optimiser l'évaluation des processus : l'importance d'évaluer le processus de mise en œuvre des interventions est fréquemment soulignée. Cela renvoie parfois à l'action de différents intervenants à différentes échelles, aux processus de financement, de planification, de concertation, de production d'outils, d'organisation d'activités ainsi qu'à la participation du public.
- > Optimiser l'évaluation des impacts : dans le domaine de l'alimentation, Mozzafarian et collab., (2012) soulignent que davantage de données sont nécessaires, notamment pour évaluer l'influence de l'étiquetage nutritionnel placé sur le devant des emballages et sur les menus des restaurants, ou pour évaluer les possibles effets de substitution associés à la mise en place de taxes nutritionnelles. En matière d'activité physique, selon les mêmes auteurs, il serait notamment utile de mieux cerner la possible influence d'incitatifs financiers sur le long terme (polices d'assurance différentielles, subventions à la mise en place d'interventions

sur le lieu de travail, obligation d'augmenter le temps d'éducation physique sur le temps scolaire) (Mozzafarian et collab., 2012). Chez les jeunes, l'*Institute of Medicine* souligne l'importance d'évaluer la fréquence, la durée et l'intensité de l'activité physique sur chaque segment du temps scolaire (IOM, 2013), mais aussi lors d'activités périscolaires. Est aussi mentionné l'intérêt de mesurer la satisfaction des jeunes, leur qualité de vie, l'estime de soi ainsi que les comportements sédentaires (Dobbins et collab., 2013; NICE, 2009). En matière de transport actif, le *National Institute for Health and Care Excellence* recommande de mesurer le nombre et la fréquence de trajets ainsi que les différents modes de transport utilisés (NICE, 2012b). À l'échelle locale, il est recommandé d'analyser l'influence du contexte sur l'engagement des acteurs et la mise en œuvre des interventions (NICE, 2012a). Enfin, il est suggéré de ne pas sous-estimer l'évaluation des possibles effets indésirables des interventions (WHO, 2009).

- > Dissémination des résultats: enfin, l'importance de diffuser les résultats de l'évaluation auprès des parties prenantes est présentée comme une étape essentielle afin d'assurer l'intérêt, l'engagement et la mobilisation des acteurs. Cela pourrait aussi contribuer à optimiser l'action en cours, éventuellement la réorienter vers des pistes plus prometteuses, mais aussi favoriser un financement et une mise en œuvre de l'intervention à plus long terme (King et collab., 2011; NICE, 2012a).

2.3.3 Recommandations spécifiques aux actions thématiques combinées et à composantes multiples à l'échelle locale

Dans notre corpus, sont soulignées la valeur ajoutée et l'efficacité d'interventions s'appuyant sur de multiples composantes: information, sensibilisation, éducation, modification de l'environnement alimentaire et de l'offre d'activités physiques et sportives (Hawkes, 2013). La présente section souligne l'intérêt de ce type d'actions combinées à l'échelle locale, plus précisément dans le milieu scolaire, dans le milieu de travail ou encore dans la communauté entière. Elles font partie des pratiques les plus prometteuses et les plus recommandées.

2.3.3.1 *Tableau de synthèse*

Le tableau 2.6 propose une synthèse des recommandations sur les actions combinées inventoriées dans notre corpus de documents, selon cinq niveaux de force de la recommandation : très élevé (A), élevé (B), intermédiaire (C), discutable (D) et faible (E) (voir légende sous le tableau).

TABLEAU 2.6 : SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS SUR DES ACTIONS COMBINÉES À L'ÉCHELLE LOCALE

RECOMMANDATIONS	NIVEAU				
ACTIONS COMBINÉES À L'ÉCHELLE LOCALE	A	B	C	D	E
<i>Mettre en œuvre des actions combinées en milieu scolaire, visant à la fois la saine alimentation et l'activité physique sur le long terme</i>					
<i>Mettre en œuvre des actions combinées dans le milieu de travail, reposant sur des actions de communication, de sensibilisation et de modification de l'environnement</i>					
<i>Mettre en œuvre des actions combinées à l'échelle de la communauté en misant sur l'implication forte et soutenue dans le temps d'une diversité d'acteurs locaux</i>					

Légende

- A TRÈS ÉLEVÉ :** recommandations très fréquentes ou soutenues par des données probantes convaincantes
- B ÉLEVÉ :** recommandations fréquentes ou soutenues par des données probantes prometteuses
- C INTERMÉDIAIRE :** recommandations occasionnelles ou soutenues par des données probantes émergentes
- D DISCUTABLE :** recommandations équivoques ou soutenues par des données probantes mitigées
- E FAIBLE :** peu de recommandations ou peu de données probantes

2.3.3.2 *Actions combinées dans le milieu scolaire* **A**

Plusieurs document soulignent que le milieu scolaire offre une occasion d'intervention exceptionnelle auprès des jeunes, plusieurs heures par jour, plusieurs semaines par an, pour plusieurs années consécutives de leur développement social, psychologique, physique et intellectuel (CDC, 2011c; Sharma, 2011; Heath et collab., 2012). Selon plusieurs revues systématiques, il existe des données robustes confirmant l'efficacité d'interventions combinées en milieu scolaire sur les connaissances, les attitudes, les habitudes alimentaires et la pratique d'activité physique. Selon la revue Cochrane de Dobbins et collab. (2013), les interventions auprès des jeunes permettraient une amélioration du taux et du temps de participation à des activités physiques sur le temps scolaire et auraient aussi un effet bénéfique sur le temps passé devant la télévision. Les auteurs

indiquent qu'au minimum, la distribution d'outils éducatifs imprimés combinée à un renforcement de l'activité physique dans le programme scolaire aurait des effets positifs. Quant aux effets sur le poids, quelques méta-analyses concluent à des effets modestes, mais la plupart des revues rapportent des conclusions incertaines et appellent à poursuivre les recherches, notamment quant aux effets différentiels sur les filles et les garçons (Khambalia et collab., 2012; Dobbins et collab., 2013; IOM, 2013). Les simulations de coût-efficacité tendent à positionner ces interventions parmi les plus intéressantes, mais les recherches sont à poursuivre à ce sujet (Gortmaker et collab., 2011; WHO, 2011). Sur le plan des recommandations, il est souvent conseillé d'associer sur le long terme (6 mois minimum) des actions visant à la fois la saine alimentation et l'activité physique. Il est suggéré d'avoir recours à des séquences éducatives délivrées par des enseignants formés, des nutritionnistes ou des éducateurs à la santé. Il est aussi recommandé de développer des politiques scolaires adaptées et un programme d'éducation physique formel, de favoriser l'accès à des aliments et des boissons «santé» dans les cafétérias et les distributeurs automatiques, de créer un environnement favorable à l'activité physique (p. ex., en ce qui concerne l'équipement et le matériel), d'encourager les jeux actifs sur les temps de pause ou encore de mettre en place des programmes de pédibus scolaires. L'implication des parents ou de la famille à la planification et à la mise en œuvre de ces actions serait un atout. Finalement, il est recommandé d'étendre les interventions en milieu scolaire à l'ensemble de la communauté pour obtenir des effets sur le long terme, au fur et à mesure que les jeunes grandissent et entrent dans la vie active (WHO, 2009; Sharma, 2011; GAPA, 2011; Mozzafarian et collab., 2012; Heath et collab., 2012; Dobbins et collab., 2013; IOM, 2013).

2.3.3.3 *Actions combinées dans le milieu de travail* **A**

D'après les documents consultés, le milieu de travail est également un milieu propice aux interventions structurées et planifiées de promotion de la santé et de modification de l'environnement: la population y est relativement stable, la possibilité d'entreprendre des initiatives et de modifier le cadre de travail est grande et les interactions sociales sont nombreuses. Par ailleurs, il est souligné que les bénéfices de telles interventions peuvent être partagés entre les employés (bien-être), l'employeur (productivité) et les pouvoirs publics (dépenses de santé évitées) (TFCPS, 2009; Hawkes, 2013). Dès lors, l'éventail d'actions envisageables est

grand : communication et sensibilisation (séances d'information, brochures, logiciels didactiques), approches comportementales (consultations individuelles ou collectives), amélioration de l'environnement alimentaire (p. ex., accès à des aliments sains à prix raisonnable dans les cafétérias et distributeurs automatiques), offre d'environnements favorables à l'activité physique (p. ex., accès à des salles de sports au moyen d'abonnements à faible coût et à long terme), programmes complets de bien-être au travail (incluant la saine alimentation, l'activité physique et le poids), etc. Dans la littérature scientifique, les données probantes confirment l'intérêt des interventions combinant plusieurs types d'actions, notamment en matière de communication, de sensibilisation et d'éducation. L'ajout d'un volet environnemental a montré des bénéfices (TFCPS, 2009 ; WHO, 2009, 2011 ; Wilson et collab., 2012 ; Mozzafarian et collab., 2012). La revue de littérature de la *Task Force on Community Preventive Services* américaine (TFCPS, 2009) conclut que ce type de programme (qu'il soit centré sur l'alimentation, l'activité physique ou les deux à la fois) est efficace pour modifier les habitudes de vie et contribuer à prévenir le surplus de poids à l'échelle populationnelle. Associer les employés à la planification et à la mise en œuvre de l'intervention est aussi présenté comme un facteur de succès. Les actions combinées dans le milieu de travail sont notamment recommandées par l'IOM (2012) et, plus spécifiquement pour le personnel du milieu scolaire, par le CDC (2011c).

2.3.3.4 Actions combinées à l'échelle de la communauté **A**

Plusieurs documents soulignent l'efficacité des actions combinées à l'échelle de la communauté, visant à la fois les saines habitudes alimentaires et l'activité physique. Celles-ci s'appuient généralement sur l'implication forte et soutenue dans le temps d'une diversité d'acteurs œuvrant, par exemple, dans la mise en place de campagnes éducatives, d'activités et de concours, d'actions dans les écoles, etc. Plutôt que d'appliquer une liste générique d'interventions « clés en main », les documents consultés suggèrent que le succès de ces interventions tiendrait à différents facteurs tels que : la prise en compte de données locales dans la planification de l'intervention par les acteurs locaux eux-mêmes (avec flexibilité et créativité) ; un renforcement de la capacité de ces acteurs ; des partenariats avec des initiatives locales existantes ; la multiplicité des milieux ciblés et des parties prenantes impliquées ; un financement à long

terme (5 ans) (WHO, 2009, 2012; Loring et Robertson, 2014; GAPA, 2011; Wilson et collab., 2012).

2.3.3.5 Conclusion

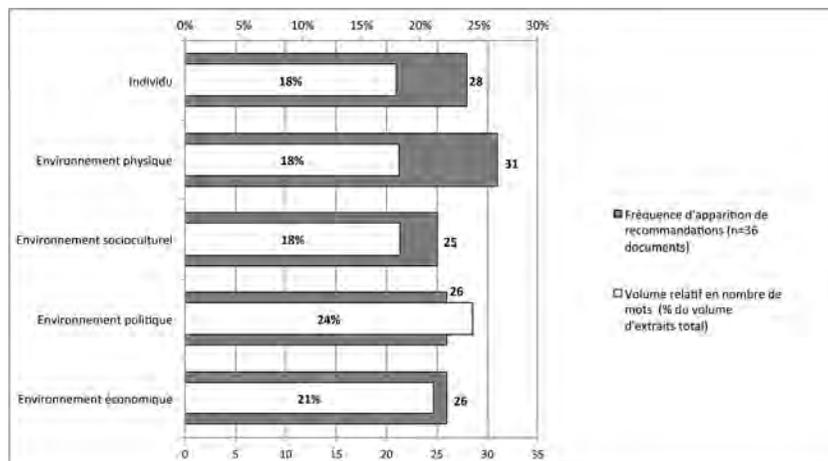
Notre corpus de 58 documents met fréquemment l'accent sur l'intérêt de mettre en place des actions combinées. Ces actions s'inscrivent dans une logique systémique, combinant simultanément différents types d'intervention dans un même milieu. Elles sont très prometteuses en matière d'efficacité, mais leur coût de mise en œuvre (notamment en milieu scolaire et en milieu de travail) est non négligeable. Afin de bâtir une stratégie globale, il convient aussi d'apprécier la pertinence de différents types d'interventions à l'échelle populationnelle, souvent moins coûteuses, même si leur efficacité à l'échelle individuelle était plus modeste ou différée dans le temps. Ces actions peuvent toucher différents domaines : santé publique, agroalimentaire, éducation, transports, aménagement urbain, etc. (Gortmaker et collab., 2011). Dans les sections suivantes, nous allons passer en revue un grand nombre de recommandations thématiques. Dans un premier temps, elles porteront sur la promotion de saines habitudes alimentaires et, dans un deuxième temps, sur la promotion de l'activité physique. Nous terminerons par quelques recommandations spécifiques à l'image corporelle et à d'autres thématiques émergentes.

2.3.4 Recommandations sur la saine alimentation

Dans notre corpus de 58 documents d'intérêt majeur, 36 documents abordent la promotion des saines habitudes alimentaires. Parmi ces derniers, on remarque une légère prédominance des documents se penchant sur les environnements physiques (31 fois) et les médiateurs cognitifs des individus (28 fois), les autres cibles (environnement socio-culturel, environnement politique et environnement économique) étant abordées à une fréquence similaire (25 à 26 fois) (figure 2.15). Le volume d'extraits saisis est toutefois plus important dans les recommandations visant l'environnement politique, ce qui s'explique en partie par le libellé même de ces recommandations, souvent plus dense en nombre de mots. Cette répartition reflète notre stratégie de recherche documentaire, mais témoigne également d'un niveau d'intérêt important et similaire accordé à chacune de ces cinq cibles dans notre corpus de documents. Outre quelques publications très orientées sur des interventions

comportementales (Sharma, 2011 ; Khambalia et collab., 2012), sur l’environnement bâti (Lovasi et collab., 2009 ; City of New York, 2010), des mesures politiques spécifiques (OMS, 2010) ou des instruments économiques (Faulkner et collab., 2011 ; Shemilt et collab., 2013), les autres documents de notre corpus se penchent minimalement sur trois des cinq cibles étudiées. Notons spécifiquement que le volume de données extraites au sujet de l’environnement économique témoigne d’un intérêt particulier pour les politiques de fiscalité nutritionnelle.

FIGURE 2.15: PRÉSENCE ET VOLUME DE RECOMMANDATIONS CIBLANT L’INDIVIDU ET LES DIFFÉRENTS TYPES D’ENVIRONNEMENTS DANS L’ENSEMBLE DES DOCUMENTS TRAITANT D’ALIMENTATION (N=36 DOCUMENTS)



2.3.4.1 Tableau de synthèse

Le tableau 2.7 propose une synthèse des recommandations sur la saine alimentation inventoriées dans notre corpus de documents, selon cinq niveaux de force de la recommandation : très élevé (A), élevé (B), intermédiaire (C), discutable (D) et faible (E) (voir la légende sous le tableau).

TABLEAU 2.7: SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS SUR LA SAINE ALIMENTATION

RECOMMANDATIONS SUR LA SAINE ALIMENTATION	NIVEAU				
MESURES CIBLANT LES INDIVIDUS	A	B	C	D	E
<i>Favoriser la santé maternelle et infantile par la promotion de l'allaitement maternel et la saine alimentation des nouveau-nés</i>					
<i>Développer l'éducation alimentaire des jeunes par le jardinage, l'éducation au goût et la participation à la confection des repas</i>					
<i>Renforcer l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire, en combinaison avec de multiples actions</i>					
<i>Renforcer l'information et la sensibilisation en milieu de travail, en combinaison avec de multiples actions</i>					
<i>Développer l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages pour influencer les consommateurs</i>					
<i>Développer les dispositifs d'information nutritionnelle sur le lieu de vente ou de consommation</i>					
<i>Développer les services de conseil nutritionnel</i>					
<i>Renforcer la prévention de l'embonpoint et de l'obésité auprès de publics à risque accru (conseils, messages, renforcement des capacités)</i>					
<i>S'appuyer sur des techniques d'apprentissage en ligne pour favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires</i>					
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	A	B	C	D	E
<i>Faciliter l'accès à des espaces privatifs et chaleureux dédiés à l'allaitement maternel dans les lieux publics</i>					
<i>Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans les écoles et les milieux de garde</i>					
<i>Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans le milieu de travail</i>					
<i>Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans les lieux publics et les établissements gouvernementaux</i>					
<i>Favoriser l'accès aux épiceries et supermarchés dans les quartiers défavorisés</i>					
<i>Restreindre l'accès à des établissements de restauration rapide à l'échelle d'un quartier</i>					
<i>Favoriser l'accès à des jardins potagers et marchés de proximité</i>					
<i>Favoriser la reformulation nutritionnelle et la réduction de la taille des portions de certains produits</i>					
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL	A	B	C	D	E
<i>Développer des campagnes médiatiques s'appuyant sur de multiples canaux (impressions, radio, télévision, Internet, etc.)</i>					
<i>Réguler les pratiques de marketing et de publicité alimentaires ciblant les enfants</i>					
<i>Développer l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages pour influencer les pratiques des industriels</i>					
<i>Implanter un climat favorable aux saines habitudes alimentaires dans les milieux de vie</i>					
<i>Soutenir le rôle des coalitions et des organisations de plaidoyers faisant la promotion d'une saine alimentation</i>					

RECOMMANDATIONS SUR LA SAINE ALIMENTATION	NIVEAU				
<i>S'appuyer sur certains acteurs compte tenu de leur rôle de «modèle» pour la promotion des saines habitudes alimentaires</i>					
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT POLITIQUE	A	B	C	D	E
<i>Instaurer des politiques nutritionnelles ciblant la production, le marketing et la distribution des aliments et des boissons</i>					
<i>Instaurer des politiques d'éducation alimentaire et des politiques favorisant une offre alimentaire de qualité en milieu scolaire</i>					
<i>Instaurer des politiques pour une offre alimentaire de qualité et facilitant l'allaitement maternel dans les milieux de travail</i>					
<i>Instaurer des politiques de formation et d'équipement favorisant la promotion de la santé dans les milieux de soins</i>					
<i>Instaurer des politiques de production, de transformation et de distribution des aliments et des boissons favorables à la santé</i>					
<i>Instaurer des politiques économiques, sociales et d'urbanisme favorables à l'alimentation, notamment des groupes défavorisés</i>					
<i>Favoriser l'adoption de politiques d'entreprises responsables en matière de nutrition (notamment sur le plan marketing)</i>					
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE	A	B	C	D	E
<i>Promouvoir l'accès à des aliments favorables à la santé à prix compétitif</i>					
<i>Limiter la surconsommation d'aliments gras, sucrés, salés, au moyen de taxes nutritionnelles</i>					
<i>Limiter la surconsommation de boissons sucrées au moyen d'une taxe dont les recettes seront réinvesties en promotion de la santé</i>					
<i>Promouvoir la production de fruits et de légumes au moyen de subventions agricoles</i>					
<i>Promouvoir une saine alimentation chez les jeunes en subventionnant les repas scolaires</i>				*	
<i>Promouvoir une saine alimentation en stimulant l'installation de supermarchés dans les quartiers défavorisés</i>					
<i>Promouvoir la saine alimentation au moyen de programmes d'aide alimentaire</i>				**	
<i>Encourager les assureurs à instaurer des contreparties financières stimulant l'adoption de comportements de santé</i>					

* Compte tenu des bénéfices plus larges associés à ces programmes, le maintien de leurs subventions est toutefois recommandé

** Compte tenu de leurs nombreux bénéfices en matière de sécurité alimentaire, une promotion active de ces programmes auprès des groupes de population défavorisés est toutefois recommandée

Légende

- A** **TRÈS ÉLEVÉ**: recommandations très fréquentes ou soutenues par des données probantes convaincantes
- B** **ÉLEVÉ**: recommandations fréquentes ou soutenues par des données probantes prometteuses
- C** **INTERMÉDIAIRE**: recommandations occasionnelles ou soutenues par des données probantes émergentes
- D** **DISCUTABLE**: recommandations équivoques ou soutenues par des données probantes mitigées
- E** **FAIBLE**: peu de recommandations ou peu de données probantes

2.3.4.2 Interventions visant les individus

- **Favoriser la santé maternelle et infantile par la promotion de l'allaitement maternel et la saine alimentation des nouveau-nés** **A** : L'OMS (WHO, 2011) et L'IOM (2011, 2012) ont formulé plusieurs recommandations visant à encourager le maintien d'un poids «santé» durant la grossesse, à favoriser l'allaitement maternel et à promouvoir une saine alimentation chez les nouveau-nés. Les employeurs sont encouragés à adopter des politiques en ce sens. Les professionnels de la santé et autres acteurs communautaires pertinents sont invités à sensibiliser les femmes en amont de leur grossesse et à les orienter vers des services adaptés à leur situation (programmes d'information, groupes de soutien, etc.). Le gouvernement est invité à soutenir financièrement ces initiatives. D'autres recommandations à l'attention des parents et professionnels de la petite enfance portent sur le respect des signaux de faim et de satiété des nouveau-nés, sur les tailles de portions alimentaires adaptées et sur l'introduction progressive d'aliments solides dans les repas (HSPH, 2014; WHO, 2011; IOM, 2012).
- **Développer l'éducation alimentaire des jeunes par le jardinage, l'éducation au goût et la participation à la confection des repas** **A** : de manière générale, le développement des compétences des jeunes enfants est présenté comme central et le rôle de «modèle» des adultes (professionnels de la petite enfance, professionnels du milieu scolaire, parents et grands-parents) est présenté comme incontournable. La sensibilisation des parents et de ces intervenants aux phénomènes accompagnant le développement du goût chez les jeunes enfants (néophobie alimentaire, évolution des préférences, etc.) est recommandée. L'importance de proposer aux jeunes un choix d'aliments et de boissons «santé» et des portions de taille appropriée est aussi soulignée. Des séances d'éducation sensorielle axées sur le plaisir, la découverte des saveurs et de nouveaux aliments, l'écoute des signaux de faim et de satiété, sont suggérées. Enfin, la prise collective de repas partagés en famille (sans source de distraction) et la participation des jeunes au choix des menus et à la préparation des repas, à la maison comme à l'école, sont recommandées (Étiévant et collab., 2010; HSPH, 2014; IOM, 2011; Gortmaker et collab., 2011; WHO, 2012; Summerbell et collab., 2012).

- **Renforcer l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire, en combinaison avec de multiples actions A** : il s'agit de l'une des options suscitant le plus d'intérêt et les plus recommandées dans notre corpus (voir également la section 2.3.3.2). L'efficacité des initiatives purement éducatives sans autres composantes n'est pas clairement établie (Mozzafarian et collab., 2012; Capacci et collab., 2012). Toutefois, selon la revue de Wilson et collab. (2012), lorsque la composante éducative est combinée avec d'autres actions, les résultats sont plus prometteurs. L'inclusion d'activités d'éducation nutritionnelle et culinaire au cœur même des programmes scolaires (en cohérence avec les guides alimentaires officiels) est recommandée dans plusieurs publications. En corollaire, la formation des enseignants à cet effet est aussi encouragée (WCRF/AICR, 2009; CDC, 2011c; Waters et collab., 2011; IOM, 2012; WHO, 2012; Wilson et collab., 2012). Comme exemples d'activités fondées sur des données probantes, les actions de promotion de la consommation de fruits et de légumes dans le cadre d'activités de jardinage à l'école sont particulièrement encouragées (CDC, 2011b; Mozzafarian et collab., 2012; Brennan et collab. 2014) et les programmes scolaires éducatifs visant une baisse de consommation de boissons sucrées font partie des interventions ayant le meilleur ratio coût-efficacité selon Gortmaker et collab. (2011). En complément, le soutien parental et les activités favorisant une saine alimentation et un mode de vie actif à la maison sont préconisés (Waters et collab., 2011).
- **Renforcer l'information et la sensibilisation en milieu de travail, en combinaison avec de multiples actions B** : plusieurs pratiques prometteuses et recommandations concernent spécifiquement le milieu de travail. D'après Mozzafarian et collab. (2012), l'efficacité d'informations nutritionnelles à la cafétéria ou sur les distributeurs d'aliments et de boissons, lorsque utilisées seules, n'est pas clairement établie. En revanche, quelques revues de littérature robustes indiquent que les programmes de sensibilisation et d'information reposant sur de multiples composantes peuvent être encouragés pour améliorer les connaissances nutritionnelles et les apports alimentaires (WHO, 2011; Mozzafarian et collab., 2012; Wilson et collab., 2012; Hawkes, 2013) (voir également la section 2.3.3.3). Il s'agit par exemple de sensibiliser les employés aux bienfaits d'une saine alimentation, de favoriser leur participation à des programmes d'accompagnement personnalisé, en combinaison

avec une disponibilité accrue de produits «santé» sur le lieu de travail. Cela fait l'objet de recommandations explicites de la part de l'IOM (2012) et du CDC (pour les professionnels du milieu scolaire) (2011c).

- **Développer l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages pour influencer les consommateurs D** : cette mesure est très débattue compte tenu de ses enjeux sur le plan marketing pour les industriels. Parmi les options étudiées figurent les tableaux de valeurs nutritionnelles, l'affichage sur le devant des emballages, les «feux tricolores» ou encore les logos «santé». Selon plusieurs auteurs, l'étiquetage nutritionnel est un moyen d'information nécessaire pour aider les consommateurs à faire des choix «santé» (WHO, 2011, 2012). Toutefois, en dépit des nombreuses recherches sur le sujet, l'efficacité de l'étiquetage nutritionnel sur les comportements alimentaires demeure controversée (Étiévant et collab., 2010; Capacci et collab., 2012; Mozzafarian et collab., 2012). Pour Gortmaker et collab. (2011), l'étiquetage nutritionnel fait partie des mesures ayant les meilleurs ratios coût-efficacité : en dépit de son efficacité modeste à l'échelle individuelle, il s'agirait d'une mesure peu onéreuse et qui permettrait de toucher un grand nombre de consommateurs. Ces auteurs invitent les industriels à prendre leurs responsabilités en la matière. L'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages fait partie des recommandations de l'IOM (2012) ainsi que de *Consumers International and World Obesity Federation* (2014).
- **Développer les dispositifs d'information nutritionnelle sur le lieu de vente ou de consommation C** : l'affichage d'informations nutritionnelles sur les lieux de vente ou de consommation (p. ex., sur les menus des restaurants, dans les supermarchés) fait l'objet d'une attention croissante. Néanmoins, notre corpus de documents indique que les données probantes sont encore peu nombreuses et que, dans l'hypothèse où de telles mesures influenceraient positivement les prises alimentaires, les risques de compensations lors de prises alimentaires subséquentes restent mal connus (WHO, 2009; Mozzafarian et collab., 2012; Capacci et collab., 2012; Brennan et collab., 2014). L'IOM (2012) recommande toutefois que les chaînes de restaurants (> 20 sites) aient pour obligation d'afficher des informations nutritionnelles (calories) sur leurs menus.

- **Développer les services de conseil nutritionnel B** : à la limite de la prévention secondaire (non prise en compte dans le cadre du projet CFM), ce champ d'intervention est fréquemment évoqué dans notre corpus de documents. En milieu de soins, les revues de Mozzafarian et collab. (2012) et de Wilson et collab. (2012) suggèrent que, selon le degré de motivation des individus, plusieurs approches ont fait la preuve de leur efficacité pour modifier les comportements de santé telles que l'accompagnement individualisé, les techniques de groupes et les entrevues motivationnelles. Les professionnels de la santé sont donc clairement encouragés à travailler en ce sens avec leurs patients afin de les aider à cibler quelques habitudes alimentaires qu'il conviendrait de modifier. En ce qui concerne plus particulièrement les femmes en âge de procréer, il est recommandé aux professionnels de la santé de les encourager à adopter de saines habitudes alimentaires et à maintenir un poids santé. Auprès des femmes enceintes, il est recommandé aux professionnels de la santé de promouvoir des habitudes alimentaires adaptées et un gain de poids santé tout au long de la grossesse (IOM, 2012). Par ailleurs, en milieu scolaire, le CDC (2011c) recommande que des ressources soient disponibles dans les écoles afin de contribuer à identifier, suivre et traiter les problèmes de santé des élèves concernant l'alimentation, l'activité physique et le poids et afin que ceux-ci puissent être référer à des professionnels de la santé, selon les besoins. Enfin, en ce qui concerne plutôt la prise en charge, il est recommandé aux professionnels de la santé d'adopter des standards de bonne pratique (basées sur les données probantes ou le consensus) pour la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'embonpoint et de l'obésité afin d'aider les enfants, les adolescents et les adultes à atteindre et maintenir un poids santé et afin de prévenir les complications qui y sont associées (IOM, 2012). D'après des simulations réalisées par l'OCDE, les interventions de conseil individualisé en milieux de soins primaires auprès des individus à risque sont celles qui conduisent aux meilleurs résultats en matière de santé et de dépenses évitées, mais ce sont aussi les plus coûteuses (Sassi, 2010).
- **Renforcer la prévention de l'embonpoint et de l'obésité auprès de publics à risque accru B** : plusieurs documents soulignent la nécessité d'interventions ciblées envers certains publics spécifiques présentant un niveau de risque plus élevé sur le plan de la santé, par exemple : les femmes enceintes, les groupes

socioéconomiquement défavorisés, les individus physiquement peu actifs, les individus dont l'alimentation est peu équilibrée, les individus prédiabétiques, les individus en embonpoint ou obèses. Ces catégories de personnes peuvent nécessiter des services de prévention et un suivi plus ciblés, en matière de conseils, de messages et de renforcement des capacités (WHO, 2009; Loring et Robertson, 2014). Par exemple, l'amélioration des compétences culinaires et des apports nutritionnels par le développement de cuisines communautaires ouvertes aux populations défavorisées a montré des résultats encourageants (IOM, 2009; Hawkes, 2013).

- **S'appuyer sur des techniques d'apprentissage en ligne pour favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires **E**** : Selon Hawkes (2013), dans la littérature portant spécifiquement sur les techniques d'apprentissage assistées par ordinateur, quelques bénéfices ont été observés lors d'interventions ciblées (p. ex., consommation de matières grasses, de fruits et de légumes). Toutefois, selon la même auteure, les données probantes actuelles suggèrent que de telles interventions n'apportent pas de réelle valeur ajoutée sur le plan des changements de comportements et coûtent au moins aussi cher que les interventions traditionnelles. Des données rapportées par Wilson et collab. (2012) suggèrent qu'elles pourraient être utilisées à titre complémentaire.

2.3.4.3 Interventions visant l'environnement physique

- **Faciliter l'accès à des espaces privés et chaleureux dédiés à l'allaitement maternel dans les lieux publics **B**** : il est recommandé de faciliter l'accès aux services de santé aux femmes qui allaitent. Il est aussi recommandé de faciliter l'accès à des espaces privés et chaleureux dédiés à l'allaitement maternel dans les lieux publics (WCRF, 2009; HSPH, 2014; IOM, 2009, 2011, 2012). Par ailleurs, les hôpitaux sont encouragés à mettre en application les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des politiques d'établissement analogues à la *Baby-Friendly Hospital Initiative* (WCRF, 2009; IOM, 2009, 2011, 2012; De Schutter, 2011).
- **Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans les écoles et les milieux de garde **A**** : dans les écoles, plusieurs document de notre corpus indiquent

que les restrictions d'accès à certains aliments (p. ex., par des machines distributrices) combinées à des actions sur la composition nutritionnelle des repas servis aux élèves montrent des résultats encourageants, mais que cela reste à confirmer notamment en raison des possibles phénomènes de compensation. En effet, la littérature scientifique tend à montrer que les interventions en milieu scolaire ne sont généralement pas associées à des changements d'habitudes alimentaires en dehors de l'école (Keener et collab., 2009; Étievant et collab., 2010; Mozzafarian et collab., 2012; Capacci et collab., 2012; Hawkes, 2013; Brennan et collab., 2014). Malgré ces données incomplètes, l'importance d'une offre alimentaire de qualité dans les milieux de garde et dans les écoles est très fréquemment soulignée. Les recommandations visent notamment à limiter l'accès aux boissons sucrées et aux aliments à forte densité énergétique. Il est aussi recommandé de favoriser l'accès à l'eau potable et à une diversité d'aliments de bonne qualité nutritionnelle (p. ex., fruits et légumes), et de proposer des portions de tailles appropriées en fonction de l'âge dans les cafétérias, les distributeurs automatiques, lors d'événements, etc. (WCRF, 2009; HSPH, 2014; White House Task Force, 2010; IOM, 2011, 2012; CDC, 2011c; Waters et collab., 2011; Summerbell et collab., 2012; PAHO, 2014). Il est aussi recommandé de soutenir les écoles dans ces adaptations et de suivre dans le temps la qualité nutritionnelle des aliments qui sont proposés aux jeunes (White House Task Force, 2010; WHO, 2012). Enfin, la *White House Task Force* (2010) a recommandé de soutenir techniquement les écoles afin qu'elles soient en mesure de proposer aux élèves des espaces pour leurs repas qui facilitent une saine alimentation (temps de repas et horaire appropriés, locaux propres, niveau sonore adapté, espace adéquat).

- **Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans le milieu de travail **B**** : dans le milieu de travail, plusieurs documents indiquent qu'une accessibilité accrue à des aliments et des boissons favorables à la santé dans les cafétérias a montré des signes d'efficacité lorsque combinée à d'autres actions de sensibilisation (p. ex., messages sur les distributeurs automatiques) (CDC, 2011b; Mozzafarian et collab., 2012; Hawkes, 2013). Comme dans les écoles et les lieux publics, il est souvent recommandé de faciliter l'accès à l'eau potable, de limiter l'accès aux boissons sucrées et aux aliments transformés, et de privilégier une

offre attrayante d'aliments et de repas sains (incluant des fruits et légumes) à prix raisonnables. Les employeurs sont également invités à offrir des fruits et des légumes lors d'événements, de réunions, de conférences et à promouvoir l'incorporation de produits locaux dans les menus proposés par leur établissement (IOM, 2012; CDC, 2011b).

- **Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans les lieux publics et les établissements gouvernementaux** **B** : comme dans le milieu scolaire, il est fréquemment recommandé de faciliter l'accès à l'eau potable, de limiter l'accès aux boissons sucrées et aux aliments transformés, et de privilégier une offre d'aliments et de repas sains et à prix raisonnables dans les lieux publics (parcs, aires de jeux, piscines, etc.), les bâtiments municipaux, les centres de détention, etc. Il est aussi souligné que les établissements gouvernementaux et les milieux de soins devraient plus particulièrement s'assurer de proposer une offre d'aliments et de boissons en adéquation avec les guides alimentaires officiels (WCRE, 2009, Sassi, 2010, IOM, 2012).
- **Favoriser l'accès aux épiceries et supermarchés dans les quartiers défavorisés** **C** : quelques documents consultés soulignent que la présence accrue de supermarchés et d'épiceries à l'échelle d'un quartier, notamment lorsqu'ils favorisent la promotion et la vente d'aliments favorables à la santé (p. ex., fruits et légumes) et qu'ils réduisent l'accès à des aliments et boissons peu recommandés, a été associée à des prix plus attrayants et à des habitudes alimentaires plus saines. Malheureusement, les quartiers défavorisés bénéficient habituellement d'une moindre présence de ces commerces (Sallis et Glanz, 2009; Keener et collab., 2009; City of New York, 2010; CDC, 2011b; Mozzafarian et collab., 2012; Brennan et collab., 2014). Accroître l'accès à des supermarchés dans les quartiers défavorisés est ainsi parfois recommandé dans la prévention des inégalités de santé associées à l'obésité (Keener et collab., 2009; Lovasi et collab., 2010), bien que l'efficacité de telles interventions ne soit pas clairement démontrée (Capacci et collab., 2012). Pour mettre en œuvre cette recommandation, plusieurs possibilités sont évoquées : incitatifs financiers à l'installation, amélioration des conditions et du prix des transports publics vers et depuis les lieux de vente, amélioration de la sécurité sur les voies

publiques, place accrue accordée aux fruits et légumes dans les étalages existants (White House Task Force, 2010; CDC, 2011b).

- **Restreindre l'accès à des établissements de restauration rapide à l'échelle d'un quartier C** : selon Mozzafarian et collab. (2012), un moindre accès à des établissements de restauration rapide à l'échelle d'un quartier ou à proximité des écoles semble être bénéfique, mais les données probantes sont encore non concluantes. L'IOM (2012) recommande particulièrement d'encourager les chaînes de restauration rapide à réduire la teneur en calories des plats servis aux enfants (conformément aux guides alimentaires officiels) et à renforcer leur offre d'aliments et de boissons favorables à la santé, à des prix compétitifs.
- **Favoriser l'accès à des jardins potagers et marchés de proximité B** : selon plusieurs revues, un accès accru à des jardins potagers (dans les quartiers, les écoles, les jardins privés) combiné à des actions éducatives sur la conservation, la préparation et la consommation de fruits et légumes semble bénéfique pour les usagers, mais les données probantes manquent encore (CDC, 2011b; Mozzafarian et collab., 2012; Brennan et collab., 2014). Le CDC (2011b) indique que les programmes de vente directe proposés par les exploitations agricoles à certains établissements locaux (écoles, universités, hôpitaux, lieux de travail, etc.), parfois combinés à des actions éducatives, semblent augmenter la disponibilité de fruits et de légumes, mais que les effets sur la consommation restent à préciser. Dans le même document, il est indiqué que les marchés de proximité proposant régulièrement des produits locaux (incluant des fruits et légumes) aux consommateurs dans différents milieux de vie (école, lieu de travail, hôpital, etc.) permettent un meilleur accès à des aliments de qualité, mais que les effets sur la consommation sont mal documentés (CDC, 2011b). Le recours à certaines de ces options est toutefois recommandé dans plusieurs documents de notre corpus (White House Task Force, 2010; CDC, 2011b; Keener et collab., 2009). Le rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'alimentation souligne fortement l'intérêt des circuits courts permettant aux consommateurs de s'alimenter de manière saine et durable à des prix abordables, tout en favorisant la biodiversité agricole et l'économie locale (De Schutter, 2011).

- **Favoriser la reformulation nutritionnelle et la réduction de la taille des portions de certains produits** **A** : les industries agroalimentaires sont fréquemment interpellées afin de réduire les teneurs en graisses saturées, en sucres et en sel dans leurs produits, réduire la taille des portions et développer des produits sains et nutritifs (WHO, 2009, 2011 ; Loring et Robertson, 2014 ; De Schutter, 2011 ; Gortmaker et collab., 2011). Selon l’OMS (2011), il s’agit d’avenues prioritaires compte tenu de leurs répercussions potentielles à grande échelle sur la prévalence des maladies chroniques et sur les dépenses de santé qui y sont associées. Par conséquent, plusieurs organisations encouragent les États à adopter des réglementations sur la commercialisation de ces produits, notamment lorsqu’ils sont destinés aux enfants (WHO, 2011 ; De Schutter, 2011 ; Consumers International and World Obesity Federation, 2014). De leur côté, les industriels sont encouragés à prendre leurs responsabilités et à en faire une priorité (WCRF, 2009 ; GAIN, 2013 ; White House Task Force, 2010). Afin de contribuer à réduire la consommation de boissons sucrées, l’IOM (2012) encourage particulièrement les fabricants à rendre prioritaires le développement et la promotion de boissons variées et favorables à la santé, notamment des boissons à faible teneur en sucres et de petite taille (p. ex., 8 onces). Des recommandations spécifiques visent également le remplacement des acides gras trans par des matières grasses polyinsaturées. Parmi les nombreuses voies possibles (réglementation, autorégulation, allégations nutritionnelles sur les emballages, sensibilisation des consommateurs, etc.), les restrictions sur la composition en matières grasses et en sel de certains produits auraient un ratio coût-efficacité particulièrement favorable (WHO, 2011 ; De Schutter, 2011 ; Mozzafarian et collab., 2012). En somme, les recommandations sont très nombreuses, mais Étievant et collab. (2010) soulignent que des évaluations rigoureuses manquent pour apprécier avec justesse l’impact de ces politiques. Ces mêmes auteurs indiquent que la reformulation de produits pose de nombreux défis technologiques et commerciaux aux industriels. Par conséquent, la reformulation est parfois envisagée de façon progressive afin d’être tolérée par les consommateurs. En revanche, Étievant et collab. (2010) soulignent que l’influence de la taille des contenants et des portions sur la consommation au foyer et hors foyer est bien documentée et offre des pistes d’intervention intéressantes.

2.3.4.4 Interventions visant l'environnement socioculturel

- **Développer des campagnes médiatiques s'appuyant sur de multiples canaux** **A**: selon plusieurs documents de notre corpus, les effets bénéfiques des campagnes médiatiques et éducatives s'appuyant sur de multiples canaux (impressions, radio, télévision, Internet et autres outils promotionnels) pour promouvoir la consommation d'aliments favorables à la santé ont été clairement démontrés, l'amplitude des effets à l'échelle des individus restant toutefois modestes (p. ex., moins d'une portion de fruits et légumes par jour en plus). Ce serait aussi le cas (avec moins de certitudes) des campagnes visant à infléchir la consommation de produits moins favorables à la santé. Dans un cas comme dans l'autre, il est indiqué que ces campagnes gagnent à s'intégrer à des plans et stratégies d'actions plus globales, incluant des interventions communautaires et des modifications de l'environnement (Étiévant et collab., 2010; Mozzafarian et collab., 2012; Wilson et collab., 2012; WHO, 2012; Capacci et collab., 2012). Il est généralement conseillé de mettre en place des campagnes intensives (diversité de canaux, haute fréquence), sur le long terme, culturellement appropriées et axées sur des changements de comportements clairement identifiés au moyen de messages simples (p. ex., marcher au quotidien, consommer moins de boissons sucrées, initier les enfants au goût des légumes, etc.) (Étiévant et collab., 2010; IOM, 2012; WHO, 2009, 2012; Wilson et collab., 2012). Il est plus particulièrement recommandé:
 - > de s'appuyer sur une diversité d'expertise (nutrition, activité physique, sciences des comportements, agences de communication, médias) pour développer et diffuser les campagnes (IOM, 2012);
 - > de s'appuyer sur un dispositif de relations presse assurant une forte couverture médiatique, en sensibilisant les journalistes et en sollicitant des porte-parole aux échelles nationales, régionales et locales (WCRF, 2009; IOM, 2012);
 - > de développer des campagnes de marketing social ciblant la surconsommation de boissons sucrées (IOM, 2012);
 - > de développer des programmes de marketing social sensibilisant les professionnels de la petite enfance et les femmes enceintes à

la prévention de l'embonpoint et de l'obésité dès le plus jeune âge (IOM, 2011);

- > de développer et de mettre à jour des repères de consommation (p. ex., messages-clés, pyramides alimentaires) à destination du grand public (Gortmaker et collab., 2011). Néanmoins, selon Hawkes (2013), ces messages seraient plus ou moins bien mémorisés par les consommateurs et leur influence sur les comportements serait peu évaluée;
 - > de veiller à ne pas accroître les inégalités sociales associées aux saines habitudes de vie par des campagnes inefficaces auprès des populations défavorisées (Étiévant et collab., 2010).
- **Réguler les pratiques de marketing et de publicité alimentaires ciblant les enfants** **A**: notre corpus de documents souligne l'existence de données probantes robustes concernant la grande influence du marketing et des publicités alimentaires sur les connaissances, les préférences, les attitudes et les comportements de consommation des enfants. L'exposition aux publicités télévisées a notamment été associée à des apports énergétiques plus élevés et à une consommation accrue de produits de grignotage et de boissons sucrées (Wilson et collab., 2012; WHO, 2012). Dans notre corpus, il est très fréquemment recommandé de restreindre le marketing de certains aliments et boissons visant les enfants. Les données probantes quant à l'efficacité de ces restrictions sont disparates, mais confirment la pertinence d'aller de l'avant (Mozzafarian et collab., 2012). Voici quelques faits saillants:
 - > Tous les acteurs de la chaîne agroalimentaire (producteurs, distributeurs, restaurateurs, médias) sont invités à prendre urgemment des engagements volontaires à grande échelle afin d'améliorer leurs pratiques de marketing visant les enfants et les adolescents âgés de 12 à 17 ans. Ceci a fait l'objet d'une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé, sur la base de recommandations spécifiquement préparées par l'OMS (2010). Il est notamment recommandé dans plusieurs des documents consultés que les standards adoptés par ces acteurs soient largement rendus publics, que les aliments et boissons publicisés soient ceux et celles dont la consommation est recommandée dans les guides alimentaires, et que les jeunes soient encouragés à réduire leur consommation de produits gras, sucrés et salés au

profit d'une alimentation plus saine. Ces recommandations concernent le marketing via Internet, le marketing faisant appel à des célébrités, l'utilisation de mascottes et de personnages populaires, les activités philanthropiques associées une marque, les allégations nutritionnelles, la publicité sur les lieux de vente et dans tous lieux fréquentés par des jeunes (WCRF, 2009; White House Task Force, 2010; OMS, 2010; Gortmaker et collab., 2011; IOM, 2009, 2012; GAIN, 2013).

- > Dans l'hypothèse où de tels engagements volontaires seraient pris, les pouvoirs publics sont invités à suivre précisément leur mise en œuvre et à évaluer leurs effets. Dans l'hypothèse où ils ne le seraient pas, les pouvoirs publics sont invités à adopter des mesures réglementaires permettant d'assurer leur adoption et leur respect (WCRF, 2009; OMS, 2010; IOM, 2011, 2012; Consumers International and World Obesity Federation, 2014). De Schutter (2011) va jusqu'à proposer l'interdiction de toute publicité pouvant encourager les enfants à consommer davantage d'aliments à forte teneur en sucres, en matières grasses et en sel.
- > Selon Hawkes (2013), des politiques volontaires de réduction du marketing et de la publicité ont été collectivement adoptées par de grands groupes («pledges»). L'auteure souligne que les évaluations existantes conduisent à des résultats nuancés (parfois dans un même pays et pour la même intervention) en raison de différences méthodologiques liées à l'échantillonnage ou aux standards nutritionnels utilisés (Hawkes, 2013). Il semble que ces engagements influent sur l'exposition, les connaissances et les attitudes des jeunes à court terme, mais les effets à plus long terme sur les comportements sont plus incertains (Capacci et collab., 2012).
- > Les modélisations indiquent généralement que la régulation du marketing alimentaire visant les enfants présente un ratio coût-efficacité à fort potentiel, compte tenu de son faible coût de mise en œuvre et du grand nombre d'individus atteints (WHO, 2011, 2012; Gortmaker et collab., 2011).
- **Développer l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages pour influencer les pratiques des industriels**
C: selon Mozzafarian et collab. (2012), contrairement aux données mitigées quant à l'influence de l'étiquetage nutritionnel sur les

comportements des consommateurs, l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages pourrait avoir davantage d'influence sur les pratiques des industriels (p. ex., en matière de reformulation de produits).

- **Implanter un climat favorable aux saines habitudes alimentaires dans les milieux de vie** **B** : il est souvent recommandé de mettre en œuvre des actions visant à instaurer un « climat » favorable à l'adoption de saines habitudes alimentaires dans les écoles, les structures d'accueil des jeunes, les lieux de travail et les lieux publics. À cet effet, les documents consultés soulignent qu'il peut être utile de s'appuyer sur des groupes et activités préexistantes. Il serait également important de veiller à ce que les saines habitudes alimentaires ne soient pas stigmatisées, mais, au contraire, valorisées. Pour cela, il est conseillé de récompenser les jeunes pour leur implication dans des activités de promotion de la santé, de favoriser la participation des familles à ces activités, de proposer une offre d'aliments « santé » attrayante dans les établissements et de soutenir les cantines scolaires dans l'acquisition des équipements nécessaires (Waters et collab., 2011 ; CDC, 2011c ; WHO, 2012).
- **Soutenir le rôle des coalitions et des organisations de plaidoyers faisant la promotion d'une saine alimentation** **B** : il est souvent recommandé de soutenir l'action des groupes communautaires, organisations professionnelles, coalitions et organisations de plaidoyers dans leur rôle de défense des intérêts des citoyens, des patients, des consommateurs et des groupes défavorisés, ainsi que dans leur rôle de « vigie » à l'égard des engagements pris par les autres parties prenantes. Plusieurs documents soulignent le rôle important joué par ces organisations dans la sensibilisation de l'opinion publique et des médias (WCRF, 2009 ; IOM, 2009 ; WHO, 2011 ; Gortmaker et collab., 2011). Certains documents soulignent plus particulièrement l'importance de ces acteurs dans le développement de campagnes de marketing social visant à réduire la surconsommation de boissons sucrées (IOM, 2012) ou dans la promotion d'un environnement scolaire et universitaire plus favorable aux saines habitudes alimentaires (CDC, 2011c).
- **S'appuyer sur certains acteurs compte tenu de leur rôle de « modèle » pour la promotion des saines habitudes alimentaires** **C** : plus ponctuellement, certains acteurs et

certaines organisations sont interpellés compte tenu de leur rôle «exemplaire» pour la promotion des saines habitudes alimentaires. Il s'agit par exemple des professionnels de la santé, invités à jouer un rôle de «modèle» auprès de leurs collègues, de leurs patients et à «prendre les devants» en matière de prévention dans leur communauté. Ils peuvent notamment influencer l'adoption de certaines mesures, faire valoir les intérêts de leurs patients lors de l'élaboration de plans d'action à l'échelle locale, régionale et nationale (WCRE, 2009; IOM, 2012).

2.3.4.5 Interventions visant l'environnement politique

- **Instaurer des politiques nutritionnelles ciblant la production, le marketing et la distribution des aliments et des boissons** **A** : l'adoption de lois et de règlements, la création de plans et de stratégies, le développement de standards et de guides de bonnes pratiques, l'évaluation des engagements de tierces parties font l'objet de nombreuses recommandations dans notre corpus de documents. En voici un résumé:
 - > Développer une stratégie nationale de promotion d'une saine alimentation, en s'appuyant sur les recommandations internationales et dans une approche intersectorielle (agriculture, agroalimentaire, éducation, transports, urbanisme, etc.) (WHO, 2012; De Schutter, 2011; Consumers International and World Obesity Federation, 2014).
 - > Développer des standards nutritionnels et des repères de consommation alimentaire à l'échelle nationale (IOM, 2011; WHO, 2012; Consumers International and World Obesity Federation, 2014).
 - > Développer des modèles de profilage permettant d'apprécier et de comparer la qualité nutritionnelle de différents types d'aliments et de boissons (Gortmaker et collab., 2011; WHO, 2012; Consumers International and World Obesity Federation, 2014).
 - > Réglementer la composition nutritionnelle de certains aliments (p. ex., teneur en gras trans, en sel) (WHO, 2011; De Schutter, 2011; Consumers International and World Obesity Federation, 2014).

- > Restreindre, voire interdire, le marketing de certains aliments ciblant les enfants, possiblement en transposant en droit interne le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et boissons non alcoolisées à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel (WCRF, 2009; OMS, 2010, 2011; White House Obesity Task Force, 2010; De Schutter et collab., 2011; Consumers International and World Obesity Federation, 2014; PAHO, 2014).
- > Réglementer l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages, sur les menus et dans les points de vente (IOM, 2009; White House Obesity Task Force, 2010; IOM, 2011; PAHO, 2014).
- **Instaurer des politiques d'éducation alimentaire et des politiques favorisant une offre alimentaire de qualité en milieu scolaire** **A** : de nombreuses recommandations portent sur l'adoption, la mise en œuvre ou le maintien de politiques et règlements concernant les écoles ou le milieu de garde, qu'il s'agisse d'éducation, de formation, d'acquisition de matériel, etc. En voici un résumé :
 - > Instituer le respect des signaux de faim et de satiété (notamment chez les enfants en bas âge) et le service des repas à table (style familial), en veillant à respecter des tailles de portion appropriées dans les centres de la petite enfance (IOM, 2011).
 - > Instituer un temps d'écrans limité à moins d'une heure par jour chez les enfants de 2 à 5 ans (télévision, supports numériques) (IOM, 2011).
 - > Appliquer des standards nutritionnels (à l'échelle fédérale, provinciale ou locale) limitant l'accès aux aliments et boissons peu favorables à la santé (en particulier les boissons sucrées, les produits gras) et favorisant l'accès aux aliments et boissons plus favorables à la santé (p. ex., fruits et légumes, aliments riches en fibres) (WCRF, 2009; IOM, 2009, 2012; White House Obesity Task Force, 2010; Brennan et collab., 2014).
 - > Instituer un volet « éducation alimentaire et nutritionnelle » dans les programmes scolaires (incluant par exemple des visites

d'exploitation agricole, du jardinage, la préparation d'aliments, de l'éducation sensorielle), et soutenir la formation des enseignants à cet effet (WHO, 2009; White House Obesity Task Force, 2010; CDC, 2011c, 2011b, IOM, 2012).

- > Réguler l'offre alimentaire dans les écoles, par l'intermédiaire de différentes politiques, par exemple : valider les menus dans les cantines scolaires et les cafétérias, distribuer gratuitement des fruits et légumes, restreindre l'accès aux distributeurs automatiques, réguler l'offre dans les points de vente, établir des partenariats avec des producteurs locaux (WHO, 2009, White House Obesity Task Force, 2010, CDC, 2011c, Capacci et collab., 2012). L'OMS (2010) va jusqu'à proposer d'interdire toute forme de commercialisation d'aliments à haute teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres et en sel dans les lieux accueillants des rassemblements d'enfants.
- > Adopter une politique de bien-être à l'école incluant la promotion de saines habitudes alimentaires, la promotion de l'activité physique ou le suivi de l'indice de masse corporelle (IMC) afin de prévenir l'obésité infantile (White House Obesity Task Force, 2010; Brennan et collab., 2014).
- **Instaurer des politiques pour une offre alimentaire de qualité et facilitant l'allaitement maternel dans les milieux de travail** **B** : quelques recommandations portent spécifiquement sur l'importance d'adopter une politique de qualité nutritionnelle dans les milieux de travail, plus particulièrement dans les établissements publics, gouvernementaux, scolaires et de santé (WHO, 2009; WCRE, 2009; IOM, 2009; Sassi, 2010; CDC, 2011c; Gortmaker et collab., 2011; IOM, 2012; Consumers International and World Obesity Federation, 2014). L'importance de prendre des dispositions facilitant le maintien d'un poids «santé» pendant la grossesse et favorisant l'allaitement maternel sur le lieu de travail est souvent soulignée (Keener et collab., 2009; IOM, 2009, 2011, 2012).
- **Instaurer des politiques de formation et d'équipement favorisant la promotion de la santé dans les milieux de soins** **B** : d'une part, l'incorporation de notions relatives à la promotion des saines habitudes alimentaires dans les cursus de formations médicales est préconisée (Mozzafarian et collab., 2012;

IOM, 2012). D'autre part, il est suggéré que les systèmes de santé soient techniquement équipés afin de permettre un suivi électronique des habitudes alimentaires et de l'état de santé des patients. Enfin, les hôpitaux sont encouragés à mettre en application les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des politiques d'établissement analogues à la *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Les gouvernements sont invités à soutenir financièrement cette mise en application à l'échelle de tout le pays (WCRE, 2009; IOM, 2009, 2011, 2012; De Schutter, 2011).

- **Instaurer des politiques de production, de transformation et de distribution des aliments et des boissons favorables à la santé** **B** : un certain nombre de recommandations renvoient à des dispositions touchant aux systèmes de production, de transformation et de distribution des aliments et boissons. En voici un résumé :
 - > Analyser l'influence des politiques publiques sur les habitudes alimentaires et la santé, notamment en ce qui concerne les politiques de subventions agricoles, les critères d'attribution des marchés publics, les critères de concession de services de restauration collective, les politiques de prix alimentaires (Gortmaker et collab., 2011; IOM, 2012; Consumers International and World Obesity Federation, 2014).
 - > Développer des politiques de soutien à la production d'aliments favorables à la santé sur le territoire, en particulier s'ils sont sous-consommés par la population (p. ex., fruits et légumes, produits laitiers) (Keener et collab., 2009; IOM, 2012; Consumers International and World Obesity Federation, 2014).
 - > Étudier les avantages et inconvénients pour le gouvernement de miser sur des modèles agricoles plus ou moins intensifs et durables (IOM, 2012).
 - > Favoriser la création de « conseils de politiques alimentaires » afin de favoriser l'agriculture locale et la vente directe; implanter des jardins communautaires et faciliter l'accès à des produits « santé » à prix raisonnable (IOM, 2009; White House Obesity Task Force, 2010; De Schutter, 2011; CDC, 2011b).

- **Instaurer des politiques économiques, sociales et d'urbanisme favorables à l'alimentation, notamment des groupes défavorisés (B)** : plusieurs recommandations soulignent l'importance de promouvoir la sécurité alimentaire par des politiques d'assistance aux groupes défavorisés au moyen de différents instruments (Gortmaker et collab. 2011). Il s'agit notamment de :
 - > soutenir la mise en place de programmes d'assistance alimentaire auprès des populations vulnérables et y adjoindre des critères nutritionnels favorisant la saine alimentation des bénéficiaires (IOM, 2009, 2012 ; Brennan et collab., 2014) ;
 - > stimuler l'installation de supermarchés dans les quartiers défavorisés au moyen de politiques de zonage et d'incitatifs financiers (p. ex., crédits d'impôt). Les commerces adoptant un marketing favorisant l'achat de produits favorables à la santé devraient être privilégiés (Keener et collab., 2009 ; IOM, 2009, 2012) ;
 - > restreindre la disponibilité de produits gras, sucrés et salés à proximité des écoles et des aires de jeux à l'aide de politiques de zonage, de décrets et de politiques fiscales limitant l'installation de chaînes de restauration rapide (IOM, 2009) ;
 - > s'assurer que les politiques sociales et fiscales touchant l'alimentation contribuent à la réduction des inégalités de santé (Gortmaker et collab., 2011) ;
 - > favoriser des accès propres à l'eau potable (p. ex., fontaines) dans les lieux et bâtiments publics afin de favoriser la consommation d'eau et limiter la consommation de boissons sucrées (IOM, 2009).
- **Favoriser l'adoption de politiques d'entreprises responsables en matière de nutrition (C)** : selon Gortmaker et collab. (2011), les entreprises privées, et plus particulièrement l'industrie agroalimentaire, devraient soutenir les efforts de santé publique visant le développement de systèmes alimentaires plus favorables à la santé. Il est aussi recommandé aux entreprises de placer la nutrition au cœur de leurs stratégies, qu'il s'agisse du développement de nouveaux produits, de leurs politiques de prix, de distribution ou de marketing. Pour ce faire, la définition d'objectifs nutritionnels précis et mesurables ainsi que des mécanismes de reddition de

compte sont recommandés. Il est suggéré que ces objectifs soient fixés selon les recommandations diffusées par l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Il est aussi recommandé que les entreprises fabriquant des substituts de lait maternel s'assurent urgemment d'être en conformité avec les codes internationaux prévus à cet effet (GAIN, 2013).

2.3.4.6 Interventions visant l'environnement économique

- **Promouvoir l'accès à des aliments favorables à la santé à prix compétitif **B**** : cette catégorie d'interventions vise à abaisser le prix d'achat des produits dont on cherche à favoriser la consommation.
 - > D'une manière générale, la littérature scientifique indique qu'abaisser le prix d'un produit « santé » se traduit par une hausse de sa consommation et suggère parfois d'y associer des actions éducatives et des messages « santé » pour gagner en efficacité (Étiévant et collab., 2010; Wilson et collab., 2012; WHO, 2012; Shemilt et collab., 2013).
 - > Par conséquent, plusieurs recommandations interpellent les industriels, les restaurateurs, les distributeurs et les gestionnaires d'établissements (écoles, espaces récréatifs, milieu de travail, milieu de soins) afin qu'une offre d'aliments et de boissons de bonne qualité nutritionnelle soit maintenue à des prix compétitifs (Keener et collab., 2009; WCRF, 2009; Étiévant et collab., 2010; IOM, 2012; GAIN, 2013). Les programmes de subventions à l'achat de fruits et légumes (frais, en conserve ou congelés) au moyen de cartes de débit ou de coupons sont aussi encouragés, en particulier auprès des publics défavorisés. Il est suggéré de soigner la présentation de ces produits (p. ex., formats prêts-à-manger) afin de stimuler l'achat. En parallèle, le risque de survente d'aliments peu favorables à la santé dans ces programmes est à considérer (Keener et collab., 2009; Étiévant et collab., 2010; Faulkner et collab., 2011; Capacci et collab., 2012).
 - > Dans un autre registre, la distribution gratuite ou à bas prix de fruits et de légumes dans les écoles aurait des effets bénéfiques sur la consommation, et est souvent recommandée. L'installation de fontaines à eau est également conseillée, bien qu'un libre accès

à l'eau potable n'ait pas nécessairement été associé à une moindre consommation de boissons sucrées (Faulkner et collab., 2011 ; Mozzafarian et collab., 2012 ; Brennan et collab., 2014).

- **Limiter la surconsommation d'aliments gras, sucrés, salés, au moyen de taxes nutritionnelles **D** :** les taxes nutritionnelles sont les instruments économiques les plus débattus dans notre corpus de documents. Les données probantes sont équivoques, mais les recommandations fréquentes :
 - > Selon notre corpus, il est clairement documenté que taxer des aliments et des boissons entraîne une hausse de leur prix, et que les hausses de prix entraînent des baisses de consommation à des degrés variables. Par conséquent, taxer certains aliments et boissons sur des critères nutritionnels est une avenue intéressante, souvent considérée comme ayant un ratio coût-efficacité des plus avantageux en raison de son faible coût de mise en œuvre, de son application à l'ensemble de la population et des recettes fiscales qui en découlent. Selon les études de modélisation, il s'agirait même des seules interventions capables de s'autofinancer (Étiévant et collab., 2010 ; Sassi, 2010 ; Gortmaker et collab., 2011 ; De Schutter, 2011 ; Mozzafarian et collab., 2012 ; WHO, 2011, 2012 ; Wilson et collab., 2012).
 - > Toutefois, Shemilt et collab. (2013) soulignent que les taxes nutritionnelles ont été peu expérimentées à des taux élevés et à grande échelle à travers le monde. De ce fait, ils indiquent qu'il est encore difficile d'en apprécier les effets (attendus ou non) et que la plus grande part de la littérature repose sur des modélisations économiques étudiant les effets potentiels de différents scénarios à géométrie variable (selon l'assiette de produits ciblés, les taux appliqués, etc.) sur les prix, les achats, le poids et la santé. Ils précisent que ces modélisations se basent sur des données empiriques d'évolution des prix et des ventes, permettant généralement de constater que lorsque le prix des produits augmente, les achats diminuent dans des proportions faibles à modérées selon le cas. Par conséquent, ces études prédisent communément des effets encourageants sur la consommation, mais des phénomènes de substitution sont fréquemment rapportés (p. ex., surconsommation d'autres produits tout aussi défavorables à la santé).

- > Les documents consultés indiquent par ailleurs que ces études font l'hypothèse que le montant de la taxe s'ajouterait entièrement au prix, ce qui n'est pas garanti, les compagnies alimentaires pouvant décider d'absorber une partie de l'augmentation et donc de réduire leur marge de profit, afin de minimiser l'impact sur les ventes de leur produit. En somme, les modèles les plus complets concluraient généralement à des effets petits ou négligeables sur le poids et la santé (Étiévant et collab., 2010 ; Capacci et collab., 2012 ; WHO, 2012 ; Wilson et collab., 2012 ; Shemilt et collab., 2013).
 - > Il est fréquemment souligné que ces taxes peuvent faire peser un coût financier plus élevé pour les grands consommateurs de ces produits, particulièrement ceux issus de groupes socioéconomiquement défavorisés. Néanmoins, il est aussi souligné que ces groupes étant généralement plus sensibles aux variations de prix, leurs gains de santé seraient proportionnellement plus élevés. Afin d'atténuer ces effets, il est souvent suggéré d'utiliser les revenus issus de ces taxes pour faire baisser le prix des fruits et des légumes ou soutenir des actions de promotion de la santé, notamment au bénéfice des groupes les plus défavorisés (Capacci et collab., 2012 ; Wilson et collab., 2012 ; WHO, 2012 ; Shemilt et collab., 2013 ; Consumers International and World Obesity Federation, 2014 ; Loring et Robertson, 2014).
 - > En 2011, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'alimentation s'est prononcé en faveur de taxes sur les produits à haute teneur en graisses, en sucres et en sel, dont les revenus permettraient de subventionner l'accès aux fruits et légumes et de financer des campagnes d'éducation alimentaire (De Schutter, 2011). Plus récemment, de telles taxes figuraient parmi les mesures proposées dans le Plan d'action pour la prévention de l'obésité infantile de l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO, 2014).
- **Limiter la surconsommation de boissons sucrées au moyen d'une taxe dont les recettes seront réinvesties en promotion de la santé **B** :** selon Étiévant et collab. (2010), les études empiriques concluent généralement que des taxes peu élevées sur les boissons sucrées (p. ex., 5 % du prix) n'ont pas d'effet significatif sur la santé. En revanche, ces auteurs indiquent que de nombreuses modélisations se sont penchées sur les effets potentiels

d'une taxation élevée des boissons sucrées (p. ex., 15 à 20 %) et estiment qu'elle aurait des effets bénéfiques sur la consommation, le poids et la santé cardiovasculaire.

- > Généralement, les produits visés incluent les boissons gazeuses, aux fruits, pour sportifs, énergisantes et excluent les jus de fruits à 100 %, les boissons artificiellement édulcorées et le lait. En dépit de plusieurs incertitudes inhérentes aux études de modélisation (p. ex., réactions des producteurs, phénomènes de substitution), Faulkner et collab. (2011) considèrent que cette mesure, combinée à d'autres, pourrait au minimum avoir un effet bénéfique sur les normes sociales. De surcroît, la très faible valeur nutritive de ces boissons, les hauts niveaux de consommation et l'absence de données empiriques indiquant qu'une telle taxe serait régressive sont des arguments en faveur d'une telle intervention (Faulkner et collab., 2011 ; Gortmaker et collab., 2011).
- > Faulkner et collab. (2011) recommandent la mise en place d'une taxe à hauteur de 20 % de leur prix au Canada. L'IOM (2012) recommande également l'adoption de taxes d'accise substantielles sur les boissons contenant des sucres ajoutés (p. ex., 1 penny par once) afin de contribuer à limiter leur surconsommation. L'Organisation panaméricaine de la Santé s'est récemment prononcée en faveur d'une telle taxe, de même que le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'alimentation quelques années plus tôt (De Schutter, 2011 ; PAHO, 2014). Plusieurs auteurs soulignent l'intérêt de la mesure en matière de recettes fiscales et recommandent d'allouer les fonds levés à des programmes de subventions sur les fruits et légumes ou de prévention de l'obésité, notamment en faveur des groupes de population défavorisés (Faulkner et collab., 2011 ; Gortmaker et collab., 2011 ; De Schutter, 2011 ; IOM, 2012).
- **Promouvoir la production de fruits et de légumes au moyen de subventions agricoles** **A** : d'après les documents consultés, les données relatives à l'effet des subventions agricoles sur la santé sont peu nombreuses et peu concluantes. Cela tiendrait notamment à l'influence très distale de ces politiques sur les consommations et à la complexité des mécanismes de causalité en jeu. Selon De Schutter (2011), cela ne remet pas en cause la nécessité d'agir afin de favoriser la production de certaines cultures au détriment

d'autres, mais Faulkner et collab. (2011) indiquent que la faisabilité et l'acceptabilité de ce type d'interventions à court terme est faible. Plusieurs recommandent plutôt d'encourager à long terme la création d'infrastructures facilitant la production, le transport et la distribution d'aliments favorables à la santé. Cela inclut par exemple le soutien à la production de fruits et de légumes, aux marchés de proximité et à la vente directe à la ferme (White House Obesity Task Force, 2010; Faulkner et collab., 2011; Mozzafarian et collab., 2012).

- **Promouvoir une saine alimentation chez les jeunes en subventionnant les repas scolaires **D**** : selon Shemilt et collab. (2013), la littérature portant sur les subventions attribuées dans le cadre de programmes de repas et de petits-déjeuners servis en milieu scolaire présente des résultats équivoques quant aux effets sur les apports nutritionnels ou le poids des jeunes. Compte tenu des bénéfices plus larges associés à ces programmes, le maintien de leurs subventions est toutefois recommandé par Loring et Robertson (2014).
- **Promouvoir une saine alimentation en stimulant l'installation de supermarchés dans les quartiers défavorisés **C**** : quelques-uns des documents de notre corpus recommandent d'améliorer l'offre alimentaire dans les quartiers défavorisés en stimulant l'installation de supermarchés et de marchés fermiers au moyen de politiques de zonage et d'incitatifs financiers (p. ex., crédits d'impôt). Les effets de ce type d'interventions semblent encore peu documentés (Keener et collab., 2009; IOM, 2009, 2012; White House Obesity Task Force, 2010; Mozzafarian et collab., 2012; Loring et Robertson, 2014).
- **Promouvoir la saine alimentation au moyen de programmes d'aide alimentaire **D**** : selon plusieurs revues, la littérature (essentiellement états-unienne) portant sur cette catégorie d'intervention avance des données probantes équivoques quant aux liens entre la participation à ces programmes et les habitudes alimentaires, les apports nutritionnels ou encore le poids (CDC, 2011b; Shemilt et collab., 2013). Compte tenu de leurs nombreux bénéfices en matière de sécurité alimentaire, une promotion active de ces programmes auprès des groupes de population défavorisés est toutefois recommandée (p. ex., banques

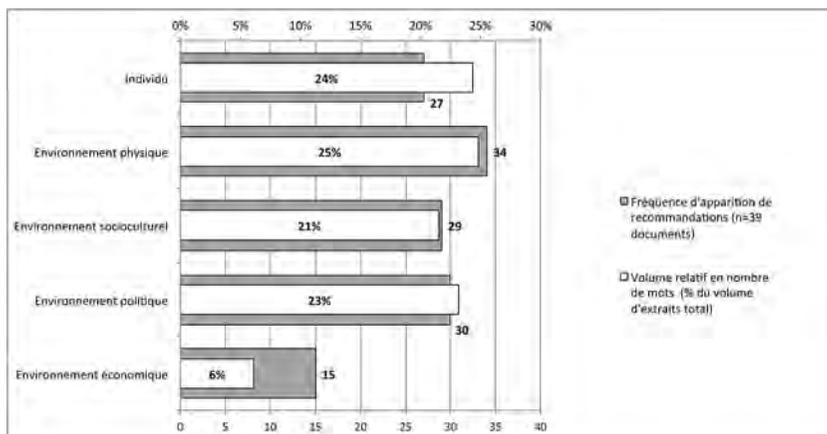
alimentaires, épiceries sociales et solidaires, programmes de récupération des aliments invendus, etc.) (IOM, 2011 ; CDC, 2011b).

- **Encourager les assureurs à instaurer des contreparties financières stimulant l'adoption de comportements de santé** **E** : selon la revue de Mozzafarian et collab. (2012), l'effet potentiel d'une variation des primes d'assurances selon l'état de santé et les habitudes alimentaires est peu documenté et les conclusions des études sont équivoques. Bien que l'IOM (2012) fasse état de telles pratiques chez certains assureurs privés, il s'en tient à recommander que les assureurs (publics et privés, y compris dans les grandes entreprises) facilitent le remboursement et l'accès à des services favorisant le maintien de saines habitudes de vie, ainsi que la prévention et la prise en charge de l'obésité pour tous les assurés.

2.3.5 Recommandations sur l'activité physique

Sur les 39 documents de notre corpus abordant la promotion de l'activité physique, on remarque une légère prédominance des documents traitant des environnements physiques (34 fois), mais les individus, l'environnement socioculturel et l'environnement politique sont abordés à une fréquence relativement similaire (27 à 30 fois) (figure 2.16). Le seul fait marquant est le petit nombre de documents (15) ayant explicitement abordé l'environnement économique, et la proportion encore plus faible d'extraits de texte qui en est issue (6%). Comme nous le verrons, cela s'explique en grande partie par le moindre recours à des interventions économiques pour promouvoir l'activité physique, par le peu de littérature scientifique sur le sujet et par les effets mitigés auxquels semblent conduire ces interventions.

FIGURE 2.16: PRÉSENCE ET VOLUME DE RECOMMANDATIONS CIBLANT L'INDIVIDU ET LES DIFFÉRENTS TYPES D'ENVIRONNEMENTS DANS L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS TRAITANT D'ACTIVITÉ PHYSIQUE (N=39 DOCUMENTS)



2.3.5.1 Tableau de synthèse

Le tableau 2.8 propose une synthèse des recommandations sur l'activité physique inventoriées dans notre corpus de documents, selon cinq niveaux de force de la recommandation : très élevé (A), élevé (B), intermédiaire (C), discutable (D) et faible (E) (voir légende sous le tableau). Il est important de noter qu'il s'agit d'une cotation indicative donnée par les auteurs afin d'aiguiller le lecteur dans la hiérarchisation de l'information présentée. Pour une appréciation plus fine des données, il est suggéré de se rapporter aux sections rédigées à la suite du tableau, dans lesquelles un bref résumé de la littérature est présenté pour chacune des recommandations énoncées.

TABLEAU 2.8: SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

RECOMMANDATIONS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	NIVEAU				
	A	B	C	D	E
MESURES CIBLANT LES INDIVIDUS					
<i>Encourager l'usage des escaliers au moyen de signaux incitatifs dans tous les lieux et bâtiments</i>					
<i>Renforcer l'enseignement en éducation physique et sportive dans le milieu scolaire</i>					
<i>Promouvoir un mode de vie physiquement actif chez les jeunes en encourageant les activités non sédentaires et le jeu actif</i>					
<i>Promouvoir un mode de vie physiquement actif en encourageant le transport actif</i>					
<i>Prévenir la sédentarité au quotidien en régulant le temps passé par les jeunes devant les écrans</i>					
<i>Promouvoir la participation des jeunes, des adultes et des familles à des activités physiques et sportives organisées</i>					
<i>Renforcer les conseils personnalisés en promotion de l'activité physique, notamment par l'intermédiaire des professionnels de la santé</i>					
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	A	B	C	D	E
<i>Élaborer une politique d'aménagement urbain favorable à l'activité physique</i>					
<i>Aménager les quartiers, les rues et les routes de manière à optimiser le potentiel piétonnier</i>					
<i>Développer l'offre de parcs, d'aires de jeux et d'infrastructures de loisirs</i>					
<i>Développer un système de transport urbain favorable aux déplacements actifs</i>					
<i>Développer les programmes de pédibus scolaires</i>					
<i>Développer l'offre d'animations, d'équipement et de matériel stimulant l'activité physique sur le temps scolaire et périscolaire</i>					
<i>Construire des bâtiments favorables au mode de vie physiquement actif</i>					
<i>Éviter d'exposer les jeunes à des environnements physiques favorisant la sédentarité</i>					
<i>Inciter les industriels à développer une offre attrayante en jeux actifs et équipements sportifs pour tous les publics</i>					
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL	A	B	C	D	E
<i>Développer des campagnes médiatiques s'appuyant sur de multiples canaux (impressions, radio, télévision, Internet, etc.)</i>					
<i>Faire de la promotion de l'activité physique un domaine d'action publique prioritaire</i>					
<i>Développer une atmosphère favorable à l'activité physique dans les milieux de vie</i>					
<i>S'appuyer sur certains acteurs compte tenu de leur rôle de «modèle» pour la promotion de l'activité physique</i>					
<i>Développer des stratégies de promotion de l'activité physique inclusives et équitables</i>					
<i>Soutenir le rôle des «champions», des coalitions et des organisations de plaidoyers</i>					
<i>Interpeller les industriels et les médias afin qu'ils contribuent à la promotion de l'activité physique</i>					

RECOMMANDATIONS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	NIVEAU				
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT POLITIQUE	A	B	C	D	E
<i>Développer des standards en matière de comportements actif et sédentaire</i>					
<i>Instaurer des politiques scolaires renforçant le temps d'activité physique en classe, lors des pauses et sur le temps périscolaire</i>					
<i>Instaurer des politiques renforçant le temps d'activité physique dans les milieux de garde</i>					
<i>Instaurer des politiques renforçant l'offre d'activités physiques et sportives, et facilitant l'accès aux infrastructures récréatives</i>					
<i>Instaurer des politiques d'aménagement du territoire favorables à l'activité physique</i>					
<i>Instaurer des politiques de transport favorables à l'activité physique</i>					
<i>Instaurer des politiques économiques et sociales visant à réduire les inégalités d'accès à la pratique d'activité physique</i>					
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE	A	B	C	D	E
<i>Instaurer des subventions ou gratuités facilitant l'accès à des activités physiques ou sportives de loisirs</i>					
<i>Instaurer des crédits d'impôt stimulant la participation à des activités physiques ou sportives de loisirs</i>					
<i>Instaurer des taxes visant à réduire les déplacements en automobile</i>					
<i>Instaurer des subventions encourageant l'usage des transports publics ou actifs</i>					
<i>Renforcer le financement gouvernemental d'initiatives de grande envergure en promotion de l'activité physique</i>					
<i>Moduler les primes d'assurance santé afin de stimuler l'adoption de saines habitudes de vie</i>					

Légende

- A** **TRÈS ÉLEVÉ**: recommandations très fréquentes ou soutenues par des données probantes convaincantes
- B** **ÉLEVÉ**: recommandations fréquentes ou soutenues par des données probantes prometteuses
- C** **INTERMÉDIAIRE**: recommandations occasionnelles ou soutenues par des données probantes émergentes
- D** **DISCUTABLE**: recommandations équivoques ou soutenues par des données probantes mitigées
- E** **FAIBLE**: peu de recommandations ou peu de données probantes

2.3.5.2 Interventions visant les individus

- **Encourager l'usage des escaliers au moyen de signaux incitatifs dans tous les lieux et bâtiments **A****: cette mesure consiste à apposer une signalétique explicite (texte ou visuel) au départ d'un escalier mécanique ou à côté d'un ascenseur afin d'inciter les usagers à emprunter les escaliers. Ces signaux sont notamment utilisés dans les stations de transports, sur les lieux de travail, dans les hôpitaux, les universités ou encore les centres commerciaux (Heath et collab., 2012). Cette intervention est régulièrement mise en avant compte tenu de son efficacité solidement

démontrée (WHO, 2009, 2012; City of New York, 2010; CDC, 2011a; Mozzafarian et collab., 2012; Heath et collab., 2012; Brennan et collab., 2014). La revue de Wilson et collab. (2012) indique toutefois que son incidence sur le niveau d'activité physique global est limitée.

- **Renforcer l'enseignement en éducation physique et sportive dans le milieu scolaire** **A** : c'est une option très documentée et incontestablement l'une des plus recommandées dans notre revue de littérature. Les pouvoirs publics (notamment ceux qui sont responsables de l'éducation aux échelles nationale et locale) sont interpellés à cet effet, tout comme les professionnels du milieu scolaire et les parents. Voici quelques données saillantes repérées dans notre corpus de documents :

> L'augmentation du nombre de leçons d'éducation physique et la modification du temps d'activité physique dans le programme scolaire sont des interventions qui ont démontré des effets bénéfiques (CDC, 2011a; Waters et collab., 2011; Mozzafarian et collab., 2012; Wilson et collab., 2012).

- L'IOM (2013) recommande que les enfants soient encouragés à pratiquer 60 minutes d'activité physique modérée ou soutenue par jour dans les écoles primaires et secondaires (dont au moins la moitié pendant les heures de classe). D'autres auteurs formulent des recommandations en ce sens (CDC, 2011c; Summerbell et collab., 2012; WHO, 2012).
- Sur le plan des contenus, il est suggéré de développer les habiletés de mouvement de base des élèves, de les encourager à avoir confiance en leurs capacités et de les amener à adopter des attitudes et des comportements d'activité physique adaptés (CDC, 2011c; Wilson et collab., 2012).
- Selon le CDC (2011a), la création d'un « conseil scolaire de santé » peut aider à renforcer l'éducation physique dans les écoles. Ces conseils peuvent être composés d'éducateurs, de gestionnaires, de parents, de membres de la communauté, d'employés du service de restauration, d'infirmières, d'élèves.

- > Parfois évoqué, le recrutement d'enseignants spécifiquement formés en éducation physique semble conduire à des résultats équivoques (Mozzafarian et collab., 2012). En revanche, il est recommandé de former les enseignants afin qu'ils soient en mesure de proposer une éducation physique de qualité et adaptée à l'âge des élèves (White House Obesity Task Force, 2010 ; Waters et collab., 2011 ; Wilson et collab., 2012 ; IOM, 2013).
- > Enfin, notons qu'il est généralement recommandé de combiner l'éducation physique à d'autres interventions, telles que des activités sportives organisées sur le temps périscolaire, des programmes de pédibus, du temps de jeu actif lors des récréations, etc. (voir 2.3.3, section dédiée aux actions combinées) (CDC, 2011c).
- **Promouvoir un mode de vie physiquement actif chez les jeunes en encourageant les activités non sédentaires et le jeu actif** **B** : ici, les professionnels du milieu scolaire et les parents sont particulièrement sollicités. Voici quelques points fréquemment soulignés dans notre corpus de documents :
 - > Il est recommandé aux enseignants d'inclure des activités interactives sur le temps de classe (IOM, 2011, 2013 ; Summerbell et collab., 2012). Il est aussi recommandé aux professionnels de favoriser les jeux actifs spontanés sur les temps de pause à l'école et dans les milieux de garde, et d'y participer avec les enfants (NICE, 2009 ; IOM, 2011 ; Summerbell et collab., 2012). En corollaire, il est recommandé de former et de certifier régulièrement les professionnels de l'enfance aux méthodes de promotion de l'activité physique chez les jeunes (IOM, 2011). Il est aussi déconseillé d'utiliser l'activité physique comme une punition, mais plutôt d'en véhiculer une image positive (IOM, 2011).
 - > À la maison, les parents sont invités à planifier des activités ludiques et actives pour leurs enfants (notamment en fin de semaine), d'y participer avec eux (p. ex., en les amenant sur des aires récréatives), et de les encourager en les équipant de manière appropriée (p. ex., vêtements, matériels). Étant donné l'influence des parents sur le comportement des enfants, il convient d'encourager les parents à être eux-mêmes physiquement actifs (NICE, 2009 ; Waters et collab., 2011 ; Gortmaker et collab., 2011 ;

WHO, 2012; Wilson et collab., 2012; Summerbell et collab., 2012; Active Healthy Kids Canada, 2012).

- **Promouvoir un mode de vie physiquement actif en encourageant le transport actif C** : pour les enfants, *Active Healthy Kids Canada* (2012) recommande d'envisager de multiples modes de transport actif entre le domicile et l'école, mais aussi lors des sorties de loisirs (p. ex., marche, vélo, planche à roulettes, etc.). Quelques documents soulignent l'intérêt d'offrir à la population des services qui stimulent les déplacements actifs. Par exemple, le *National Institute for Health and Care Excellence* suggère aux municipalités de diffuser de l'information sur les circuits et lieux d'intérêts qu'il est possible de parcourir à pied ou à vélo (p. ex., plans, signalétiques). Il suggère aussi aux municipalités et aux écoles de développer des programmes d'apprentissage du vélo, notamment pour les jeunes (NICE, 2012b).
- **Prévenir la sédentarité au quotidien en régulant le temps passé par les jeunes devant les écrans B** : dans plusieurs documents de notre corpus, les parents et professionnels de l'enfance sont invités à limiter le temps d'écran des enfants en fonction des recommandations officielles (p. ex., moins d'une heure par jour). Il est souligné que les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle de sensibilisation important à cet effet. Pour y contribuer, il est conseillé de ne pas laisser d'écrans dans la chambre des enfants (télévision, jeux vidéo, supports numériques, etc.), de les encourager à changer régulièrement d'activité, ou de les inciter à passer plus de temps à l'extérieur (White House Task Force, 2010; IOM, 2011; WHO, 2012; Wilson et collab., 2012; Summerbell et collab., 2012; Active Healthy Kids Canada, 2012).
- **Promouvoir la participation des jeunes, des adultes et des familles à des activités physiques et sportives organisées B** : il est recommandé d'encourager la participation des jeunes à des activités physiques et sportives organisées, en particulier en fin de semaine (p. ex., clubs de sport) (Summerbell et collab., 2012; Active Healthy Kids Canada, 2012). Le *National Institute for Health and Care Excellence* note qu'il est important que les éducateurs responsables des activités disposent des compétences requises (éducation physique et sportive, pédagogie, protection des enfants, santé et sécurité, équité et inclusion) (NICE, 2009). Pour les adultes, certaines activités sportives de groupe proposées dans

la communauté donneraient des résultats encourageants (p. ex., conditionnement physique, aérobic, groupes de marche). Les dynamiques de groupe encourageraient chacun à se fixer des objectifs et à développer ses capacités. Lorsque ces activités sont proposées gratuitement, elles pourraient contribuer à réduire les inégalités sociales d'accès au sport (Heath et collab., 2012; NICE, 2012b; OMS, 2013). Dans le cas d'activités proposées à des groupes défavorisés, Loring et Robertson (2014) soulignent qu'il est parfois nécessaire d'ajouter des composantes à l'intervention afin de transmettre certaines connaissances, de comprendre certaines perceptions et de renforcer l'estime personnelle des participants.

- **Renforcer les conseils personnalisés en promotion de l'activité physique, notamment par l'intermédiaire des professionnels de la santé **B**** : l'accompagnement personnalisé visant l'adoption d'un mode de vie plus actif fait partie des stratégies présentées comme étant les plus efficaces (CDC, 2011a; GAPA, 2011), mais comporte des limites soulignées dans plusieurs documents de notre corpus :
 - > Parmi les techniques ayant démontré des effets positifs sur les comportements figurent la fixation d'objectifs précis à atteindre, la participation à des groupes de soutien par les pairs ou encore les entretiens motivationnels (CDC, 2011a; Mozzafarian et collab., 2012; Wilson et collab., 2012).
 - > L'efficacité de ces stratégies serait dépendante de leur intensité, de leur qualité et de leur durée. Les interventions ponctuelles sont généralement inefficaces, tandis que les interventions d'intensité modérée, sur le long terme, adaptées à la motivation du patient, seraient plus prometteuses (WHO, 2012; NICE, 2013).
 - > Le coût de mise en œuvre de telles interventions est toutefois dissuasif. Il est généralement recommandé d'avoir recours à ces stratégies de manière ciblée (p. ex., personnes inactives ou à risque de maladies chroniques) et de les combiner avec d'autres stratégies d'intervention à l'échelle de la communauté (voir 2.3.3, section dédiée aux actions combinées) (Sassi, 2010; WHO, 2009; NICE, 2013).

- > Le *National Institute for Health and Care Excellence* (2012) recommande également d'avoir recours à des techniques d'accompagnement au transport actif. Ces techniques consistent à encourager individuellement les personnes intéressées à se déplacer de manière plus active (p. ex., marche, vélo) tout en leur apportant les informations pratiques correspondant à leurs besoins (identification des moyens de transports, recherche d'itinéraires, etc.).

2.3.5.3 Interventions visant l'environnement physique

- **Élaborer une politique d'aménagement urbain favorable à l'activité physique **A**** : à l'échelle d'une municipalité ou d'une communauté, le développement d'une politique d'aménagement urbain visant à promouvoir l'activité physique aurait fait la preuve de ses bénéfices (WHO, 2009; City of New York, 2010; Durand et collab., 2011; Ding et collab., 2011; Mozzafarian et collab., 2012; Heath et collab., 2012; Wilson et collab., 2012; Brennan et collab., 2014).
 - > D'après la littérature scientifique citée dans les documents que nous avons consultés, cette efficacité tiendrait notamment :
 - aux règlements de zonage favorisant une forte densité résidentielle et une mixité d'utilisation des sols (p. ex., logements, écoles, bureaux, commerces, parcs, etc.);
 - à l'implantation stratégique d'écoles à proximité des zones résidentielles et d'infrastructures de loisirs;
 - à l'optimisation du potentiel piétonnier dans les quartiers;
 - à l'offre de commerces et d'infrastructures de loisirs de proximité (p. ex., piscine, aires de jeux);
 - à un système de transports stimulant les déplacements actifs (p. ex., accès aux sentiers pédestres, aux pistes cyclables, aux transports en commun).
 - > Les recommandations vont en ce sens dans notre corpus de documents (NICE, 2009; WCRF, 2009; IOM, 2009; WHO, 2011; GAPA, 2011; IOM, 2013). Par exemple, l'IOM (2012) plaide pour que les pouvoirs publics, les urbanistes, les architectes et les professionnels de la santé publique travaillent ensemble au développement et à la mise en œuvre d'une telle politique.

- **Aménager les quartiers, les rues et les routes de manière à optimiser le potentiel piétonnier **A**** : le potentiel piétonnier est un indicateur de synthèse renvoyant à la mixité d'utilisation des sols, à la connectivité des rues, aux infrastructures piétonnières (p. ex., trottoirs, passages cloutés), à la qualité du paysage, à la sécurité routière et à la sécurité interpersonnelle. Pris dans son ensemble, le potentiel piétonnier est généralement corrélé à l'activité physique (Keener et collab., 2009; CDC, 2011a; Mozzafarian et collab., 2012). De nombreuses recommandations sont formulées à cet effet. Voici quelques données saillantes :
 - > En matière de connectivité, il est recommandé de renforcer la signalétique, la présence de trottoirs, les sentiers pédestres et les accès aux personnes à mobilité réduite. L'installation de bancs, de fontaines à eau, de toilettes et d'abribus peut aussi être un atout. Il est aussi suggéré d'entretenir la propreté des voies, d'y ajouter de la végétation et des œuvres d'art afin de rendre les parcours plus agréables (Keener et collab., 2009; City of New York, 2010; Mozzafarian et collab., 2012; NICE, 2012b; Heath et collab., 2012; Brennan et collab., 2014).
 - > En matière de sécurité routière, la littérature scientifique est également encourageante quant aux effets des interventions sur l'activité physique (City of New York, 2010; Ding et collab., 2011; Mozzafarian et collab., 2012; Wilson et collab., 2012; Brennan et collab., 2014). Plusieurs auteurs recommandent aux municipalités et aux urbanistes de prendre des mesures de protection des trottoirs et des piétons aux abords des carrefours. Il est aussi conseillé de contrôler la vitesse des véhicules et de contraindre les automobilistes à ralentir, à l'aide d'obstacles (p. ex., chicane, dos-d'âne), notamment aux abords des écoles (Keener et collab., 2009; IOM, 2009; Heath et collab., 2012; NICE, 2012b; IOM, 2013).
 - > Dans les quartiers défavorisés, certains auteurs rapportent qu'un sentiment d'insécurité quant au niveau de criminalité pourrait contribuer à réduire le niveau d'activité physique. Dans pareilles situations, les parents seraient moins enclins à laisser leurs enfants jouer à l'extérieur (Lovasi et collab., 2009; Brennan et collab., 2014). Les solutions sont très spécifiques au contexte. Keener et collab. (2009) évoquent quelques pistes telles que renforcer la

présence de forces de l'ordre, améliorer l'éclairage des rues et des aires de jeux, réduire la présence de bâtiments désaffectés.

- **Développer l'offre de parcs, d'aires de jeux et d'infrastructures de loisirs** **A** : d'après la littérature consultée, à l'échelle d'un quartier, l'activité physique des jeunes et des adultes est solidement associée à l'accessibilité des parcs, des aires de jeux, des sentiers et des centres sportifs et récréatifs. Par conséquent, il est fréquemment recommandé aux municipalités d'installer ce type d'infrastructures à distance raisonnable des résidences et des logements, avec une attention particulière pour les quartiers défavorisés. Plusieurs recommandations insistent sur l'attractivité, la diversité et la sécurité du matériel et des modules de jeux proposés aux enfants. Il est aussi suggéré d'étendre les heures d'ouverture de ces lieux, et de convenir avec les écoles d'ouvrir au public les cours de récréation en dehors du temps scolaire (Keener et collab., 2009; IOM, 2009; Sallis et Glanz, 2009; NICE, 2009; City of New York, 2010; White House Obesity Task Force, 2010; IOM, 2011; CDC, 2011c; Ding et collab., 2011; Brennan et collab., 2014; Mozzafarian et collab., 2012; Heath et collab., 2012; Wilson et collab., 2012; Active Healthy Kids Canada, 2012).
- **Développer un système de transport urbain favorable aux déplacements actifs** **B** : d'après les documents consultés, un système de transports favorisant l'usage de sentiers piétonniers, de pistes cyclables et de modes de transports combinés (p. ex., métro et vélo) serait généralement associé à une augmentation des taux d'utilisation, mais les effets sur le niveau d'activité physique total seraient moins documentés (Keener et collab., 2009; CDC, 2011a; Brennan et collab., 2014). Il est généralement recommandé de faciliter l'accès aux transports en commun (stimule la marche), d'améliorer la fréquence, la qualité et la sécurité des trottoirs et des pistes cyclables, et de faciliter le stationnement des vélos en tous lieux. Il est aussi suggéré d'accorder une attention particulière aux installations et conditions de circulation favorisant des déplacements actifs sécuritaires pour les jeunes (p. ex., vélo, planche à roulettes, patins) et pour les personnes à mobilité réduite (Keener et collab., 2009; NICE, 2009, 2012; IOM, 2009; WCRF, 2009; City of New York, 2010; Heath et collab., 2012; IOM, 2013).

- **Développer les programmes de pédibus scolaires B** : l'intérêt de favoriser le transport actif entre les zones résidentielles et les écoles est particulièrement souligné, bien que les données concernant les effets de ces interventions soient peu robustes (études de cas) et les résultats équivoques (CDC, 2011a; Mozzafarian et collab., 2012; Brennan et collab., 2014). Il est recommandé de développer des parcours dédiés et des programmes de pédibus scolaires pour les jeunes de tous âges. Le développement de parcours ludiques et conviviaux serait un atout. L'importance de garantir la sécurité des infrastructures et l'encadrement des enfants est aussi rappelée (NICE, 2009, 2012; White House Task Force, 2010; CDC, 2011c, 2011a; Active Healthy Kids Canada, 2012; IOM, 2013).
- **Développer l'offre d'animations, d'équipement et de matériel stimulant l'activité physique sur le temps scolaire et périscolaire A** : de nombreuses recommandations soulignent l'intérêt de mettre à la disposition des jeunes des locaux (p. ex., gymnases, terrains de sport), des équipements et du matériel stimulant l'activité physique sur le temps scolaire et périscolaire. Dans les classes, il est aussi indiqué que le mobilier peut favoriser des postures dynamiques. Lors des pauses, les effets bénéfiques de l'aménagement des cours d'école sur l'activité physique ont été démontrés (marquages au sol, espaces de jeux variés et régulièrement renouvelés). Il est aussi recommandé que les professionnels des milieux de garde organisent des séances d'activité physique et sportive avec les jeunes avant et après l'école, en intérieur comme en extérieur, en veillant à ce qu'elles soient sécuritaires, stimulantes, variées, encadrées et accessibles au plus grand nombre (NICE, 2009; WCRE, 2009; White House Obesity Task Force, 2010; CDC, 2011c; Mozzafarian et collab., 2012; Summerbell et collab., 2012; Active Healthy Kids Canada, 2012; IOM, 2009, 2011, 2012, 2013).
- **Construire des bâtiments favorables au mode de vie physiquement actif C** : il s'agit d'un sujet émergent, mais de plus en plus documenté. En 2010, la publication du guide de la ville de New York intitulé *Active Design Guidelines: promoting physical activity and health in design* a été saluée pour son caractère novateur. Associant les départements des constructions et édifices publics, de la santé, des transports et de l'aménagement urbain, ce guide est basé sur des données probantes et identifie plusieurs pratiques architecturales

prometteuses visant à favoriser l'activité physique à l'intérieur des bâtiments. Quelques autres documents de notre corpus se penchent aussi sur ces aspects. Par exemple, afin de rendre les escaliers plus attrayants, il est recommandé de construire de grandes cages, visibles, à proximité des entrées, astucieusement décorées, et offrant une vue dégagée. Il est aussi recommandé d'adapter la configuration des escaliers aux différents besoins des usagers (p. ex., largeur suffisante pour le passage des groupes, rampes de sécurité). Inversement, il est recommandé de réduire la mise en évidence des escaliers mécaniques et des ascenseurs pour les usagers pouvant prendre les escaliers. Des dispositifs d'ascenseurs «Skip-Stop», ne desservant pas tous les étages, sont ponctuellement évoqués. L'architecture et l'organisation du bâtiment peuvent positionner les lieux les plus fréquemment visités de manière stratégique, afin de stimuler la marche. La configuration des couloirs peut aussi être optimisée en ce sens, en ajoutant des expositions, des points d'informations, etc. Enfin, l'installation de salles d'activités sportives et récréatives et de vestiaires au cœur même des édifices peut stimuler l'activité physique, par exemple lors des temps de pause au travail (City of New York, 2010 ; Mozzafarian et collab., 2012 ; IOM, 2009, 2013).

- **Éviter d'exposer les jeunes à des environnements physiques favorisant la sédentarité** **C** : plus ponctuellement, il est recommandé aux parents et professionnels de l'enfance d'éviter de trop exposer les jeunes aux écrans (télévision, ordinateurs et autres supports numériques) et de les inciter à pratiquer des jeux actifs au quotidien afin de réduire leur sédentarité (IOM, 2011 ; Brennan et collab., 2014).
- **Inciter les industriels à développer une offre attrayante en jeux actifs et équipements sportifs pour tous les publics** **E** : cette recommandation est marginale dans notre corpus de documents (WCRF, 2009).

2.3.5.4 Interventions visant l'environnement socioculturel

- **Développer des campagnes médiatiques s'appuyant sur de multiples canaux** **A** : comme en promotion des saines habitudes alimentaires, le développement de campagnes de communication et de marketing social est souvent évoqué pour promouvoir l'activité physique à grande échelle. Selon les sources et le type de

campagnes considérées, ces interventions seraient plus ou moins efficaces. Toutefois, elles sont généralement préconisées (WHO, 2009; CDC, 2011a; GAPA, 2011; Mozzafarian et collab., 2012; WHO, 2012; Heath et collab., 2012; Wilson et collab., 2012; Active Healthy Kids Canada, 2012). Pour gagner en impact, il est notamment recommandé :

- > de rattacher ces campagnes à une stratégie plus globale de promotion de la santé et de prévention de l'obésité à l'échelle nationale (NICE, 2009);
- > de déployer ces campagnes à long terme (minimum 5 ans) afin de viser non seulement des changements de connaissances et d'attitudes, mais aussi des changements de comportement (NICE, 2009; CDC, 2011a; GAPA, 2011; IOM, 2012);
- > d'accorder une importance particulière aux enfants et aux adolescents (NICE, 2009);
- > de s'appuyer sur une diversité d'expertise (nutrition, activité physique, sciences des comportements, agences de communication, médias) pour développer et mettre en œuvre la campagne (IOM, 2012);
- > de diffuser des messages simples, culturellement appropriés, à haute fréquence (WHO, 2012; IOM, 2012; Heath et collab., 2012). Il serait généralement pertinent de souligner le caractère plaisant, amusant, sain, et convivial de la pratique d'activité physique, ainsi que la grande diversité d'activités envisageables, qu'elles soient organisées ou spontanées. Ces campagnes seraient aussi l'occasion de promouvoir le transport actif et l'adoption progressive de nouvelles routines de vie. Il est aussi conseillé d'informer les parents et les professionnels de l'enfance sur les enjeux de sécurité associés à la pratique d'activité physique chez les jeunes (NICE, 2009). Selon les cas, il peut être justifié de développer des messages ciblés, adaptés aux besoins et aux préférences de certains groupes de population (CDC, 2011a);
- > de développer une « marque » et d'utiliser de multiples canaux de diffusion (télévision, affichage, radio, Web, brochures, nouveaux médias) (WHO, 2009; CDC, 2011a; GAPA, 2011; IOM, 2009, 2012; Heath et collab., 2012);
- > de s'appuyer sur un dispositif de relations de presse assurant une forte couverture médiatique, en sensibilisant les journalistes et

en sollicitant des porte-parole aux échelles nationales, régionales et locales (WCRF, 2009 ; IOM, 2012 ; NICE, 2012b) ;

- > de combiner ces campagnes de grande envergure à des campagnes de promotion locales, multisectorielles, tirant parti, si possible, des messages diffusés à plus grande échelle. Ces dernières permettent de donner de la visibilité aux actions en cours sur le terrain (« bonnes pratiques »), à souligner les efforts des acteurs engagés, et à faire connaître les infrastructures de loisirs disponibles dans la communauté (WHO, 2009, 2011 ; IOM, 2009, 2012 ; GAPA, 2011 ; NICE, 2012b).
 - > sur le plan de la promotion de la marche et du vélo, d'organiser des événements (p. ex., courses, randonnées, concours, etc.) contribuant à donner de la visibilité à l'ensemble des efforts déployés, à sensibiliser sur des thèmes spécifiques (p. ex., semaine du transport actif) ou à initier certains publics à différentes activités (NICE, 2012b). Lors de ces événements, il est essentiel de tenir compte des contraintes de disponibilités et des préférences des groupes ciblés, et de permettre un accès facilité aux personnes à mobilité réduite (NICE, 2012b).
- **Faire de la promotion de l'activité physique un domaine d'action publique prioritaire B** : Plusieurs auteurs suggèrent de donner davantage la priorité à la promotion de l'activité physique dans les politiques d'éducation, de santé, d'urbanisme et de transports aux échelles nationale, régionale et locale (IOM, 2013 ; Heath et collab., 2012).
 - > Selon l'IOM (2012), faire de la promotion de l'activité physique une « grande cause » permettrait de mobiliser davantage de ressources et faciliterait la mise en œuvre et l'évaluation de certaines actions (p. ex., renforcement de l'éducation physique dans les programmes scolaires). Pour cela, il est préconisé de développer une stratégie d'action dédiée, intersectorielle, d'envergure nationale. Cela demande également d'allouer davantage de moyens à la recherche, à l'évaluation et au transfert de connaissances, afin d'identifier les combinaisons d'interventions les plus prometteuses et les plus efficaces (IOM, 2012). Au Canada, *Active Healthy Kids* (2012) considère notamment que le gouvernement fédéral devrait financer et mettre en œuvre sur

le long terme une vaste stratégie nationale en activité physique, et appuyer la mise en œuvre de la stratégie Canada Actif 20/20.

> À l'échelle locale, Le *National Institute for Health and Care Excellence* indique que cela doit se traduire par la mise en œuvre d'une stratégie coordonnée, des ressources dédiées à l'offre d'activités physiques et sportives intérieures et extérieures, le développement de partenariats et d'actions dans une grande diversité de secteurs et de milieux de vie (écoles, centres de la petite enfance, centres de loisirs, etc.). À l'échelle individuelle, faire de la promotion de l'activité physique une «grande cause» impliquerait aussi que chaque intervenant contribue à l'effort collectif par des actions de sensibilisation et d'éducation auprès des professionnels de la petite enfance, des parents et des jeunes (NICE, 2009).

- **Développer une atmosphère favorable à l'activité physique dans les milieux de vie** **B** : afin de renforcer la participation des parties prenantes et des publics visés par les interventions, il est préconisé de présenter la pratique d'activité physique et sportive sous un angle positif, convivial, sain et populaire (Dobbins et collab., 2013; IOM, 2013). Il est conseillé de participer aux activités avec les jeunes, de les encourager, de les féliciter et surtout d'éviter de présenter l'activité physique comme un moment difficile ou une punition (HSPH, 2014; CDC, 2011c). Dans les milieux de vie, il est recommandé de contribuer à «normaliser» les modes de vie physiquement actifs, le transport actif ou encore la pratique d'activité physique sur les temps de pause (CDC, 2011c; WHO, 2012; Summerbell et collab., 2012; IOM, 2013). Cette évolution peut se faire sous l'impulsion de leaders, en s'appuyant sur des groupes ou des réseaux existants (dans la communauté, sur le lieu de travail, dans les universités) qui offrent des occasions de rencontres, d'encouragement mutuel, d'événements et de sorties favorisant l'activité physique (CDC, 2011a; NICE, 2012b).
- **S'appuyer sur certains acteurs compte tenu de leur rôle de «modèle» pour la promotion de l'activité physique** **C** : plus ponctuellement, certains acteurs et certaines organisations sont interpellés compte tenu de leur rôle «exemplaire» pour la promotion de l'activité physique. Il s'agit par exemple des sportifs de haut niveau, des éducateurs ou des professionnels de la santé, invités à jouer un rôle de «modèle» auprès de leurs collègues et de

leurs patients (WCRF, 2009 ; IOM, 2012). Par ailleurs, compte-tenu du rôle « modèle » des parents, il est recommandé qu'ils soient eux-mêmes physiquement actifs pour encourager leurs enfants à l'être (NICE, 2009, 2012 ; Active Healthy Kids Canada, 2012).

- **Développer des stratégies de promotion de l'activité physique inclusives et équitables**  : plusieurs recommandations rappellent qu'il importe de s'assurer que l'offre de services et d'infrastructures destinés à la pratique d'activité physique est « inclusive », c'est-à-dire qu'elle permet la participation de tous les publics, quels que soient leur âge, leur niveau d'instruction ou leur capacité physique. Par exemple, il est souligné à quelques reprises que la participation des filles aux activités proposées en milieu scolaire devrait être améliorée. Il importe aussi que cette offre soit équitable, en assurant un accès aux groupes socioéconomiquement défavorisés. À cet effet, il est rappelé que les bénéfices plus larges de la pratique d'activité physique (p. ex., en matière d'inclusion sociale) devraient être pris en compte pour justifier les efforts accrus de prévention auprès de ces groupes. Dans la mesure du possible, lorsque l'accès de ces groupes à certaines activités existantes n'est pas possible (p. ex., pour des raisons financières), il est préconisé d'essayer d'adapter l'offre afin de les inclure. Le cas échéant, des interventions ciblées peuvent être développées. Dans ce cas, il est parfois suggéré de travailler avec des « porte-drapeaux » lors de la planification de l'intervention, afin de s'assurer qu'elle répond aux besoins, à la culture et aux attentes du groupe visé (CDC, 2011c ; Active Healthy Kids Canada, 2012 ; OMS, 2013, 2014).
- **Soutenir le rôle des « champions », des coalitions et des organisations de plaidoyers**  : des professionnels de la santé, des sportifs, des éducateurs et parfois même des élèves peuvent être invités à jouer un rôle de « champion » pour promouvoir l'activité physique à l'échelle de leur communauté. Certains documents consultés indiquent que ces derniers peuvent notamment influencer l'adoption de certaines mesures et faire valoir les intérêts des groupes avec lesquels ils travaillent lors de l'élaboration de plans d'action aux échelles locale, régionale et nationale. Par ailleurs, il est souvent recommandé de soutenir l'action des groupes communautaires, organisations professionnelles, coalitions et organisations de plaidoyers dans leur rôle de défense des intérêts des citoyens et des

groupes défavorisés, ainsi que dans leur rôle de «vigie» à l'égard des engagements pris par les autres parties prenantes. Ces organisations jouent un rôle important dans la sensibilisation de l'opinion publique et des médias (WCRF, 2009; IOM, 2009, 2012, 2013; CDC, 2011c; WHO, 2011; Gortmaker et collab., 2011).

- **Interpeller les industriels et les médias afin qu'ils contribuent à la promotion de l'activité physique **E**** : à la différence de la promotion des saines habitudes alimentaires, dans notre corpus, les industriels et les médias sont beaucoup moins interpellés sur les questions de promotion de l'activité physique. Très ponctuellement, l'industrie du divertissement et des loisirs est invitée à mettre davantage l'accent sur le développement et le marketing de produits et d'équipements favorables à l'activité physique (WCRF, 2009; White House Obesity Task Force, 2010).

2.3.5.5 Interventions visant l'environnement politique

- **Développer des standards en matière de comportements actif et sédentaire **B**** : les documents consultés soulignent que le développement de standards nationaux en matière de comportements actif et sédentaire (types et volumes d'activités recommandés par jour) peut être un outil pour influencer la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation d'initiatives législatives potentiellement favorables à l'activité physique (p. ex., en matière d'éducation, d'emploi, de transport, d'aménagement du territoire) (Mozzafarian et collab., 2012; Brennan et collab., 2014). Il est recommandé de développer ces standards selon les données probantes disponibles, de les mettre à jour régulièrement, de les adapter à différents groupes de population (enfants, adolescents, adultes, aînés, groupes minoritaires) et de les diffuser largement auprès de la population. Par exemple, ces standards permettraient d'énoncer précisément le temps d'activité physique hebdomadaire modérée ou soutenue recommandé chez les enfants pendant leurs séances d'éducation physique, pendant le temps de récréation, au moyen des transports actifs, etc. (Gortmaker et collab., 2011; WHO, 2011, 2012). Au Canada, *Active Healthy Kids* (2012) considère que davantage de visibilité devrait être accordée aux récentes directives canadiennes en matière de comportement sédentaire.

- **Instaurer des politiques scolaires renforçant le temps d'activité physique en classe, lors des pauses et sur le temps périscolaire **B**** : le temps d'activité physique à l'école fait l'objet de recommandations depuis quelques années (WHO, 2009 ; WCRF, 2009 ; IOM, 2013). Ces recommandations concernent essentiellement le temps d'activité physique requis sur le temps de classe, lors des récréations et sur le temps périscolaire (Dobbins et collab., 2013). Voici un résumé des principaux aspects évoqués dans notre corpus :
 - > D'après la littérature scientifique, l'éducation physique et les pauses régulières pendant le temps de classe influencent le temps d'activité physique des élèves. Les données sont plus équivoques quant à l'influence du transport actif vers (et depuis) l'école sur le niveau d'activité physique total (Keener et collab., 2009 ; Mozzafarian et collab., 2012). Quant au temps de récréation, selon l'IOM (2013), des données confirment qu'il peut avoir une influence positive.
 - > L'IOM (2012, 2013) a recommandé aux autorités scolaires (aux échelles fédérale et locale) d'instaurer une politique d'activité physique à l'école élémentaire et secondaire, incluant au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée ou soutenue, dont au moins 50 % lors de séances d'éducation physique de qualité. Cette politique inclut les temps de trajet (vers et depuis l'école), le temps périscolaire, les temps de pause, le temps d'éducation physique et le temps de classe. En 2009 et 2011(c), le CDC formulait déjà des recommandations similaires.
 - Pour cela, l'IOM (2013) recommande notamment qu'une discussion s'engage entre les pouvoirs publics, les gestionnaires, les organisations d'enseignants et de parents d'élèves.
 - L'IOM (2012, 2013) recommande également aux autorités scolaires de favoriser les temps de pauses réguliers à l'école, de soutenir les programmes de pédibus scolaires, de favoriser l'activité physique sur le temps de récréation et de permettre à d'autres organisations d'utiliser certaines infrastructures récréatives en dehors du temps de classe.
 - > Au Canada, *Active Healthy Kids* (2012) recommande aux autorités scolaires de tenir compte du fait qu'une éducation physique journalière de qualité est essentielle pour les jeunes et les

encourage à continuer d'avoir recours à des spécialistes de l'éducation physique à tous les niveaux de classes. Il est aussi préconisé de mieux évaluer le degré de mise en œuvre du programme d'éducation physique actuellement en vigueur à l'école.

- **Instaurer des politiques renforçant le temps d'activité physique dans les milieux de garde** **B** : comme pour le milieu scolaire, il est recommandé aux autorités compétentes d'instaurer une politique d'activité physique pour les milieux de garde et les professionnels de la petite enfance (White House Obesity Task Force, 2010; IOM, 2009, 2011, 2012). Plusieurs documents de notre corpus font des recommandations très spécifiques à cet effet :
 - > Pour les nourrissons, il est recommandé que soient instaurés deux à trois moments journaliers de mouvement libre à l'intérieur ou à l'extérieur (selon la saison) sous la supervision d'un adulte. Il est aussi préconisé de restreindre l'usage prolongé d'équipements limitant leurs mouvements (p. ex., pas plus de 30 minutes en continu sur une chaise haute) (HSPH, 2014; IOM, 2011).
 - > Pour les jeunes enfants, il est proposé que leur soit accordé un temps minimum d'activité physique d'intensité «vigoureuse» sur le temps de garde (p. ex., jeu libre, jeu à l'extérieur), soit à hauteur de 15 minutes par heure soit, au minimum, à hauteur de 30 minutes par demi-journée de garde ou à hauteur de 60 minutes par journée de garde complète (HSPH, 2014; IOM, 2011).
 - > Enfin, il est recommandé de limiter le temps d'écrans (télévision, supports numériques) à moins de 30 minutes par demi-journée de garde ou à moins de 60 minutes par journée de garde complète pour les enfants de 2 à 5 ans (IOM, 2011).
 - > Des recommandations spécifiques au sommeil sont aussi formulées (voir 2.3.7.2).
- **Instaurer des politiques renforçant l'offre d'activités physiques et sportives, et facilitant l'accès aux infrastructures récréatives** **B** : à l'échelle locale, des politiques relatives à l'offre de loisirs, à l'offre d'activités sportives ainsi qu'à l'accessibilité des infrastructures récréatives sont préconisées dans notre corpus de documents. Voici les éléments les plus fréquemment mentionnés :

- > Le *National Institute for Health and Care Excellence* recommande la mise en place d'une stratégie coordonnée à l'échelle locale afin de favoriser la pratique d'activité physique de loisirs dans la communauté (NICE, 2009). Pour cela il est préconisé de favoriser l'accès à des infrastructures sécuritaires à l'intérieur et à l'extérieur et de développer des partenariats entre différents acteurs de la communauté afin d'organiser des activités de qualité dans différents milieux de vie (écoles, centres de petite enfance, lieux récréatifs, clubs de sport, lieux de travail, etc.). Quant au contenu de l'offre, le NICE recommande de faire un état des lieux des attentes et des besoins de la population, d'identifier les obstacles à la participation (p. ex., vétusté du matériel, qualité de l'éclairage, propreté des locaux, etc.) et de faire participer les jeunes à la planification des interventions. Pour la mise en œuvre, il est recommandé de s'appuyer sur les acteurs locaux (p. ex., services de sports et loisirs, acteurs associatifs) capables d'implanter des actions combinées (sensibilisation, éducation, changements de l'environnement) (NICE, 2009).
- > En partenariat avec les fédérations sportives et d'autres partenaires privés potentiels (p. ex., centres de remise en forme), il est recommandé aux autorités locales de développer des programmes de type «Sport pour tous» dans la communauté. En proposant une offre d'activités sportives très diversifiées, ces programmes peuvent stimuler la participation de tous selon l'âge, le genre, les préférences, le budget, le niveau de perfectionnement, etc. (GAPA, 2011 ; Active Healthy Kids Canada, 2012).
- > Afin de favoriser l'activité physique sur le temps périscolaire, des accords entre des écoles et différentes organisations de la communauté sont fréquemment recommandés afin que les infrastructures récréatives et sportives des écoles soient accessibles au public en dehors du temps scolaire («joint-use agreement»). D'après les documents consultés, l'impact sur l'activité physique de telles politiques et les conditions éventuellement requises pour gagner en efficacité doivent être davantage évalués (p. ex., supervision par un adulte) (IOM, 2009 ; Keener et collab., 2009 ; Active Healthy Kids Canada, 2012 ; IOM, 2013).

- **Instaurer des politiques d'aménagement du territoire favorables à l'activité physique **B**** : les politiques d'aménagement du territoire pouvant être favorables à l'activité physique incluent les règlements de zonage favorisant une forte densité résidentielle et une mixité d'utilisation des sols (p. ex., logements, écoles, bureaux, commerces, parcs, etc.), les politiques d'optimisation du potentiel piétonnier dans les quartiers, les politiques de développement des infrastructures de loisirs (p. ex., piscine, aires de jeux) ou encore les politiques de transports stimulant les déplacements actifs. Un certain nombre de ces politiques sont recommandées dans notre corpus de documents (voir 2.3.5.3). Toutefois, Sallis et Glanz (2009) signalent que beaucoup de ces options ne sont pas ou peu mises en œuvre. Ils interpellent les professionnels de la santé publique afin qu'ils améliorent leurs capacités de plaidoyer et développent des collaborations intersectorielles pour influencer davantage les prises de décisions.
- **Instaurer des politiques de transport favorables à l'activité physique **B**** : dans le domaine des transports actifs, les politiques d'amélioration du potentiel piétonnier, de développement des transports multimodes (p. ex., autobus et vélo) et d'amélioration des pistes cyclables sont fréquemment évoquées. Les programmes de transport actif vers (et depuis) l'école font aussi l'objet d'une attention particulière (WCRF, 2009; Gortmaker et collab., 2011; CDC, 2011a; Heath et collab., 2012). Il est notamment préconisé (IOM, 2009; NICE, 2009, 2012; GAPA, 2011):
 - > de nommer un membre expérimenté de l'équipe de santé publique responsable de la promotion des transports actifs;
 - > de réaliser un état des lieux du réseau de transport actif, des attentes de la population et des ressources disponibles. Compte tenu des bénéfices partagés entre plusieurs secteurs (santé publique, développement durable, urbanisme, sports et loisirs, etc.), il est conseillé de mutualiser les ressources et les dépenses;
 - > d'harmoniser les politiques de transport actif avec les autres politiques locales pouvant avoir des répercussions sur l'activité physique des jeunes, notamment en matière d'accès aux infrastructures récréatives et sportives;

- > de faire explicitement apparaître les objectifs de santé publique dans les politiques de transport actif, afin de faciliter leur évaluation;
 - > de veiller à la sécurité des infrastructures et de faciliter l'accès aux équipements de protection (p. ex., casques et gilets pour la pratique du vélo);
 - > de compléter les modifications de l'environnement bâti par une stratégie de communication et de promotion des infrastructures qui ont été installées;
 - > de combiner les programmes scolaires de transport actif entre écoles avoisinantes;
 - > de promouvoir les programmes scolaires de transport actif à l'aide d'outils promotionnels (brochures, événements, etc.) et en impliquant les surveillants et les enfants;
 - > de développer des partenariats entre les autorités locales, les écoles, les parents, les acteurs de la communauté (bénévoles) afin d'assurer le fonctionnement des programmes scolaires de transport actif sur le long terme;
 - > de veiller à l'accessibilité des transports actifs pour les personnes à mobilité réduite.
- **Instaurer des politiques économiques et sociales visant à réduire les inégalités d'accès à la pratique d'activité physique**  : des recommandations sont formulées afin que les politiques d'aménagement urbain favorables à l'activité physique soient appliquées en priorité dans les quartiers défavorisés (IOM, 2009; OMS, 2013).

2.3.5.6 Interventions visant l'environnement économique

Les interventions de promotion de l'activité physique visant l'environnement économique étaient nettement moins documentées que celles visant les autres environnements (voir figure 2.15). De plus, la plupart des documents s'intéressant à l'environnement économique portaient davantage sur la saine alimentation (p. ex., taxes nutritionnelles) que sur l'activité physique. Globalement, les effets de différentes catégories d'interventions économiques sur l'activité physique sont équivoques, les données probantes hétérogènes et les recommandations peu nombreuses (Faulkner et collab., 2011; Schemilt et collab., 2013).

- **Instaurer des subventions ou gratuités facilitant l'accès à des activités physiques ou sportives de loisirs** **B** : il s'agit de l'option la plus fréquemment évoquée. La littérature consultée fait notamment état de rabais sur l'achat d'équipements sportifs et sur l'inscription à des clubs de conditionnement physique. Selon Mozzafarian et collab. (2012), les effets de ces interventions sur l'activité physique seraient globalement mitigés. Ce type d'interventions fait l'objet de plusieurs recommandations telles que :

 - > dédier une plus grande part des budgets scolaires à la réduction du coût des activités physiques et sportives proposées pendant le temps de classe ou en marge de celui-ci (White House Obesity Task Force, 2010; Active Healthy Kids Canada, 2012; IOM, 2013);
 - > développer des incitatifs financiers (subventions ou gratuités) favorisant la participation à des séances ou des programmes d'activité physique. Cela permettrait notamment de toucher des groupes de population moins actifs (p. ex., publics défavorisés), notamment dans les quartiers où l'offre d'activités et d'espaces récréatifs est limitée ou trop coûteuse (Faulkner et collab., 2011; Heath et collab., 2012; Active Healthy Kids Canada, 2012; Summerbell et collab., 2012; OMS, 2013);
 - > proposer des services gratuits d'entretien des vélos (NICE, 2012b).

- **Instaurer des crédits d'impôt stimulant la participation à des activités physiques ou sportives de loisirs** **D** : très peu évoquée dans notre corpus de documents, cette option est jugée plutôt inefficace par un panel d'experts nord-américains, lorsqu'il s'agit d'augmenter l'activité physique chez les publics sédentaires. Ce type de mesures tendrait plutôt à occasionner des rentrées d'argent non anticipées chez celles et ceux qui sont déjà actifs. Le panel jugeait préférable de soutenir directement l'accès à des programmes d'activité physique à moindre coût pour les groupes à faibles revenus (Faulkner et collab., 2011). *Active Healthy Kids Canada* (2012) recommande toutefois le maintien de cette politique au Canada, à condition de favoriser la participation de celles et ceux qui n'en bénéficient pas déjà et d'évaluer l'efficacité de cette mesure sur la pratique d'activité physique. En ce qui concerne plus particulièrement les familles à faibles revenus, il est préconisé de comparer la valeur ajoutée d'un crédit d'impôt par rapport à des exemptions de taxes (Active Healthy Kids Canada, 2012).

- **Instaurer des taxes visant à réduire les déplacements en automobile** **E** : selon la revue de Mozzafarian et collab. (2012), des taxes plus élevées sur l'essence afin de réduire la circulation en automobile et augmenter l'usage des transports en commun ont montré des résultats encourageants, mais les données probantes sont rares. Certains experts considèrent que les revenus générés par de telles taxes devraient être alloués à la promotion de l'activité physique (Faulkner et collab., 2011). D'autres mesures sont parfois évoquées, telles que des taxes sur la circulation automobile aux abords des villes (péages) ou des hausses de tarifs sur le stationnement. L'impact sur l'activité physique reste peu documenté et, lorsque c'est le cas, les effets observés seraient généralement modestes (CDC, 2011a). Ce type d'intervention n'est que très ponctuellement recommandé (WCRE, 2009).
- **Instaurer des subventions encourageant l'usage des transports publics ou actifs** **E** : le recours au transport public, actif et multimodal est généralement associé à de plus hauts niveaux d'activité physique. Par conséquent, les incitatifs financiers visant à encourager ces modes de déplacement (p. ex., rabais accordés sur le prix des transports en commun) sont ponctuellement encouragés (WCRE, 2009). L'impact sur l'activité physique reste peu documenté (CDC, 2011a).
- **Renforcer le financement gouvernemental d'initiatives de grande envergure en promotion de l'activité physique** **C** : l'IOM (2012) recommande aux décideurs et administrateurs de renforcer le financement à long terme de programmes de marketing social de très grande envergure visant la promotion de la saine alimentation et de l'activité physique. Ces programmes devraient notamment permettre de toucher certains publics spécifiques (p. ex., adolescents, jeunes parents, mères). Au Canada, *Active Healthy Kids* (2012) recommande au gouvernement de doubler au minimum le financement dédié à la promotion de l'activité physique et à l'éducation physique et sportive, en veillant à privilégier les interventions les plus efficaces.
- **Moduler les primes d'assurance santé afin de stimuler l'adoption de saines habitudes de vie** **E** : cette recommandation est effleurée par l'IOM (2012), mais n'est pas reprise ailleurs dans notre corpus.

2.3.6 Recommandations sur l'image corporelle

2.3.6.1 Tableau de synthèse

Le tableau 2.9 propose une synthèse des recommandations sur l'image corporelle inventoriées dans notre corpus de documents, selon cinq niveaux de force de la recommandation : très élevé (A), élevé (B), intermédiaire (C), discutable (D) et faible (E) (voir légende sous le tableau).

TABLEAU 2.9: SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS SUR L'IMAGE CORPORELLE

RECOMMANDATIONS SUR L'IMAGE CORPORELLE	NIVEAU				
	A	B	C	D	E
MESURES CIBLANT LES INDIVIDUS					
<i>Intégrer les préoccupations liées à l'image corporelle dans les programmes scolaires</i>					
<i>Adopter une approche respectueuse des capacités de chaque jeune lors de séances d'activité physique et sportive</i>					
<i>Contribuer au développement d'une image corporelle positive chez les jeunes</i>					
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL					
<i>Développer un environnement scolaire et des outils de communication favorables à la diversité corporelle</i>					
<i>Encourager les médias à véhiculer une image respectueuse des personnes touchées par l'obésité</i>					
<i>Favoriser l'acceptation de la diversité corporelle dans le milieu de travail</i>					
<i>Utiliser le terme «obésité» à bon escient lors de la planification, la mise en œuvre et la promotion de programmes de prévention</i>					
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT POLITIQUE					
<i>Instaurer des politiques, des lois et des règlements contre les discriminations liées au poids</i>					
<i>Réguler l'offre de soins et de services de santé associés à l'image corporelle</i>					
<i>Récompenser les démarches des professionnels de l'image favorisant la diversité corporelle</i>					

Légende

- A** **TRÈS ÉLEVÉ** : recommandations très fréquentes ou soutenues par des données probantes convaincantes
- B** **ÉLEVÉ** : recommandations fréquentes ou soutenues par des données probantes prometteuses
- C** **INTERMÉDIAIRE** : recommandations occasionnelles ou soutenues par des données probantes émergentes
- D** **DISCUTABLE** : recommandations équivoques ou soutenues par des données probantes mitigées
- E** **FAIBLE** : peu de recommandations ou peu de données probantes

2.3.6.2 Interventions visant les individus

- **Intégrer les préoccupations liées à l'image corporelle dans les programmes scolaires **B**** : plusieurs auteurs recommandent d'intégrer les préoccupations liées à l'image corporelle dans les activités éducatives au même titre que la promotion des saines habitudes alimentaires et de l'activité physique. La nécessité de former les enseignants à cet effet est aussi soulignée (Waters et collab., 2011 ; Wilson et collab., 2012 ; WHO, 2012). L'organisme québécois ÉquiLibre (2013) souligne qu'une telle approche doit favoriser l'estime personnelle des jeunes et leur réussite éducative, réduire les préjugés et diminuer les actes d'intimidation portant sur l'apparence.
- **Adopter une approche respectueuse des capacités de chaque jeune lors de séances d'activité physique et sportive **B**** : La revue de Wilson et collab. (2012) souligne les risques de stigmatisation associés à l'activité physique chez les jeunes : lorsque obligé à participer à une activité exigeante dans laquelle il ne se sent pas à l'aise, le jeune pourrait se trouver ridiculisé ou développer des stratégies d'évitement le conduisant au final à être moins actif. Dans le cadre d'interventions de prévention de l'obésité infantile ayant fait l'objet d'une évaluation, la littérature scientifique semble rarement faire état de telles situations (Waters et collab., 2011 ; Wilson et collab., 2012). En pratique, Summerbell et collab., 2012 recommandent de développer des activités agréables et accessibles à tous qui tiennent compte des capacités et de l'aisance des enfants. Inversement, ils déconseillent d'imposer à des jeunes la participation à des activités sportives compétitives contre leur gré.
- **Contribuer au développement d'une image corporelle positive chez les jeunes **C**** : il est recommandé de sensibiliser les adultes et plus particulièrement les parents à l'importance d'échanger positivement avec les jeunes ayant des préoccupations excessives au sujet de leur corps ou de leur poids. Il est notamment conseillé de transmettre des valeurs et des attitudes contribuant au développement d'une image corporelle positive et permettant de résister aux pressions extérieures et aux préjugés (Olivo, 2012 ; ÉquiLibre, 2013).

2.3.6.3 Interventions visant l'environnement socioculturel

- **Développer un environnement scolaire et des outils de communication favorables à la diversité corporelle** ©: dans notre corpus de documents, il est recommandé de créer un environnement scolaire qui ne tolère pas la discrimination et l'intimidation liées au poids et à l'image corporelle. Par exemple, le CDC (2011c) suggère de s'assurer que tous les jeunes, quelles que soient leurs capacités, ont accès à une grande diversité d'activités physiques et sportives et sont encouragés à y participer. Lors du développement d'outils de communication sur les saines habitudes de vie, le CDC (2011c) suggère par ailleurs d'utiliser des visuels respectant la diversité corporelle. ÉquiLibre (2013) recommande de faire participer les jeunes à la planification et à la mise en œuvre de ces actions afin qu'ils deviennent «acteurs de changement» et développent des compétences sociales positives. Plus globalement, ÉquiLibre (2013) invite les acteurs de l'industrie de l'image (mode, médias et publicité) à prendre conscience de l'influence que les modèles de beauté qu'ils véhiculent peuvent avoir sur les jeunes. Ils sont encouragés à créer un environnement plus respectueux de la diversité corporelle.
- **Encourager les médias à véhiculer une image respectueuse des personnes touchées par l'obésité** ©: le *Rudd Center for Food Policy and Obesity* a développé un guide spécifique à cet effet. Ce guide met notamment l'accent sur l'importance de ne pas diffuser de portraits ou de photos d'individus obèses dans un but humoristique, ou avec l'intention de les ridiculiser. Plus généralement, le guide recommande que les visuels utilisés dans les médias ne mettent pas un accent excessif et non justifié sur l'excès de poids d'un individu. Il recommande aussi de ne pas véhiculer de préjugés ou de stéréotypes sur les personnes touchées par l'obésité. Inversement, il suggère de représenter les personnes obèses dans les situations courantes de la vie et dans une diversité de rôles et fonctions professionnels. Enfin, il conseille de considérer soigneusement le vocabulaire utilisé pour décrire le surplus de poids, en évitant les termes péjoratifs et tout jugement moral (*Rudd Center for Food Policy and Obesity*, 2013).
- **Favoriser l'acceptation de la diversité corporelle dans le milieu de travail** ©: l'un des documents de notre corpus recommande de prévenir toute forme de discrimination liée à l'image

corporelle ou au poids dans le milieu de travail et de sensibiliser les professionnels à l'acceptation de la diversité corporelle, par exemple lors de colloques, de conférences ou par la diffusion de brochures (Olivo, 2012).

- **Utiliser le terme « obésité » à bon escient lors de la planification, la mise en œuvre et la promotion de programmes de prévention** 🕒 : compte tenu de la connotation possiblement péjorative du terme « obésité » aux yeux de certaines personnes, il est recommandé de l'utiliser avec discernement dans le cadre d'interventions de santé publique. Par exemple, dans certains documents de notre corpus, les professionnels de la santé sont invités à apprécier le risque d'inconfort ou de malaise lié à l'usage de ce terme avec leurs patients. Publiquement, il pourrait être préférable d'utiliser une terminologie plus positive centrée sur la promotion de saines habitudes de vie. D'un autre côté, il est aussi rapporté que le terme « obésité » attire généralement davantage les médias et l'opinion publique, ce qui peut aider à sensibiliser des partenaires potentiels, des décideurs et des financeurs (King et collab., 2011 ; Olivo, 2012).

2.3.6.4 Interventions visant l'environnement politique

- **Instaurer des politiques, des lois et des règlements contre les discriminations liées au poids** 🕒 : certaines recommandations invitent les pouvoirs publics à inclure le poids parmi les critères couverts par les lois anti-discrimination existantes, notamment en matière d'embauche et de conditions de travail. Par ailleurs, les autorités scolaires sont invitées à adopter et à appliquer des règlements interdisant toute forme d'intimidation liée au poids à l'école. Il est aussi suggéré que l'État et les collectivités incluent des critères prévenant les discriminations liées au poids ou au physique dans les cahiers des charges, les appels d'offres et les marchés qu'ils proposent (Olivo, 2012 ; Friedman et Puhl, 2012).
- **Réguler l'offre de soins et de services de santé associés à l'image corporelle** 🕒 : quelques recommandations soulignent la nécessité d'assurer le remboursement des dépenses de santé des patients liées à l'obésité (Friedman et Puhl, 2012), de contrôler davantage l'industrie des produits amaigrissants, et de contrôler davantage les interventions de chirurgie esthétique ainsi que leurs effets (Olivo, 2012).

- **Récompenser les démarches des professionnels de l'image favorisant la diversité corporelle (C)** : l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) recommande par exemple de créer un prix récompensant les publicitaires faisant la promotion de la diversité corporelle, à l'instar d'initiatives québécoises ou espagnoles. Il propose également de soutenir financièrement les « magazines alternatifs » valorisant la diversité corporelle, réalisés par les jeunes pour les jeunes (Olivo, 2012).

2.3.7 Recommandations sur des sujets émergents

2.3.7.1 Tableau de synthèse

Le tableau 2.10 propose une synthèse des recommandations sur le sommeil et le stress inventoriées dans notre corpus de documents, selon cinq niveaux de force de la recommandation : très élevé (A), élevé (B), intermédiaire (C), discutable (D) et faible (E) (voir légende sous le tableau). Il est important de noter qu'il s'agit d'une cotation indicative donnée par les auteurs afin d'aiguiller le lecteur dans la hiérarchisation de l'information présentée. Pour une appréciation plus fine des données, il est suggéré de se rapporter aux sections rédigées à la suite du tableau, dans lesquelles un bref résumé de la littérature est présenté pour chacune des recommandations énoncées.

TABLEAU 2.10: SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS SUR LE SOMMEIL ET LE STRESS

RECOMMANDATIONS	NIVEAU				
	A	B	C	D	E
SUJETS ÉMERGENTS					
<i>Favoriser un temps et une qualité de sommeil adaptés aux jeunes enfants pour contribuer à prévenir l'embonpoint et l'obésité</i>					
<i>Renforcer la capacité des jeunes à faire face au stress pour contribuer à prévenir l'embonpoint et l'obésité</i>					

Légende

- A** **TRÈS ÉLEVÉ**: recommandations très fréquentes ou soutenues par des données probantes convaincantes
- B** **ÉLEVÉ**: recommandations fréquentes ou soutenues par des données probantes prometteuses
- C** **INTERMÉDIAIRE**: recommandations occasionnelles ou soutenues par des données probantes émergentes
- D** **DISCUTABLE**: recommandations équivoques ou soutenues par des données probantes mitigées
- E** **FAIBLE**: peu de recommandations ou peu de données probantes

2.3.7.2 Sommeil

- **Favoriser un temps et une qualité de sommeil adaptés aux jeunes enfants pour contribuer à prévenir l'embonpoint et l'obésité** **E** : au cours des dernières décennies, aux États-Unis, selon l'IOM (2011), le temps de sommeil des adultes, des enfants et des adolescents a globalement diminué, la plus forte baisse étant observée chez les enfants de moins de 3 ans. Cela s'expliquerait essentiellement par des heures de coucher plus tardives (IOM, 2011). Le lien entre le manque de sommeil chez l'adulte et le risque d'obésité, de diabète de type 2, de maladie cardiovasculaire et d'hypertension est de plus en plus documenté, indépendamment d'autres facteurs de risque. Chez l'enfant et l'adolescent, les données sont plus récentes, mais suggèrent qu'un court temps de sommeil pourrait être un facteur de risque d'obésité, y compris dès le plus jeune âge (IOM, 2011). Bien que les mécanismes à l'origine de cette association ne soient pas encore élucidés, l'IOM (2011) a formulé quelques recommandations spécifiques au temps et à la qualité du sommeil en prévention de l'obésité chez les jeunes enfants. Il est notamment suggéré que les professionnels de l'enfance et de la santé soient formés afin de conseiller convenablement les parents sur le sommeil de leurs enfants. Il est également recommandé que ces professionnels créent des environnements et des routines favorisant des siestes reposantes, à l'écart des écrans, dans une atmosphère «calme, tamisée et relativement silencieuse». Il leur est aussi conseillé de favoriser une autorégulation du sommeil par les enfants, pour l'endormissement comme pour le réveil (IOM, 2011). Au Canada, en 2012, l'organisation *Active Healthy Kids* a également formulé des recommandations à destination des parents quant à la qualité du sommeil de leurs enfants. Il est suggéré de maintenir des horaires de coucher et de lever réguliers (y compris en fin de semaine), d'instaurer des routines relaxantes démarrant au moins une heure avant le coucher (p. ex., bain, musique douce), de créer une ambiance de sommeil «tamisée, calme et confortable», à l'écart de la télévision et des jeux vidéo. Il est aussi recommandé de favoriser l'activité physique des jeunes durant la journée et de terminer le repas du soir au moins deux à trois heures avant le coucher (Active Healthy Kids Canada, 2012).

2.3.7.3 Stress

- **Renforcer la capacité des jeunes à faire face au stress pour contribuer à prévenir l'embonpoint et l'obésité **E**** : l'un des documents de notre corpus se concentre spécifiquement sur le stress psychosocial comme facteur de risque d'obésité chez les jeunes. Gundersen et collab. (2011) soulignent que la recherche dans ce domaine n'en est qu'à ses balbutiements, mais que plusieurs indicateurs (faible estime de soi, pression financière, santé mentale de la mère, négligence, santé mentale de l'enfant, réussite scolaire) ont pu être associés à l'embonpoint et à l'obésité, indépendamment d'autres facteurs de risques. Les auteurs émettent pour recommandation d'intégrer la prévention de l'embonpoint et de l'obésité des jeunes dans les objectifs des programmes sociaux visant les familles à bas revenus. En prévention de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes, ils recommandent également de porter une attention particulière au renforcement des capacités des enfants à risque afin de diminuer leur exposition au stress et les aider à y faire face. Ils indiquent que ce renforcement des capacités pourrait être intégré à des programmes d'éducation à la santé en milieu scolaire. La pratique d'activité physique est aussi recommandée à cet effet. Ils considèrent que l'influence du stress sur les habitudes alimentaires et l'activité physique gagnerait à être davantage explorée (Gundersen, 2011).

2.4 DISCUSSION

2.4.1 Faits saillants

Pour mémoire, l'une des finalités du projet « Comment faire mieux » (CFM) est de comparer l'*Expérience québécoise* en prévention de l'obésité (depuis 2006) à ce qui a été déterminé, dans la littérature scientifique internationale, comme étant les pratiques démontrées efficaces ou les plus prometteuses en matière de promotion de saines habitudes alimentaires, de promotion de l'activité physique ou de prévention de l'obésité. À cette fin, nous avons entrepris une revue ciblée des publications les plus récentes, pertinentes, fiables et exhaustives en la matière. Les faits les plus saillants de notre analyse sont résumés en quelques points ci-dessous⁴ :

4. Pour mémoire, des termes de référence et des typologies ont été utilisés afin de guider le codage et l'extraction des données (voir annexe 8).

- **Objet des recommandations :** l'analyse de notre corpus de 58 documents nous a permis d'identifier de nombreuses recommandations récurrentes dans le domaine des interventions populationnelles en promotion des saines habitudes de vie (alimentation/activité physique) et en prévention de l'obésité. Toutefois, les recommandations visant spécifiquement l'image corporelle sont peu nombreuses, à l'exception de quelques documents publiés par des sociétés savantes ou associations américaines, québécoises ou françaises.
- **Populations ciblées :** Dans la majorité des 58 documents, c'est la population générale qui est considérée. Toutefois, 18 documents de notre corpus s'intéressent plus particulièrement aux enfants et aux adolescents, qui font manifestement l'objet d'une attention particulière.
- **Milieus et parties prenantes interpellés :** une très grande diversité de parties prenantes est interpellée. Les milieux gouvernemental et municipal sont particulièrement visés, ainsi que la communauté, les familles et le milieu scolaire.
- **Cibles des recommandations :** la plupart des documents abordant les saines habitudes alimentaires (n=36) et l'activité physique (n=39) mettent l'accent sur la nécessité de développer une gamme d'interventions ciblant à la fois les médiateurs cognitifs des individus ainsi que les environnements (physique, socioculturel, politique, économique) qui les entourent. Dans les recommandations abordant la saine alimentation comme l'activité physique, on remarque une légère prédominance des recommandations visant l'environnement physique.
- **Recommandations transversales :** la presque totalité des documents sélectionnés énonce des recommandations ou pistes d'amélioration en matière de recherche, de surveillance et d'évaluation des interventions. La majorité d'entre eux insiste sur l'importance de stratégies de promotion et de prévention inclusives et axées sur l'équité. Dans une moindre mesure, des recommandations sont formulées en matière d'intersectorialité, de leadership et de gouvernance, de contextualisation et de renforcement de la capacité des parties prenantes.

- **Recommandations en faveur d'actions combinées :** notre corpus de documents met fréquemment l'accent sur l'intérêt de mettre en place des actions combinées, à l'échelle d'une école, d'un lieu de travail ou de la communauté tout entière. Ces actions s'inscrivent dans une logique systémique, combinant simultanément différents types d'interventions dans un même milieu (information, sensibilisation, éducation, modification de l'environnement alimentaire et de l'offre d'activités physiques et sportives). Elles sont très prometteuses sur le plan de l'efficacité, mais leur coût de mise en œuvre est non négligeable.
- **Recommandations sur la saine alimentation :** selon la cible de l'intervention, en matière de saine alimentation, les recommandations les plus fréquentes ou soutenues par les données probantes les plus convaincantes touchent les domaines suivants :

MESURES CIBLANT LES INDIVIDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Santé maternelle et infantile (notamment par l'allaitement maternel) • Éducation alimentaire des jeunes (p. ex., jardinage, éducation au goût) • Éducation nutritionnelle en milieu scolaire
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité nutritionnelle des aliments et des boissons servis dans le milieu scolaire, le milieu de garde, le milieu de travail, les lieux publics et les établissements gouvernementaux • Reformulation et réduction de la taille de portions de certains produits par les industriels
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de campagnes médiatiques s'appuyant sur de multiples canaux (impression, radio, télévision, Internet, etc.) • Régulation des pratiques de marketing commercial et de la publicité ciblant les enfants
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT POLITIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Instauration de politiques nutritionnelles régulant la production, le marketing et la distribution des aliments et des boissons • Instauration de politiques d'éducation alimentaire et de politiques favorisant une offre alimentaire de qualité en milieu scolaire
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'accès à des aliments favorables à la santé à des prix compétitifs • Taxation des boissons sucrées pour en limiter la surconsommation et réinvestissement des recettes en promotion de la santé

- **Recommandations sur l'activité physique :** selon la cible de l'intervention, en matière d'activité physique, les recommandations les plus fréquentes ou soutenues par les données probantes les plus convaincantes touchent les domaines suivants :

MESURES CIBLANT LES INDIVIDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragements à l'usage des escaliers au moyen de signaux incitatifs dans tous les lieux et bâtiments • Renforcement de l'enseignement en éducation physique et sportive dans le milieu scolaire
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'une politique d'aménagement urbain favorable à l'activité physique • Aménagement de quartiers, de rues et de routes afin d'optimiser le potentiel piétonnier • Développement de l'offre de parcs et d'infrastructures de loisirs • Développement de l'offre d'animations, d'équipement et de matériel stimulant l'activité physique sur le temps scolaire et périscolaire
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de campagnes médiatiques s'appuyant sur de multiples canaux (impression, radio, télévision, Internet, etc.)
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT POLITIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Instauration de politiques renforçant le temps d'activité physique dans le milieu scolaire et le milieu de garde • Instauration de politiques d'aménagement du territoire favorisant l'accès aux infrastructures de loisirs et au transport actif
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Instauration de subventions ou gratuités facilitant l'accès à des activités physiques ou sportives de loisirs

- **Recommandations sur l'image corporelle :** les recommandations les plus fréquentes visaient l'intégration de préoccupations liées à l'image corporelle dans les programmes scolaires, et le développement d'une approche respectueuse des capacités de chaque jeune lors de séances d'activités physiques ou sportives.
- **Recommandations sur des sujets émergents :** bien qu'elles soient marginales dans notre corpus de documents, des recommandations spécifiques au sommeil et au stress ont été repérées. Elles visaient notamment à favoriser une bonne durée et une bonne qualité de sommeil chez les jeunes et à renforcer la capacité des jeunes à faire face au stress dans leur milieu vie.

2.4.2 Limites

Le travail présenté dans ce chapitre comporte un certain nombre de limites afférentes à la méthodologie de recherche, d'extraction ou encore d'analyse de nos données :

- **Recherche documentaire :** notre recherche a fait l'objet d'une revue rigoureuse sans qu'elle puisse toutefois être qualifiée de systématique. Nous avons essayé de compenser cette limite par des techniques de triangulation. Toutefois, le domaine auquel nous nous intéressons est très large, et la littérature est abondante. Nous ne pouvons donc pas prétendre à l'exhaustivité, et ce d'autant plus que la base documentaire de la PEPO (point de départ de la recherche) est avant tout axée sur la prévention de l'obésité chez les jeunes. Nous avons donc étendu la recherche à la population générale dans un temps limité et avons privilégié les documents les plus fiables, récents et synthétiques (voir annexe 1).
- **Variables et outils de collecte et d'analyse :** les variables (dimensions, thèmes, cibles) qui ont été définies et les outils (grille de codage, tableau d'extraits) qui ont été développés ont pour objectif de permettre une analyse en «miroir» des recommandations internationales et de l'*Expérience québécoise*. Néanmoins, la collecte et l'analyse ont nécessité des ajustements récursifs afin de s'adapter aux données collectées en temps réel. L'équipe du projet s'est régulièrement concertée afin de procéder à des ajustements cohérents en vue de l'analyse comparative.
- **Analyse de données :** le corpus de documents internationaux réunis étant très volumineux et notre temps limité, la lecture minutieuse et l'extraction des données se sont focalisées sur les sections d'intérêt majeur, c'est-à-dire l'introduction, les résumés, les messages-clés, les recommandations. Le codage n'a pas été dupliqué. Par ailleurs, il est important de rappeler que les tableaux de synthèse résumant, pour chaque dimension, le niveau relatif de recommandation observé ou le niveau de données probantes à l'appui sont indicatifs. Les cotations (A à E) visent à aiguiller le lecteur dans la hiérarchisation de l'information présentée, mais il lui est suggéré de se rapporter aux sections rédigées pour une appréciation plus fine des données prises en compte. Il est également important de souligner que le portrait de recommandations obtenu dépend des

méthodes de recherche, de sélection et d'extraction des données qui ont été utilisées. Une analyse de sensibilité permettant d'apprécier la variabilité de notre portrait selon les méthodes utilisées (p. ex., sélection des documents, découpage thématique, critères de cotation) serait utile.

- **Validité externe des résultats :** les recommandations et bonnes pratiques identifiées dans ce rapport sont issues de documents adoptant généralement une perspective internationale (ou, à défaut, canadienne, états-unienne ou européenne). Ces recommandations s'adressent en tout ou partie aux acteurs des pays et régions économiquement développés, particulièrement touchés par la forte prévalence de l'embonpoint et de l'obésité. Néanmoins, il convient de garder à l'esprit qu'un bon nombre de ces recommandations ne sont peut-être pas pertinentes dans le contexte québécois, pour des raisons contextuelles d'ordre sanitaire (p. ex., problématique sous contrôle), politique (p. ex., hors mandat des autorités interpellées), ou encore administratif, économique et culturel.

CHAPITRE 3

Interventions en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité au Québec depuis 2006

3.1 OBJECTIFS DE CE CHAPITRE

Dans ce chapitre, notre objectif est de dresser un portrait macroscopique de l'*Expérience québécoise*, c'est-à-dire un portrait des interventions publiques (possiblement en collaboration avec les secteurs associatifs ou privés) mises en œuvre au Québec depuis 2006 en promotion des saines habitudes de vie relatives à l'alimentation, à l'activité physique, à l'image corporelle et en prévention de l'obésité. Il s'agit non seulement d'identifier ces interventions, de présenter leurs principales caractéristiques, mais aussi de comparer ce portrait aux recommandations internationales mentionnées dans le précédent chapitre et d'évoquer les résultats de leurs éventuelles évaluations (d'implantation ou d'impact).

Pour cela, nous commençons par un bref tour d'horizon des habitudes de vie des Québécois en matière d'alimentation et d'activité physique. Ensuite, nous présentons successivement notre stratégie de recherche, nos critères de sélection documentaire, notre corpus de documents, notre méthodologie d'analyse et ses limites. Nous poursuivons avec la présentation de nos résultats incluant une comparaison du portrait obtenu avec les recommandations internationales présentées dans le chapitre 2.

3.2 ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE

3.2.1 Habitudes alimentaires

3.2.1.1 Chez les adultes

Chez les adultes (19 ans et plus), l'analyse par Blanchet et collab. (2009) des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.2) collectées en 2004 apporte des informations sur les consommations alimentaires et les apports nutritionnels des Québécois. Par exemple, leur analyse révèle que «près des deux tiers des Québécois consomment moins de deux portions de produits laitiers par jour et que le tiers ne consomme pas le nombre minimale de portions de légumes et de fruits suggéré par le *Guide alimentaire canadien*, soit cinq portions» (Blanchet et collab., 2009, p.V). Plus du tiers ne consommaient pas suffisamment de produits céréaliers. En ce qui concerne les sucres et les confiseries, ils étaient 70 % à en avoir consommé la veille de l'enquête, tandis que 38 % avaient consommé des boissons gazeuses. Les jeunes hommes (19-30 ans) étaient les plus grands consommateurs de ces boissons. Toujours selon l'analyse de Blanchet et collab. (2009), pour 70 % des Québécois, la répartition des apports énergétiques entre les différents macronutriments était acceptable et, depuis 1990, la consommation de matières grasses totales et saturées semble avoir diminué. Les auteurs notent qu'en 2004, «l'apport en sodium s'est révélé excessif pour 87 % des Québécois» (Blanchet et collab., 2009, p.VI) et près du quart des apports énergétiques se faisaient par l'intermédiaire d'aliments de faible valeur nutritive et de haute densité énergétique, notamment lors des collations. En ce qui concerne l'âge, des profils de consommation et d'apports nutritionnels plus défavorables étaient observés chez les personnes âgées de 70 ans et plus. Quant à la consommation de boissons gazeuses et de produits de restauration rapide, elle était inversement corrélée à l'âge. Les individus socioéconomiquement favorisés présentaient généralement des profils de consommations plus favorables à la santé. Enfin, aucune différence notable n'était observée entre les habitudes alimentaires des personnes vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain (Blanchet et collab., 2009).

3.2.1.2 Chez les jeunes

Chez les jeunes, l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS, 2010-2011) révèle que «seulement un tiers (33 %) des élèves du secondaire consomment en moyenne le nombre minimum de portions de fruits et légumes suggéré par le *Guide alimentaire canadien*» (Camirand et collab., 2012, p.70). Cette même enquête indique qu'ils sont à peine la moitié (48 %) à consommer en moyenne le nombre minimum recommandé de trois portions de produits laitiers par jour, cette proportion étant moins élevée chez les filles (42 %) que chez les garçons (54 %). L'enquête révèle également qu'environ 31 % des jeunes consomment habituellement des boissons sucrées, des grignotines ou des sucreries au moins une fois par jour (plus particulièrement les garçons). En matière de prises alimentaires, près du tiers des élèves consomment des aliments gras, sucrés ou salés dans un restaurant ou un casse-croûte au moins trois fois lors d'une semaine d'école. Enfin, les résultats de cette enquête révèlent qu'un jeune sur dix n'a pas déjeuné au cours de la semaine d'école précédant l'enquête (Camirand et collab., 2012).

Une étude qualitative récente de l'INSPQ réalisée auprès de 50 adolescents (12-14 ans) répartis dans quatre régions du Québec nous donne quelques indications sur le contexte socioculturel de leurs pratiques alimentaires. Dans cette étude, Baril et collab. (2014, p.1) soulignent notamment la «contradiction flagrante entre le discours ambiant sur l'«alimentation santé» (entre autres à l'école et dans leur famille) et un environnement alimentaire commercial organisé pour promouvoir en premier lieu une suralimentation et une alimentation malsaine».

3.2.1.3 Chez les personnes plus démunies

Des analyses par Blanchet et ses collaborateurs (2011) de données collectées en 2004 par l'ESCC révèlent qu'au Québec, 8 % des adultes et 4 % des enfants de moins de 18 ans vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire. Ces analyses indiquent que cette probabilité était plus forte «chez les ménages dont le revenu était très faible, et en particulier, chez les ménages pour lesquels l'aide sociale était la principale source de revenu» (Blanchet et collab.2011, p.i). Leur analyse révèle également que, la veille de l'entrevue, les adultes en situation d'insécurité alimentaire avaient consommé moins de fruits (en quantité et en fréquence), moins de yogourt et moins de pain à grains entiers. Il était

également plus probable qu'ils aient sauté un repas ou qu'ils n'aient pas pris de collations (Blanchet et collab., 2011).

3.2.2 Déterminants environnementaux liés aux habitudes alimentaires

Le système de surveillance des déterminants individuels (habitudes alimentaires, poids) et des conditions de santé (obésité, taux de mortalité/morbidité liés aux maladies chroniques) est bien établi au Québec, mais la surveillance des déterminants environnementaux liés aux habitudes de vie est en développement. Ceci explique pourquoi nous disposons de beaucoup moins de données validées et standardisées pour établir un portrait exhaustif des caractéristiques environnementales québécoises liées aux habitudes de vie. Cependant, certains travaux, portant davantage sur l'environnement bâti, permettent de dégager quelques constats. La section qui suit présente ces travaux en développement.

3.2.2.1 Accès aux commerces alimentaires

D'après l'analyse de Robitaille et Bergeron (2013) sur l'accessibilité géographique aux commerces d'alimentation publiée en 2013, près de la moitié (46 %) de la population québécoise habite des secteurs avec un faible accès aux supermarchés, épiceries, marchés publics ou marchés de fruits et de légumes. L'analyse révèle que «5,7 % de la population habite des secteurs pouvant être considérés comme des déserts alimentaires, c'est-à-dire des secteurs qui offrent un faible accès aux commerces d'alimentation et qui se situent dans le quintile le plus élevé de la défavorisation matérielle» (Robitaille et Bergeron, 2013, p. 12). Par ailleurs, dans les zones urbaines, les auteurs observent un gradient socioéconomique dans l'accès aux dépanneurs et aux établissements de restauration rapide : plus le secteur est défavorisé, plus l'accessibilité à ces commerces augmente. Dans les régions nordiques, ils observent que la présence d'au moins un commerce d'alimentation (épicerie ou supermarché) est enregistrée dans la plupart des municipalités, et que l'installation de dépanneurs et d'établissements de restauration rapide est moins fréquente (Robitaille et Bergeron, 2013).

3.2.2.2 *Dépanneurs et établissements de restauration rapide autour des écoles*

La revue de littérature scientifique réalisée par Lalonde et Robitaille (2014) tend à montrer «des liens significatifs» entre les caractéristiques de l'environnement bâti, les habitudes alimentaires et le poids des jeunes, notamment en ce qui concerne les densités de dépanneurs et d'établissements de restauration rapide situés aux alentours des écoles. L'analyse de Lalonde et Robitaille (2014) révèle qu'au Québec, un peu plus de la moitié des écoles publiques (59 %) sont situées à moins de 750 mètres d'un établissement de restauration rapide et près des deux tiers (64 %) ont accès à au moins un dépanneur dans un rayon de 750 mètres.

3.2.2.3 *Offre alimentaire dans les écoles primaires et secondaires*

L'Enquête sur l'offre alimentaire et d'activité physique dans les écoles du Québec menée en 2008-2009 dans 85 écoles primaires et 122 écoles secondaires apporte de précieuses informations (observations directes et entrevues) (Plamondon et collab., 2012 et 2013). La proportion moyenne d'élèves dînant à l'école (incluant ceux apportant un lunch) était de 70 % dans les écoles primaires et de 76 % dans les écoles secondaires. Le tableau ci-dessous résume quelques chiffres-clés repris des conclusions des deux rapports issus de cette enquête (Plamondon et collab., 2012, 2013):

TABLEAU 3.1 : QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE ALIMENTAIRE DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES ET SECONDAIRES DU QUÉBEC (SOURCE : PLAMONDON ET COLLAB., 2012, 2013)

ÉLÉMENTS DE CONCLUSION	% DES ÉCOLES PRIMAIRES	% DES ÉCOLES SECONDAIRES
ORGANISATION DE L'OFFRE ALIMENTAIRE		
Existence d'un comité permanent dédié à des questions d'alimentation	20 %	43 %
Responsable du service alimentaire détenant une formation en restauration ou nutrition	35 %	59 %
Présence d'une nutritionniste participant à l'approbation du menu	41 %	54 %
Élèves consultés lors de la planification des menus de l'année	58 %	47 %
Présence d'au moins une fontaine à eau sur les lieux des repas	64 %	72 %
COMPOSITION DE L'OFFRE ALIMENTAIRE POUR LE DÎNER LE JOUR DE L'OBSERVATION		
Au moins un met composé de friture ou de charcuterie (au menu du jour ou à la carte)	21 %	42 %
Service de légumes en accompagnement	92 %	96 %
Service de fruits ou produits à base de fruits	44 %	96 %
Inclusion d'une offre de boissons riches en sucre ajouté	11 %	68 %
Présence simultanée de l'ensemble des aliments identifiés comme étant favorables à un dîner sain (lait nature, portion de viande et substituts, fruits ou légumes, produits céréaliers faits de grains entiers ou pommes de terre) et aucun des types d'aliments défavorables (friture, charcuterie, boissons ou aliments riches en sucre ou sucrés avec un substitut de sucre)	32 %	6 %
DISTRIBUTRICES ALIMENTAIRES AUTOMATIQUES		
Présence de distributrices alimentaires automatiques	-	75 %
Présence de boissons riches en sucre ajouté ou avec substitut de sucre	-	77 %
Présence de grignotines riches en gras	-	74 %
Présence de friandises	-	46 %

Dans les écoles primaires, les auteurs concluent que le portrait est «relativement favorable à une saine alimentation» bien que «la qualité nutritionnelle globale de l'offre alimentaire au sein d'une même école était compromise par l'absence de certains éléments favorables à un dîner nutritif et équilibré, ou par l'accès à des aliments ou boissons de faible valeur nutritive». Il est intéressant de noter que 58 % des écoles disposaient d'un service de garde où l'on servait des aliments (dépannage, soutien alimentaire ou collations). La plupart de ces services offraient du

jus de fruits et du lait (75 %), des fruits et produits à base de fruits (64 %) et des mets principaux (58 %). Lors d'occasions spéciales, des aliments riches en sucre ou avec substitut de sucre étaient offerts dans 74 % des cas. Autre chiffre-clé, 12 % des services de garde avaient organisé des dégustations au cours du mois précédant l'enquête et 57 % avaient réalisé des activités de cuisine ou d'art culinaire avec les élèves (Plamondon et collab., 2012, p. v-vii).

Dans les écoles secondaires, l'analyse des données révèle que le portrait est «relativement peu favorable à une saine alimentation». Parmi les faits marquants, les auteurs soulignent que «la qualité nutritionnelle globale de l'offre alimentaire au sein d'une même école au dîner était compromise par l'accès à des produits de faible valeur nutritive comme les aliments riches en sucre ajouté et les charcuteries». Le fait que l'eau en bouteille, les jus de fruits, les collations à base de produits céréaliers et les grignotines faibles en gras étaient les aliments et boissons les plus répandues dans les distributeurs automatiques fait toutefois partie des constats positifs (Plamondon et collab., 2013, p. v-vii).

3.2.3 Activité physique

3.2.3.1 Loisirs

Selon l'analyse de Nolin (2015) à partir de données issues de l'ESCC, les niveaux d'activité physique de loisir chez les adultes québécois auraient favorablement évolué entre 1994-1995 et 2005, puis auraient relativement stagné jusqu'en 2011-2012. En effet, entre 1994-1995 et 2005, en moyenne, la proportion d'individus «actifs» (c.-à-d. atteignant le niveau d'activité physique de loisir hebdomadaire recommandé) serait passée de 28 % à 40 % chez les hommes et de 24 % à 36 % chez les femmes. Cette augmentation se retrouvait dans presque tous les groupes sociodémographiques, mais le gradient socioéconomique en faveur des groupes les plus favorisés persistait (Nolin et Hamel, 2009).

Par ailleurs, «entre 1994-1995 et 2005, la proportion d'adultes «sédentaires» (c.-à-d. pratique inférieure à une fois par semaine) est passée d'environ une personne sur trois (35 %) à une personne sur quatre (24 %)» (Nolin, 2015, p.3). En 2011-2012, ces proportions auraient toutefois peu évolué par rapport à 2005, qu'il s'agisse des hommes «actifs» (39 %), des femmes «actives» (38 %) et des adultes «sédentaires» (24 %) (Nolin, 2015).

Chez les jeunes Québécois âgés de 6 à 11 ans, selon les résultats d'une enquête réalisée par Statistique Canada en 2004 (cités par Nolin et Hamel, 2009), 62,5 % des enfants atteignaient le volume d'activité physique de loisirs hebdomadaire recommandé avec des différences notables entre les garçons (74 %) et les filles (51 %).

Des données plus récentes provenant de l'Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2009-2010 analysées par Nolin (2015) confirment qu'environ 6 enfants québécois sur 10 âgés de 6 à 11 ans (59 %) atteindraient le niveau minimal d'activité physique récréative et sportive d'intensité moyenne ou élevée (c.-à-d. 60 minutes par jour, excluant les activités spontanées et les cours d'éducation physique), là aussi avec des différences entre les garçons (65 %) et les filles (52 %). Selon la même source, bien que la proportion d'enfants québécois «sédentaires» (c.-à-d. faisant de l'activité physique, en moyenne, moins d'une fois par semaine) était relativement basse (5 %), elle montait à 21 % lorsque l'on y ajoutait les enfants n'atteignant pas la moitié du niveau minimal d'activité physique journalière recommandé (Nolin, 2015).

Enfin, chez les jeunes Québécois âgés de 12 à 17 ans, Nolin et Hamel (2009, données Statistique Canada, ENSP [cycle 1] et ESCC [cycle 3.1]) notent des améliorations chez les filles au cours des dernières années. Selon leurs analyses, entre 1994-1995 et 2005, la proportion de filles «actives» (c.-à-d. atteignant le niveau d'activité physique de loisir hebdomadaire recommandé) serait passée de 21 % à 32 %. Depuis, cette proportion serait restée stable (33 % en 2011-2012) et serait significativement inférieure à la proportion observée dans le reste du Canada (44 % en 2011-2012) (Nolin, 2015, données Statistique Canada, ESCC).

Bien qu'elle soit plus élevée que chez les filles, Nolin (2015) note que la proportion de jeunes garçons «actifs» est restée stable entre 1994-1995 (53 %), 2005 (52 %) et 2011-2012 (49 %). Cette proportion ne serait pas différente de celle observée dans le reste du Canada (53 %) (Nolin, 2015). En somme, en 2011-2012, Nolin (2015) indique qu'environ 4 jeunes Québécois de 12-17 ans sur 10 pouvaient être considérés comme «actifs» et qu'une minorité de jeunes (8 %) se classaient dans la catégorie «sédentaire». Néanmoins, Nolin (2015) observe que contrairement à l'ESCC, les questionnaires de l'EQSJS (2010-2011) demandaient explicitement de ne pas tenir compte des activités pratiquées dans le cadre du cours d'éducation physique. Dans ce cas, la proportion de «sédentaires»

parmi les jeunes Québécois du secondaire en 2010-2011 montait à 34 %, ce qui souligne l'importance du temps d'éducation physique en milieu scolaire (Nolin, 2015). Notons enfin que les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) indiquent que les élèves se percevant comme « plus à l'aise financièrement », ceux « dont les deux parents occupent un emploi », ceux « dont au moins un des parents a fait des études collégiales ou universitaires » et ceux « ayant au moins un parent né au Canada » sont plus susceptibles d'atteindre le niveau d'activité physique recommandé (Traoré et collab., 2012).

3.2.3.2 *Transport actif*

Le transport actif semble encore peu répandu au Québec. Selon Bergeron et Robitaille (2013), en 2006, seulement 8 % « des adultes québécois habitant des régions métropolitaines se rendaient au travail à pied ou à vélo » (Bergeron et Robitaille, 2013, p. iii, données Statistique Canada). Une analyse des données de l'ESCC 2011-2012 suggère que l'activité physique de transport pour se rendre au travail (marche ou vélo), lorsque ajoutée à l'activité physique de loisirs, augmente très peu la proportion d'adultes « actifs » (+3 %) (Nolin, 2015).

En ce qui concerne les jeunes Québécois de 5 à 17 ans, un sondage réalisé en 2010 par l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique indique qu'ils étaient peu nombreux à utiliser un mode de transport actif pour se rendre à l'école : 62 % utilisaient uniquement un mode de transport motorisé (Jeunes en forme Canada, 2013).

Comme pour les adultes, l'analyse de Nolin (2015) des données de l'ESCC 2011-2012 chez les jeunes de 12 à 17 ans suggère que l'activité physique de transport pour se rendre à l'école (marche ou vélo), lorsque ajoutée à l'activité physique de loisirs, augmente très peu la proportion de jeunes « actifs » (+3 %). Les résultats de l'EQSJS (2010-2011) confirment qu'environ 6 élèves québécois du secondaire sur 10 ne pratiquent pas ou peu d'activité physique de transport durant l'année scolaire (moins d'une fois par semaine ou moins de 10 minutes par jour) (Traoré et collab., 2012).

Il existe donc une marge de progression en matière de pratique d'activité physique de loisirs et de transport dans toutes les tranches d'âges de la population québécoise.

3.2.4 Déterminants environnementaux liés à l'activité physique

Tel qu'il a été mentionné en 3.2.2., les travaux pour caractériser les environnements qui influencent les habitudes de vie des Québécois sont encore en phase de développement. Pour ce qui est des déterminants environnementaux de l'activité physique, ces travaux examinent particulièrement les caractéristiques de l'environnement physique, plutôt que de l'environnement politique ou socioculturel.

Par exemple, en examinant l'environnement physique autour des écoles au Québec, Lalonde et Robitaille (2014) ont constaté que «la moitié des écoles publiques (51,2%) ont au moins une infrastructure de loisirs à moins de 750 mètres» et que «moins de la moitié des écoles publiques (42,7%) ont au moins une piste cyclable dans un rayon de 750 mètres» (Lalonde et Robitaille, 2014, p.i).

Si l'on examine l'environnement bâti plus largement, les travaux de Robitaille (2012) indiquent que plus de 50% de la population de 13 régions sociosanitaires du Québec vit dans un secteur où le potentiel piétonnier est faible ou moyen (Robitaille, 2012). Selon Robitaille et Bergeron (2015, p.3), «l'analyse de la réalité québécoise montre que le niveau de potentiel piétonnier est élevé dans plusieurs secteurs urbains des régions métropolitaines et qu'il diminue à mesure que l'on s'éloigne des secteurs centraux». Ces travaux ont aussi mis en évidence qu'un haut niveau de potentiel piétonnier est associé à une plus grande utilisation par les Québécois des transports actifs pour se rendre au travail (Robitaille et Bergeron, 2014).

Une analyse de Robitaille (2012) indique qu'en moyenne, au Québec, la distance entre la résidence et une infrastructure de loisirs est de 2,21 kilomètres. La distance moyenne entre la résidence et un parc ou un espace vert est quant à elle de 1,6 km (Robitaille, 2012). Ces moyennes se situent au-dessus du seuil de 1 kilomètre généralement utilisé par les chercheurs afin de mesurer l'accessibilité aux services. De plus, les travaux de Robitaille (2012) soulignent d'importantes variations de ces distances selon les régions du Québec. Ainsi, la distance à parcourir pour se rendre à une infrastructure de loisirs est en moyenne de moins de 800 mètres à Laval, mais de plus de 6 kilomètres en Abitibi-Témiscamingue (Robitaille, 2012).

3.3 STRATÉGIE DE RECHERCHE POUR LE PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE

Notre collecte d'information sur les mesures¹ publiques qui ont été mises en œuvre au Québec depuis 2006 s'est appuyée sur deux stratégies complémentaires.

D'une part, nous avons colligé les rapports d'analyse et de synthèse des actions menées au Québec qui étaient déjà disponibles. Afin de répertorier ces documents, de même que les évaluations portant sur une intervention en particulier, nous avons établi des contacts directs avec les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ces interventions et dans leur évaluation. Plusieurs de ces publications qualifiées de « littérature grise » ne peuvent pas être identifiées par les stratégies de recherches bibliographiques couramment utilisées pour recenser des publications scientifiques. En effet, il s'agit souvent de documents qui ne sont pas publiés ou qui sont diffusés à petite échelle. Nous avons constitué une liste initiale de 20 documents de ce type dont nous connaissions l'existence. Nous avons ensuite contacté directement six professionnels reconnus pour leurs connaissances des projets mis en œuvre et évalués au Québec². Ils ont été en mesure de nous fournir 38 documents additionnels.

D'autre part, nous avons mené une recherche bibliographique détaillée de la littérature scientifique et de la littérature grise disponible publiquement qui décrit ou analyse des interventions mises en œuvre au Québec :

- La PEPO possédait une banque de 3109 articles scientifiques (majoritairement anglophones) concernant l'obésité infantile et ses multiples déterminants, publiés entre 2000 et 2015 au Canada. Cette banque avait été constituée au moyen d'une recherche utilisant plus de 250 mots-clés combinés dans cinq moteurs de recherche bibliographique : PubMed, Embase, Sociological Abstracts, SPORTDiscus et PsycINFO. Dans le cadre du projet CFM, l'exploration de cette banque a permis de présélectionner 60 documents d'intérêt potentiel. Après lecture des résumés ou des textes complets

1. Pour mémoire, nous utilisons dans ce rapport les expressions « mesures » et « interventions » de manière interchangeable.

2. Yves Jalbert, INSPQ/MSSS, Marc Lemire, INSPQ, Rémi Coderre, Québec en Forme, Marie Rochette, Québec en Forme et deux personnes du MSSS.

et application de nos critères de sélection (voir 3.4.), nous avons conservé 9 documents dans le corpus final.

- La recherche de littérature grise a été menée en utilisant l'outil de recherche de la Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ), le moteur de recherche du Réseau Santécom, le site Portail Québec du gouvernement du Québec, et le moteur de recherche Google à des fins de recherche complémentaire sur les sites sources des organisations maîtres d'œuvre des interventions ou sur les sites sources des interventions en tant que telles. En premier lieu, nous avons repéré 503 documents, incluant des sites Web. Parmi ceux-ci, 209 documents ont été présélectionnés. En appliquant nos critères de sélection (voir 3.4.), nous avons retenu 107 documents dans le corpus final.

3.4 CRITÈRES DE SÉLECTION

Afin de sélectionner les documents pertinents à la recension et à l'analyse des mesures constituant l'*Expérience québécoise*, nous avons utilisé les critères de sélection suivants³:

- **Premièrement**, nous n'avons retenu que les documents décrivant la mise en œuvre ou les résultats de certaines ou plusieurs composantes de l'*Expérience québécoise*, définie comme l'ensemble des politiques, des programmes et des interventions publiques, ou menée par des organisations publiques en collaboration avec les secteurs associatifs ou privés.
 - > **N.B. 1**: Étant donné que la moitié des fonds alloués à des interventions par Québec en Forme sont publics, nous avons retenu les documents décrivant ces interventions.
 - > **N.B. 2**: Nous avons exclu les documents traitant spécifiquement d'interventions qui sont réalisées par des organisations du secteur associatif ou du secteur privé sans la participation du secteur public. Ce choix a été motivé par l'objectif de guider en premier lieu les acteurs publics qui doivent décider des orientations à prendre pour les prochaines phases de l'action sur la prévention de l'obésité et la promotion des saines habitudes de vie. Nous

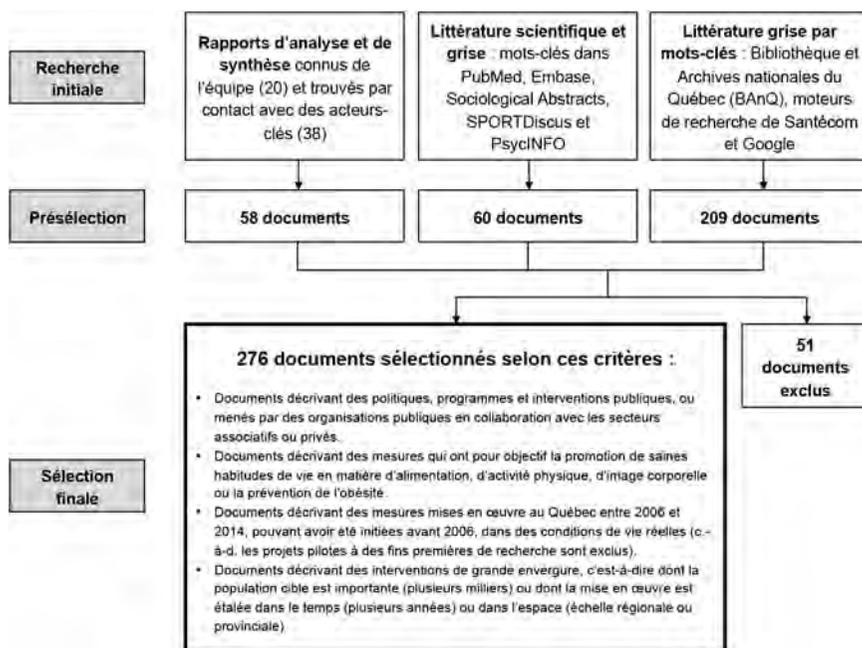
3. L'annexe 2 présente ces critères de manière plus détaillée.

sommes conscients que le secteur associatif et le secteur privé mettent en œuvre une multitude de projets qui contribuent à l'atteinte des objectifs de santé publique. Idéalement, ils auraient dû être inclus dans un inventaire exhaustif de l'*Expérience québécoise*. Seules des contraintes de temps et de coût nous ont amenés à les exclure du présent projet. Les actions qui relèvent du gouvernement fédéral, mais qui sont mises en œuvre au Québec, ont aussi été exclues, pour les mêmes raisons de temps et de coût.

- **Deuxièmement**, les documents inclus dans notre inventaire devaient décrire des mesures ayant pour objectif la promotion de saines habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique, d'image corporelle ou la prévention de l'obésité. Nous avons donc exclu les documents qui traitaient spécifiquement d'interventions de prévention secondaire (p. ex., interventions auprès des jeunes en embonpoint ou obèses) et tertiaire (p. ex., interventions de prise en charge clinique de l'obésité). Cependant, nous avons inclus les interventions qui concernent la promotion d'une saine image corporelle.
- **Troisièmement**, nous avons tenu compte de l'envergure des interventions présentées dans les documents. Nous avons conservé les documents référant à des interventions ou regroupements d'interventions de grande envergure, c'est-à-dire dont la population cible est particulièrement importante (plusieurs milliers de personnes) ou dont la mise en œuvre est étalée dans le temps (plusieurs années) ou dans l'espace (regroupement de municipalités, échelle régionale ou provinciale).
- **Enfin**, les documents retenus devaient porter sur des interventions mises en œuvre au Québec entre 2006 et 2014, bien qu'ayant pu être amorcées avant 2006. Ces interventions devaient avoir été mises en œuvre dans des conditions de vie réelles et non à des fins premières de recherche ou à titre expérimental. Par conséquent, un projet pilote dans une école ou un projet de recherche interventionnelle ne satisfaisait pas ce critère de sélection.

En somme, pour être conservés, les documents repérés devaient porter sur une ou plusieurs interventions remplissant l'ensemble des critères ci-dessus. L'ensemble du processus de recherche et de sélection documentaire est résumé dans la figure 3.1.

FIGURE 3.1 : PROCESSUS DE RECHERCHE ET DE SÉLECTION DOCUMENTAIRE RELATIF AU PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE



3.5 CORPUS DE DOCUMENTS

Après application de nos critères de sélection, nous avons retenu les 58 documents de synthèse ou rapports d'évaluation initialement mentionnés, 9 publications scientifiques et 209 documents issus de la littérature grise. Notre corpus final de **276 publications** inclut donc des documents tels que des rapports gouvernementaux et des rapports d'évaluations internes, des articles scientifiques et des sites Internet.

Les documents qui constituent le corpus nous ont permis d'inventorier **166 interventions** aux échelles provinciale et régionale (voir annexe 3). Notons que l'information concernant une intervention peut se retrouver dans plusieurs documents. Par exemple, nous pouvons documenter une intervention à partir d'un dépliant de Québec en Forme (QeF), d'un rapport d'évaluation commandé par QeF, du rapport annuel de QeF, d'un article scientifique qui examine cette même intervention, et du site Internet de l'organisme sans but lucratif qui la met en œuvre.

Dans d'autres cas, certains documents de synthèse étaient pertinents à l'identification et à la caractérisation de 20 ou 30 interventions. La grande majorité des documents du corpus sont disponibles pour consultation (voir annexe 3), mais quelques-uns d'entre eux ne peuvent être partagés, étant donné qu'ils revêtent un caractère confidentiel.

3.6 MÉTHODE D'ANALYSE

À partir de la liste maîtresse des 166 interventions québécoises qui répondent aux critères d'inclusion (voir annexe 3), nous avons appliqué une **grille de codage** nous permettant de caractériser chaque intervention à travers plusieurs dimensions (voir annexe 5). Les termes de référence et typologies utilisés pour cette étape de codage sont les mêmes que ceux et celles qui ont été utilisés pour le codage des recommandations scientifiques internationales (voir chapitre 2). Ces termes de référence et typologies sont détaillés dans l'annexe 8.

La grille de codage permet notamment de mentionner le recours à différents instruments d'interventions, tels que décrits dans la typologie proposée par Gortmaker et collab. (2011). Cette typologie présente huit types d'instruments : 1) la communication sur la santé (incluant l'offre d'information, la sensibilisation, l'éducation) ciblant un changement de comportement à l'échelle individuelle); 2) la promotion d'environnements favorables à la santé ciblant un changement de comportement à l'échelle populationnelle (cette catégorie inclut les politiques publiques); 3) le développement du leadership et de la gouvernance (p. ex., des structures décisionnelles multisectorielles); 4) le financement; 5) le développement de connaissances et de systèmes d'information; 6) le développement de systèmes ou d'outils de soutien à la mise en œuvre d'interventions (incluant les créations de normes et de standards pour les autorités locales); 7) l'apport en main-d'œuvre et formation; et 8) le partenariat, le réseautage et la coordination. Notons qu'une même intervention pouvait avoir recours à différents instruments.

La grille de codage permet aussi de caractériser chacune des mesures selon les dimensions suivantes :

- Le thème est-il l'activité physique ou la saine alimentation ou la saine image corporelle ?
- La mesure cible-t-elle directement des changements à l'échelle des individus ou des changements dans les environnements dans lesquels ces individus évoluent ?

- Si la mesure cible des changements dans les environnements, quels types d'environnements sont visés (physique, économique, socio-culturel ou politique)?
- Quelles sont les populations ciblées ultimement (p. ex., les enfants ou la population en général)?
- Dans quel(s) milieu(x) ces interventions sont-elles mises en œuvre?
- La mesure a-t-elle des objectifs de nature transversale? Si oui, lesquels?
- La mesure a-t-elle été sujette à une évaluation?
- Est-elle mise en œuvre à l'échelle régionale ou provinciale?
- Quels sont les budgets alloués à cette mesure?

L'information sur les budgets accordés est intéressante afin de pouvoir estimer l'envergure des interventions ou, pour faire une métaphore clinique, afin de connaître le dosage qui a été utilisé. Cependant, cette information est le plus souvent manquante dans les documents du corpus. Ce rapport ne présente donc pas cette information.

Les interventions recensées ont été codées par un codeur unique, à deux reprises, pour réduire les biais liés au gain d'expérience du codeur.

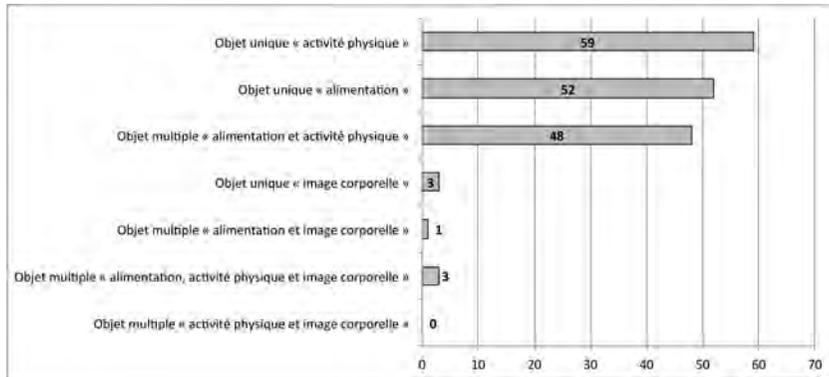
3.7 LIMITES DE LA MÉTHODE DE COLLECTE D'INFORMATION

Nous devons rappeler la difficulté de s'assurer de l'exhaustivité de l'inventaire des mesures publiques qui composent l'*Expérience québécoise*. En effet, les sources écrites qui nous permettent de les identifier et de les décrire sont très hétérogènes. Par exemple, certaines mesures ont été sujettes à des évaluations et sont donc bien documentées. Par contre, ces rapports d'évaluation internes ne sont pas toujours disponibles publiquement ou ne se retrouvent pas dans les index bibliographiques (tels que le Réseau Santécom) qui permettent de les retracer facilement. Néanmoins, nous croyons avoir presque atteint le niveau de saturation, c'est-à-dire le moment à partir duquel les documents repérés par de nouvelles recherches bibliographiques ne permettent pas d'identifier des interventions que nous n'aurions pas déjà inventoriées.

3.8 PORTRAIT GÉNÉRAL DES MESURES RECENSÉES

Nous avons recensé 166 interventions de niveau provincial et régional (voir annexe 3). La saine alimentation et l'activité physique sont presque également représentées dans ce corpus : 59 interventions relèvent de la thématique « activité physique », 52 de la « saine alimentation » et 48 touchent aux deux thèmes (voir figure 3.2). De plus, nous avons répertorié 7 interventions qui concernaient la saine image corporelle, la moitié d'entre elles touchaient aussi l'un des deux autres thèmes⁴.

FIGURE 3.2: DISTRIBUTION DES INTERVENTIONS ENTRE LES THÈMES ACTIVITÉ PHYSIQUE, ALIMENTATION ET IMAGE CORPORELLE (N=166)

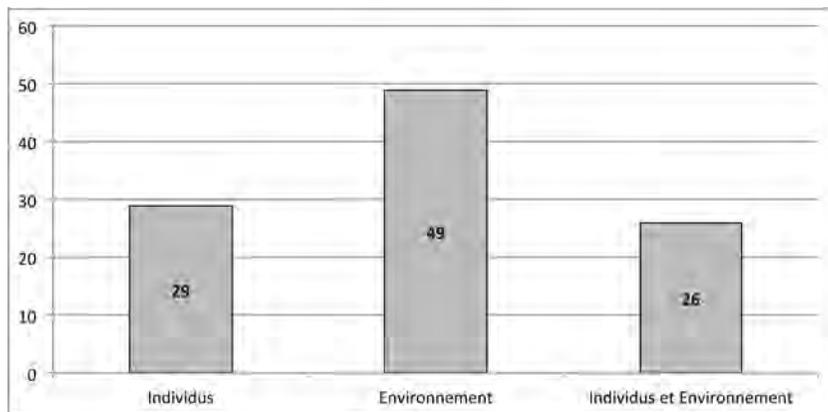


Nous observons aussi que l'approche individuelle est un peu moins présente que l'approche environnementale dans les interventions recensées. Ainsi, des 104 interventions traitant d'alimentation, 29 visaient uniquement des changements en ce qui concerne les médiateurs cognitifs des individus (attitudes, connaissances, compétences, intentions affectant les comportements), alors que 49 ciblaient uniquement les changements dans les environnements⁵ et 26 mesures visaient les deux types de changements en même temps (voir figure 3.3).

4. Les catégories dans les tableaux sont mutuellement exclusives, à moins d'une mention à cet effet.

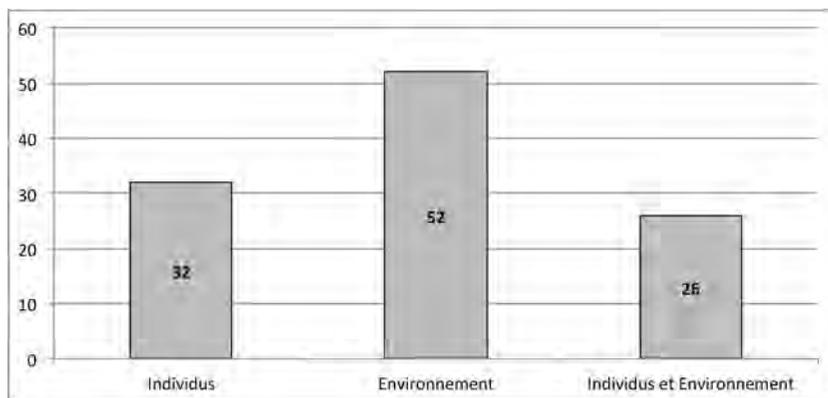
5. Le total de 104 mesures ciblant l'alimentation inclut les 4 mesures qui touchent aussi la saine image corporelle. La somme des 110 interventions touchant l'activité physique inclut 3 mesures qui ciblent aussi la saine image corporelle.

FIGURE 3.3: INTERVENTIONS CIBLANT L'ALIMENTATION (N=104): NOMBRE D'INTERVENTIONS AXÉES SUR LES INDIVIDUS, LES ENVIRONNEMENTS OU LES DEUX



Pour ce qui est des 110 interventions abordant la promotion de l'activité physique, les médiateurs cognitifs des individus font spécifiquement l'objet de 32 interventions. Des changements dans les environnements sont spécifiquement visés par 52 mesures. Enfin, 26 mesures combinent les deux approches (voir figure 3.4).

FIGURE 3.4: INTERVENTIONS CIBLANT L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (N=110): NOMBRE D'INTERVENTIONS AXÉES SUR LES INDIVIDUS, LES ENVIRONNEMENTS OU LES DEUX

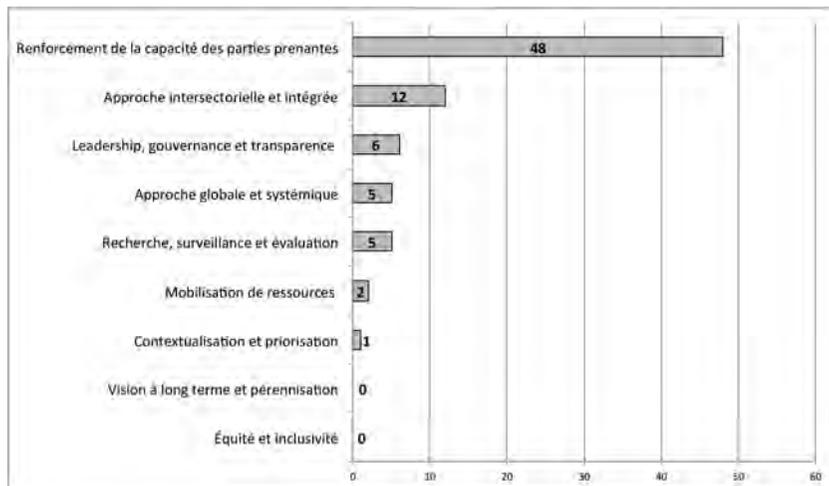


Certaines interventions, tout en ayant comme objectifs ultimes de faire évoluer les comportements des individus ou de modifier leurs environnements, ont des objets transversaux qui structurent de façon prépondérante leur approche (voir figure 3.5). Ces interventions mettent

en place des mécanismes, de l'information ou des structures qui contribuent à optimiser les interventions de promotion des saines habitudes de vie et de promotion d'environnements favorables à la santé. Le plus souvent, les interventions classées dans cette catégorie exercent de l'influence plus en amont que les autres et sont d'ordre plus général que les autres. De ce fait, elles ciblent souvent une diversité de milieux et couvrent parfois tous les environnements à la fois. Le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG) mentionné plus tôt est un exemple par excellence de ces mesures qui jouent un rôle structurant ou qui chapeautent plusieurs autres interventions.

Des 166 interventions répertoriées dans notre portrait, 63 incluent au moins un objectif transversal. Le plus fréquent des objectifs transversaux est le renforcement de la capacité des parties prenantes (48 interventions sur 166) (voir figure 3.5). En effet, plusieurs des interventions offrent de la formation aux acteurs impliqués dans les milieux de vie des populations à rejoindre. Que ce soit dans les milieux de garde ou auprès des acteurs municipaux, ces interventions visent à augmenter la capacité des acteurs à promouvoir de saines habitudes de vie ou à changer les environnements.

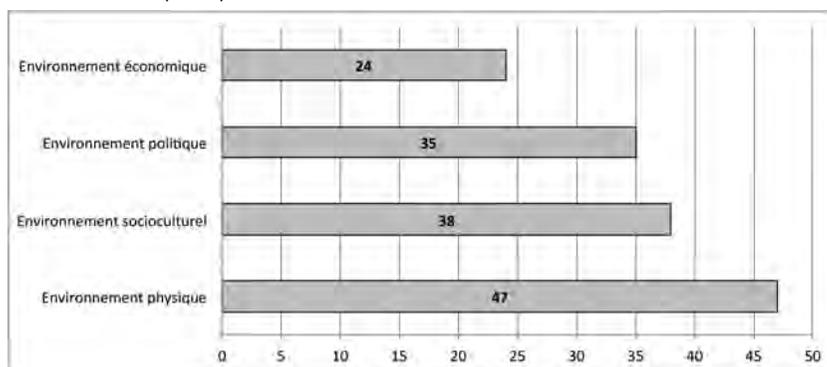
FIGURE 3.5: NOMBRE D'INTERVENTIONS PAR TYPE D'OBJETS TRANSVERSAUX (N=63) *



* Certaines interventions ciblent plus d'un objectif transversal, donc la somme des chiffres reportés dans ce graphique excède le nombre d'interventions ici considérées (63).

Si l'on examine les 75 mesures qui visent au moins un changement dans les environnements en matière d'alimentation, on note que l'environnement physique est le plus souvent ciblé (47 mesures) (voir figure 3.6). Notons que lorsque la mesure vise à changer la nature de l'offre alimentaire (par exemple, les aliments qui sont au menu dans les restaurants), elle a été classée comme une mesure ciblant un changement dans l'environnement physique. Pour ce qui est des environnements socioculturels et politiques, ils ont chacun été ciblés à 38 et 35 reprises parmi les 75 interventions ici considérées. L'environnement économique reçoit moins d'attention pour le moment, avec seulement 24 mesures.

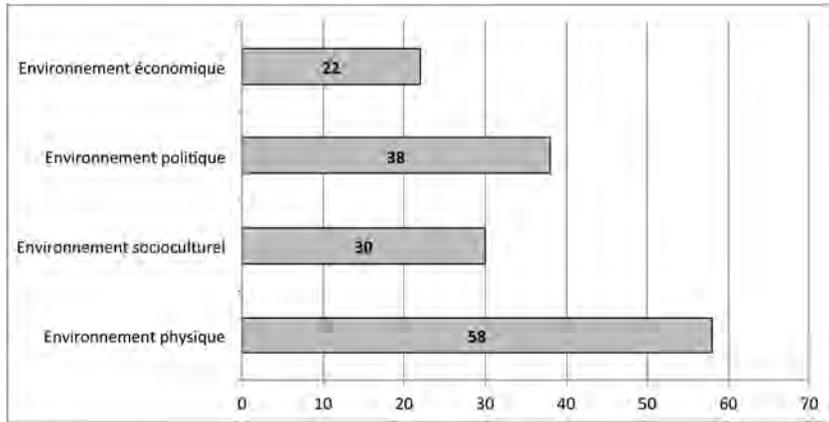
FIGURE 3.6: ENVIRONNEMENTS CIBLÉS DANS LES INTERVENTIONS AYANT POUR OBJET L'ALIMENTATION (N=75) *



* Certaines interventions ciblent plus d'un type d'environnement, donc la somme des chiffres reportés dans ce graphique excède le nombre d'interventions ici considérées (75).

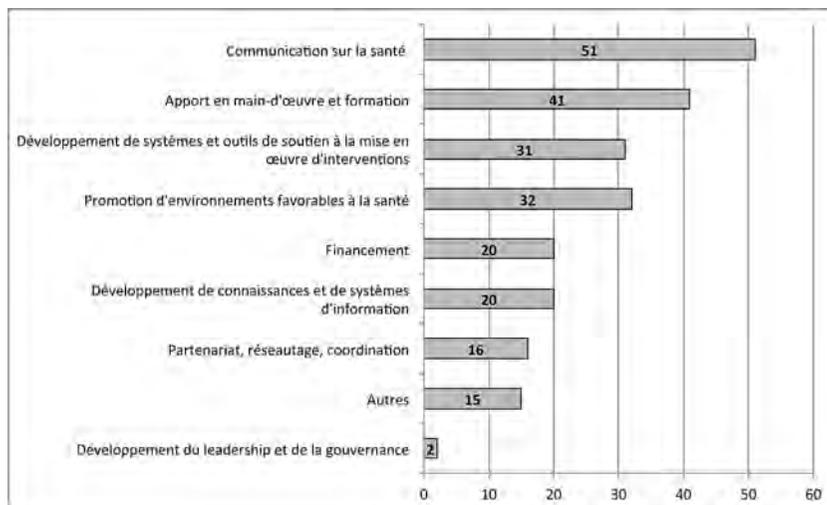
Encore plus que sous le thème de l'alimentation, les interventions de promotion de l'activité physique qui visent un changement dans l'environnement physique prédominent: 58 interventions se retrouvent dans cette catégorie parmi les 66 interventions ici considérées (voir figure 3.7). Suivent les interventions visant l'environnement politique (38), l'environnement socioculturel (30) et l'environnement économique (22).

FIGURE 3.7: ENVIRONNEMENTS CIBLÉS DANS LES INTERVENTIONS AYANT POUR OBJET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (N=66) *



* Certaines interventions ciblent plus d'un type d'environnement, donc la somme des chiffres reportés dans ce graphique excède le nombre d'interventions ici considérées (66).

Chaque intervention peut utiliser différents types d'instruments pour atteindre ses objectifs (voir figure 3.8). Parmi les 166 interventions de notre portrait, nous avons observé que les activités de communication sur la santé visant un changement de comportement à l'échelle individuelle sont les plus fréquemment utilisées (51 fois), suivi de près par les activités de formation (41 fois). L'importance de la formation comme instrument d'action est cohérente avec la prédominance de la dimension transversale d'intervention intitulée «renforcement des capacités» (voir figure 3.8). Le développement de systèmes et d'outils de soutien à la mise en œuvre (31 interventions) est aussi cohérent avec cet objectif transversal. Ces outils peuvent prendre la forme de rapport ou d'analyse, de guide, de matériel pédagogique ou d'informations mises en ligne. La catégorie «promotion d'environnements favorables à la santé» réfère plutôt à l'adoption et à l'implantation de politiques, telles que le Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées (voir annexe 3). Cette catégorie regroupe 32 interventions. Enfin, 20 interventions allouent du financement à des interventions visant par exemple la construction d'infrastructures sportives.

FIGURE 3.8: INSTRUMENT UTILISÉ (N=166) *

* Certaines interventions utilisent plus d'un type d'instrument, donc la somme des chiffres reportés dans ce graphique excède le nombre total d'interventions ici considérées (166).

Notre grille de codage veillait aussi à examiner quelles étaient les populations ciblées par les interventions. Les 166 mesures de notre inventaire se répartissent surtout entre celles qui ciblent la population en général (83 interventions) et celles qui visent les enfants ou les adolescents (69 interventions) (voir figure 3.9). Étant donné que plusieurs des mesures recensées sont financées par Québec en Forme, un organisme dont la mission cible les jeunes, ce constat ne surprend pas.

Parmi les 166 interventions recensées, les milieux de vie les plus souvent visés sont les milieux scolaires (59 fois), municipaux (43 fois), les organisations à but non lucratif (34 fois) et les milieux de garde (28 fois) (voir figure 3.10). Certaines interventions à plus large spectre ciblent les communautés en général (31 fois) alors que d'autres se positionnent plutôt à l'échelle des individus et des familles (24 fois). Finalement, plus de 70 % des 166 interventions se déploient à l'échelle provinciale plutôt que régionale (voir figure 3.11).

FIGURE 3.9: DISTRIBUTION SELON LES BÉNÉFICIAIRES ULTIMES (N=166)

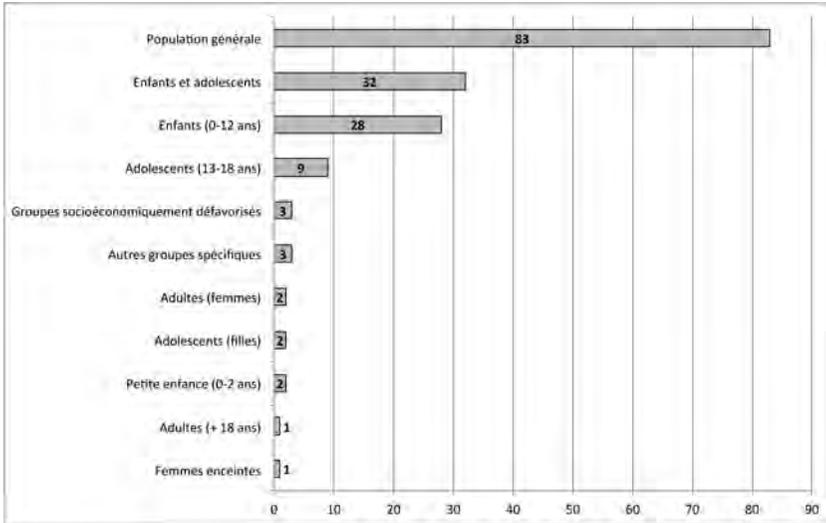
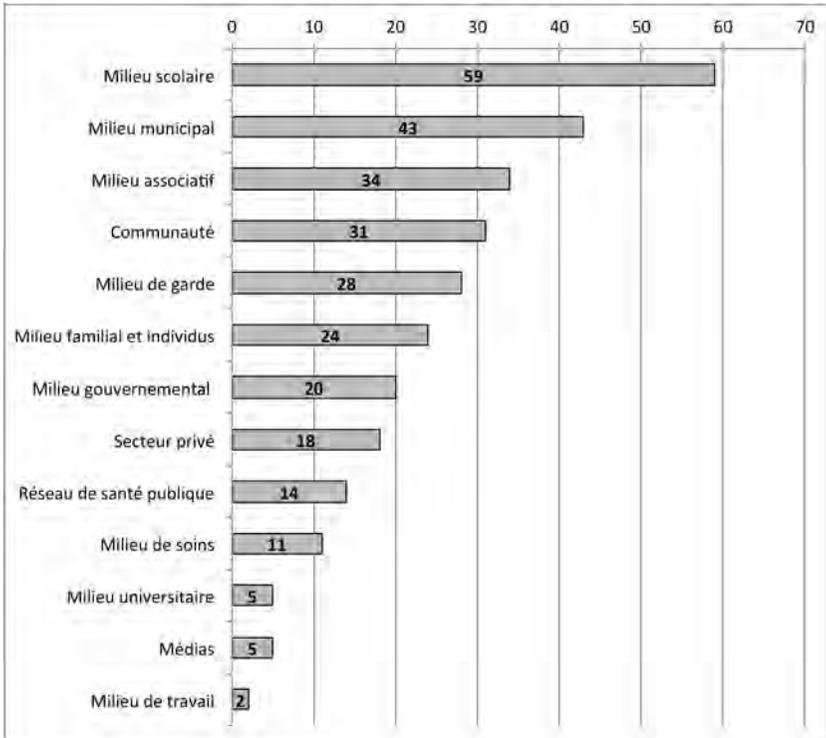
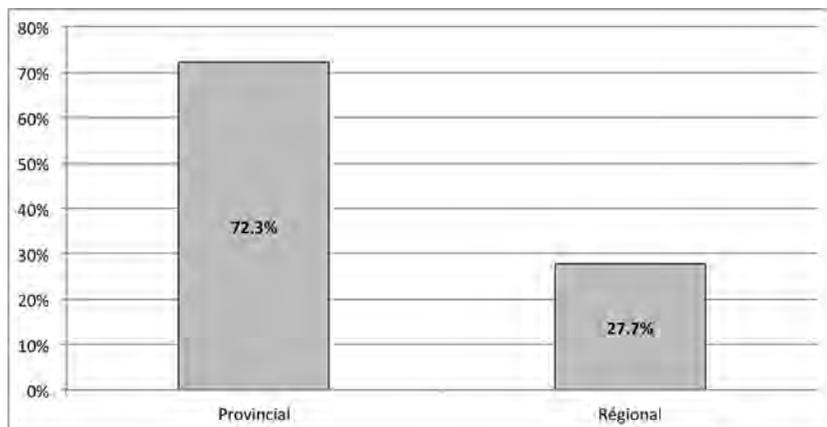


FIGURE 3.10: MILIEUX CIBLÉS (N=166) *



* Certaines interventions ciblent plus qu'un milieu de vie. Donc, la somme des chiffres reportés dans ce graphique excède le nombre d'interventions recensées (166).

FIGURE 3.11 : ÉCHELLE VISÉE PAR L'INTERVENTION



3.9 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Certaines dimensions de l'*Expérience québécoise* mises en lumière par nos recherches bibliographiques ne se prêtent pas à notre grille de codage, parce que l'information que nous avons collectée à leur sujet n'est pas suffisamment désagrégée. Cependant, nous avons en main des portraits synthétiques de ces pans importants de l'action sur les saines habitudes de vie au Québec. Dans cette section, nous présentons donc de l'information complémentaire à la liste maîtresse des 166 interventions. Ces informations complémentaires se divisent en quatre dimensions :

- La première dimension de l'*Expérience québécoise* qui n'est pas intégrée dans notre liste maîtresse concerne l'action locale. Les 158 regroupements locaux de partenaires qui sont soutenus financièrement par Québec en Forme à travers tout le Québec mettent en œuvre une multitude d'actions dans leur communauté. En 2014-2015, plus de 5400 actions ont été mises en œuvre à l'échelle locale par ces regroupements. Québec en Forme a récemment préparé un portrait de ces actions locales.
- La deuxième dimension concerne les pratiques cliniques préventives qui touchent les saines habitudes de vie et qui se déploient aux échelles régionale et locale. Les Directions de santé publique (DSP) et les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) mettent en œuvre une diversité de mesures afin d'encourager ces pratiques. En effet, le Programme national de santé publique (PNSP 2003-2012)

recommande le counseling en faveur d'une saine alimentation et d'une pratique régulière d'activité physique comme pratique clinique préventive à mettre en œuvre (Gauthier, 2003). Une équipe de l'INSPQ a réalisé un rapport dressant un portrait des efforts des DSP sur la prévention des maladies chroniques et la promotion des saines habitudes de vie à partir d'un questionnaire transmis à chaque DSP du Québec (Lemire et Morissette, 2014)⁶.

- La troisième dimension concerne les interventions de soutien aux acteurs municipaux, scolaires et des communautés que les DSP mettent en œuvre afin d'agir sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (Lemire et Morissette, 2014).
- La quatrième dimension de l'*Expérience québécoise* pour laquelle nous n'avons pas pu appliquer notre grille de codage est l'action des municipalités. Les municipalités adoptent des politiques, des schémas d'aménagement, des plans d'urbanisme, des règlements qui peuvent rendre les environnements plus ou moins favorables à la pratique de l'activité physique ou à l'adoption de saines habitudes alimentaires. Un état de situation a été préparé par Québec en Forme en 2013 afin d'analyser dans quelle mesure les municipalités adoptent des mesures créant des environnements favorables. Nous présentons donc un sommaire de ce travail d'analyse qui a porté sur un échantillon important de municipalités. De plus, les municipalités sont responsables du développement d'infrastructures de loisirs sous des formes très diverses, telles que des piscines intérieures et extérieures, des patinoires et arénas, des aires de glissades, des parcs, des gymnases, des camps d'été, de même que des activités pour animer ces lieux (Sasseville, 2014). L'état de situation préparé par Québec en Forme examine en partie cet aspect de l'environnement physique favorable à l'activité physique en présentant des données d'accessibilité géographique aux infrastructures sportives et de loisirs compilés par l'INSPQ. Nous soulignons aussi les faits saillants de ce portrait dans l'une des sections suivantes.

6. Notons que notre inventaire inclut une mesure touchant aux pratiques cliniques préventives : le Centre d'éducation pour la santé (CES) que l'on retrouve dans la région de Montréal (intervention n° 162, voir annexe 3). Un rapport d'évaluation sur cette mesure est disponible et nous a fourni une base documentaire et l'information nécessaire pour coder cette intervention dans notre inventaire. Nous n'avions pas de sources documentaires nous permettant de coder dans notre liste maîtresse d'autres mesures concernant les pratiques cliniques préventives.

3.9.1 Les actions locales soutenues par Québec en Forme

Les projets nationaux et régionaux ayant reçu le soutien financier de Québec en Forme (QeF) sont représentés dans notre liste maîtresse de 166 interventions. Cependant, 75 % du financement offert par QeF est destiné aux initiatives locales. En effet, dans l'entente de partenariat signée entre le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon le 5 juin 2007, il est stipulé que 75 % des ressources financières doivent être disponibles pour les projets de mobilisation des communautés locales (Protocole d'entente, 2007). Dans cette entente, le gouvernement et la Fondation s'engagent à investir chacun 20 millions par année sur 10 ans dans la promotion des saines habitudes de vie⁷. La planification stratégique de QeF publiée en 2011 continue à placer la mobilisation des communautés au centre de ses orientations, notamment par la modification des environnements et la transformation des normes sociales : «les initiatives visant à encourager les saines habitudes de vie et qui viennent des communautés et des groupes locaux ont le plus grand potentiel de réussite» (QeF, 2011, p. 23). Cette approche participative qui valorise l'autonomisation des partenaires est véritablement au cœur de la stratégie de QeF.

Conséquemment, un pan important de l'action de QeF passe par les 158 regroupements locaux de partenaires soutenus. Plus de 2000 organisations sont impliquées dans ces regroupements locaux, principalement des organisations communautaires et associatives, et des représentants des milieux scolaires, municipaux et de la santé (Municipalités régionales de comté [MRC], villes, commissions scolaires, CSSS). Pour l'année financière 2014-2015, le financement attribué aux regroupements locaux de partenaires par QeF s'élevait à plus de 26 millions de dollars (QeF, 2014b, non publié). Dans un rapport préparé afin de présenter l'action des regroupements locaux de partenaires dans toutes les régions du Québec, QeF a classé les 5482 actions prévues par ces regroupements pour 2014-2015 :

- D'une part, en examinant la répartition de ces financements par thématique, on observe qu'ils sont attribués à 51 % à la promotion

7. Le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie est la source des fonds publics investis dans le partenariat avec la Fondation. La loi instituant le Fonds indique que les 200 millions de dollars proviennent de l'impôt prélevé sur le tabac et que les activités financées par le Fonds ne peuvent résulter de programmes réguliers établis ou approuvés par le gouvernement. (Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie, 2007. L.R.Q.).

d'un mode de vie physiquement actif, à 30 % à la promotion d'une saine alimentation et à 18 % à des actions qui visent les deux thèmes.

- D'autre part, QeF a classé les actions selon les milieux de vie ciblés par les regroupements locaux de partenaires. Les milieux de vie qui sont les plus souvent ciblés sont les milieux scolaires et les milieux communautaires. En effet, 33 % des fonds sont alloués à des actions visant les écoles primaires, 8 % à des actions visant les écoles secondaires et 28 % à des actions dans le milieu communautaire et associatif. Le milieu municipal (19%) et la petite enfance (11%) sont aussi des cibles importantes des actions des regroupements locaux.
- Québec en Forme a aussi regroupé en sept catégories les actions locales selon le type de changements souhaités. Plus de 40 % des fonds sont destinés à des actions qui visaient à augmenter l'offre d'occasions d'être actif. La formation des intervenants était l'objectif de plusieurs actions locales, avec 21 % des fonds qui y étaient consacrés. L'augmentation de la compétence des jeunes en saine alimentation et l'amélioration de l'accès à une offre alimentaire saine faisaient l'objet de 15 % et 9 % des financements. Finalement, la mise en place de politiques et de mesures (8%) ainsi que l'amélioration de l'accès aux infrastructures sportives et de plein air (6%) retenaient aussi l'attention de certains regroupements locaux de partenaires.

3.9.2 Les actions des DSP : l'approche individuelle et les pratiques cliniques préventives

Les pratiques cliniques préventives «sont un ensemble d'interventions (counseling, dépistage, immunisation, chimio-prophylaxie) réalisées par un professionnel de la santé (clinicien) auprès d'un patient et visant à promouvoir la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux» (Groulx, 2007). Plus de 30 pratiques cliniques préventives se retrouvent dans le Plan national de santé publique (PNSP). Deux d'entre elles sont directement liées à la prévention de l'obésité : le counseling concernant les habitudes alimentaires et le counseling concernant l'activité physique. Le PNSP propose de combiner l'approche individuelle, qui met de l'avant les pratiques cliniques préventives, avec l'approche environnementale, qui amène les acteurs de la santé publique à travailler dans divers milieux pour rendre les environnements plus favorables aux saines habitudes de vie.

Les actions de soutien des DSP à la mise en œuvre de pratiques préventives chez les cliniciens varient d'une région à l'autre :

«Le moyen le plus courant est la formation sur la prévention clinique offerte aux professionnels de la santé. Cependant, seule la moitié fait état explicitement d'une démarche ou d'une stratégie formelle de soutien aux CSSS pour l'intégration des pratiques préventives en milieu clinique (groupe de travail, modèle d'intervention, plan d'action, etc.). Dans un sens similaire, seules trois DSP font état de façon explicite d'une démarche ou d'une stratégie d'éducation à la santé, soit l'implantation d'un programme ou de centres d'éducation à la santé, mais ces régions ont en commun d'avoir implanté l'éducation à la santé dans tous les CSSS de leur territoire.» (Lemire et Morissette, 2014, p. 10)

Dans notre portrait, nous avons recensé la stratégie mise en place par l'une des trois DSP susmentionnées, car une évaluation a été publiée à son sujet. Sur son territoire, la DSP de Montréal a établi des Centres d'éducation pour la santé (CES) qui fonctionnent de la manière suivante :

«Un client peut être référé vers le CES par un médecin ou un autre professionnel de la santé, ou encore s'y présenter sans référence. L'intervention débute par un bilan des habitudes de vie, suivi d'un entretien motivationnel d'une durée d'environ 40 minutes sur le thème de l'alimentation ou de l'activité physique, au choix du client. [...] Environ trois à cinq semaines suivant l'intervention initiale, une intervention téléphonique d'une durée de 20 minutes est prévue afin de renforcer la motivation du client. [...] Si le client a été référé vers le CES par un médecin, l'EPS⁸ achemine un rapport de consultation au médecin, afin que celui-ci puisse offrir un suivi et, ainsi, contribuer à renforcer la motivation du client. De cette façon, les CES s'inscrivent dans le continuum de services en santé.» (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012a, p. 3-4)

En somme, on note que la moitié des régions se sont engagées dans des stratégies intégrées de lutte aux maladies chroniques, qui incluent la prévention (Lemire et Morissette, 2014).

3.9.3 Les actions des DSP : l'approche environnementale

Dans notre portrait, nous avons identifié des plans régionaux qui touchent aux environnements favorables, les Tables intersectorielles régionales sur les saines habitudes de vie de même que les projets régionaux de Québec en Forme qui impliquent des DSP. Cependant, il y a une facette importante du travail des DSP sur les changements

8. Éducateur pour la santé

environnementaux qui est peu documentée et qui n'est donc pas visible dans notre inventaire. Il s'agit de leur soutien au développement de politiques publiques qui créent des environnements favorables aux saines habitudes de vies. Le rapport de Lemire et Morrisette (2014) indique que la moitié des DSP soutiennent les acteurs de la région dans leurs efforts de changements. Par exemple, ce soutien peut prendre la forme d'une participation à l'élaboration d'une politique alimentaire dans une école ou d'une politique de transport actif dans une municipalité. Le tableau ci-dessous présente les principales politiques et les principaux acteurs qui font l'objet de ce soutien.

TABLEAU 3.2: POLITIQUES DES ACTEURS LEVIERS AUXQUELLES LES DSP APPORTENT DU SOUTIEN

POLITIQUES	ACTEURS LEVIERS
Alimentation	– Surtout les milieux scolaire, municipal et de la santé – Parfois les milieux de garde et de restauration
Sport, loisir et activité physique	– Surtout les milieux scolaire et municipal
Transport actif et sécuritaire	– Surtout les milieux scolaire et municipal
Mobilité durable	– Milieu municipal
Aménagement du territoire	– Milieu municipal
Politiques familiales	– Milieu municipal

Source: Lemire et Morisette (2014, p. 13)

Finalement, les DSP travaillent aussi en soutien aux CSSS dans leurs efforts de promotion d'environnements favorables aux saines habitudes de vie. Lorsque les chercheurs ont demandé aux DSP comment les CSSS de leur région travaillent sur la prévention des maladies chroniques, la très grande majorité a souligné l'importance de l'approche *École en santé* (94 % des régions), le PAG (76 %), et le Programme *0-5-30 Combinaison prévention* (65 %). Notre inventaire inclut ces initiatives qui se déploient à l'échelle locale.

3.9.4 Les mesures municipales

Dans le rapport de Québec en Forme sur les actions des municipalités, plusieurs dimensions ont été examinées (QeF, 2013a). Premièrement, l'inclusion d'orientations ou d'actions favorables à la pratique d'activité physique chez les jeunes dans les politiques familiales adoptées par les municipalités a été analysée. Les résultats démontrent

que 322 des 396 politiques familiales municipales étudiées (81 %) comprenaient au moins une action ou une orientation visant à rendre l'environnement bâti favorable à l'activité physique. De même, l'amélioration de l'accessibilité à l'offre de services en activité physique se retrouvait dans 78 % des politiques familiales municipales. Ceci inclut par exemple des ententes de prêts d'infrastructures, des politiques tarifaires et des horaires adaptés. Dans 56 % des politiques familiales, on retrouve aussi des actions concernant l'offre d'activités d'apprentissage ou de promotion en activité physique.

Le rapport de QeF a aussi procédé à un examen détaillé des schémas d'aménagement et de développement (SAD) de 88 Municipalités régionales de comté (MRC) et à un examen des plans d'urbanisme de 145 municipalités au Québec. Certaines orientations favorables à la pratique d'activité physique se retrouvent dans une majorité de ces documents. Ainsi, des mesures relatives à l'aménagement de parcs municipaux et d'espaces verts se retrouvent dans 83 % des plans d'urbanisme et dans 61 % des schémas d'aménagement. L'aménagement de parcs d'envergure régionale est inclus dans 67 % des SAD et dans seulement 15 % des municipalités. De même, l'aménagement de pistes cyclables et de sentiers piétonniers (à des fins récréatives ou non spécifiées) est une orientation pour la majorité des municipalités et MRC (66 % et 82 %, respectivement).

Le rapport de QeF a aussi noté des mesures favorisant les environnements favorables à l'activité physique dans son examen des règlements municipaux de 150 municipalités. En vertu de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, les municipalités ont le droit d'exiger que les promoteurs de projets résidentiels réservent 10 % du terrain à développer pour aménager un parc, un terrain de jeux ou des espaces verts. Cette contribution peut se faire en terrain ou en argent. Près des deux tiers des municipalités examinées (94 sur 150) se prévalaient de ce droit dans leurs règlements, mais 40 % d'entre elles exigeaient une superficie ou un montant inférieur à ce qu'il est possible d'exiger. Par contre, lorsque l'on examine les SAD et les plans d'urbanisme, seulement 15 % des MRC et 30 % des municipalités réfèrent explicitement à la préservation des espaces verts lors de projets résidentiels.

De plus, la présence de plusieurs mesures favorisant l'activité physique récréative et le transport actif n'est constatée que dans une minorité de schémas d'aménagement et de plans d'urbanisme. Il en est

ainsi de l'aménagement d'infrastructures sportives (18 % des 88 MRC et 29 % des 145 municipalités), d'équipements tels que des modules de jeux dans les parcs (0 % et 11 %), du verdissement des rues (0 % et 9 %), de l'aménagement d'un cadre sécuritaire pour le transport actif (11 % et 20 %), de l'aménagement de commodités pour le transport actif, telles que des stationnements cyclistes (0 % et 4 %), de l'aménagement des quartiers selon des critères de densité, mixité ou connectivité (24 % et 21 %), et de l'aménagement du cadre bâti de manière à réduire la dépendance à l'automobile (2 % et 5 %).

Le rapport de Québec en Forme a aussi scruté les mesures concernant la saine alimentation qui se retrouvent dans les SAD et les plans d'urbanisme. On y retrouve beaucoup moins d'actions que dans le cas de l'activité physique. Seulement 3 % des SAD et 5 % des plans d'urbanisme incluent l'aménagement de marchés publics dans leurs orientations. Aucun ne mentionne des restrictions quant à la présence de dépanneurs ou d'établissements de restauration rapide près des écoles. On note qu'aucune municipalité ne pose de telles restrictions dans les règlements concernant le zonage près des écoles. Deux municipalités (Gatineau et Sherbrooke) se sont dotées d'une politique alimentaire. De même, une minorité des politiques familiales municipales traitent d'alimentation. On mentionne les activités d'apprentissage ou de promotion d'une saine alimentation dans 34 % des politiques familiales, et l'amélioration de l'offre alimentaire et du cadre bâti pour la saine alimentation (p. ex., abreuvoir dans les lieux publics) respectivement dans 15 % et 14 % des 396 politiques familiales. Seulement 7 % de ces politiques présentent des actions pour améliorer l'accessibilité à l'offre de services en saine alimentation (p. ex., politiques tarifaires pour l'accès aux activités éducatives).

Le portrait des mesures municipales préparé par QeF ne présente pas l'information selon la population des MRC ou des municipalités. Si les villes les plus peuplées ont adopté plusieurs des mesures qui rendent l'environnement plus favorable aux saines habitudes de vie, il est possible qu'une grande partie de la population québécoise soit concernée, même si la grande majorité des MRC et des municipalités n'ont pas adopté de telles mesures. Par exemple, 4 des 10 plus grandes villes du Québec (Montréal, Québec, Sherbrooke et Terrebonne) se sont dotées d'un plan de mobilité active ou d'un plan piétonnier; elles représentent à elles seules une part importante de la population totale.

En plus du travail d'analyse des politiques familiales et des plans d'aménagements des municipalités, le rapport de QeF fournit aussi des données sur l'accessibilité physique aux infrastructures sportives et de loisirs qu'offrent les municipalités à leurs citoyens. Les auteurs soulignent des différences importantes d'accessibilité entre les milieux urbains et les milieux ruraux. Ainsi, 40 % des jeunes en milieu urbain vivent à un kilomètre ou moins d'une infrastructure sportive ou de loisirs alors que 23 % des jeunes en milieu rural vivent dans un secteur incluant au moins une infrastructure à proximité. On retrouve aussi plus de diversité dans les types d'infrastructure proposés en milieu urbain : 53 % des municipalités dans ces milieux proposent au moins cinq types d'infrastructures sportives. Ce n'est le cas que pour 13 % des municipalités en milieu rural.

3.10 COMPARAISON DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE ET DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES

Pour mémoire, l'une des finalités du projet « Comment faire mieux » (CFM) est de comparer l'*Expérience québécoise* en prévention de l'obésité (depuis 2006) à ce qui a été déterminé, dans la littérature scientifique internationale, comme étant les pratiques démontrées efficaces ou les plus prometteuses en matière de promotion de saines habitudes alimentaires, de promotion de l'activité physique ou de prévention de l'obésité. Afin de mener cette comparaison, dans les tableaux ci-dessous, nous avons reporté les recommandations internationales identifiées dans le chapitre précédent et avons inscrit, en bout de ligne, les numéros des mesures québécoises qui s'y rapportent. La liste des interventions correspondant à chaque numéro se trouve en annexe 3. Certains numéros apparaissent à plus d'une reprise dans les tableaux, puisque certaines mesures renvoient à plus d'une recommandation.

Nous constatons que la plupart des actions qui sont appuyées par des données probantes prometteuses / convaincantes ou fortement recommandées à l'échelle internationale ont été mises en œuvre au Québec. Rappelons toutefois que ce projet ne nous permet pas de juger du degré et de la qualité de mise en œuvre de ces interventions, ni de leur efficacité dans le contexte québécois (nous n'avons pas donc documenté si leur intensité et leur fréquence étaient suffisantes pour avoir un impact). Notons également qu'un certain nombre de recommandations qui sont mises de l'avant dans la littérature scientifique internationale ne font pas

l'objet d'actions de la part des autorités publiques québécoises. Les sections à suivre abordent ces aspects plus en détail.

3.10.1 Promotion d'une saine alimentation

Pour ce qui est de la promotion de la saine alimentation à l'échelle des individus, on note que deux recommandations internationales ont beaucoup d'écho au Québec (voir tableau 3.3). Il s'agit de l'éducation alimentaire et de l'éducation nutritionnelle chez les jeunes, toutes deux classées de niveau **A** dans le chapitre précédent, c'est-à-dire qu'elles renvoient à des recommandations très fréquentes dans la littérature scientifique ou qu'elles sont appuyées par des données probantes convaincantes. Quinze mesures de l'*Expérience québécoise* correspondent à ces recommandations. Dans le même registre, notons que plusieurs interventions québécoises visent, de manière plus transversale, à renforcer la capacité des intervenants à communiquer sur la saine alimentation auprès des jeunes (voir tableau 3.5). Finalement, bien qu'elles ne soient pas numérotées dans le tableau 3.3, gardons à l'esprit que des actions entreprises par les regroupements locaux de partenaires soutenus par Québec en Forme visent également à augmenter les compétences des jeunes en matière de saine alimentation.

Nous n'avons recensé aucune mesure québécoise sur l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages, ce qui n'est pas surprenant puisque nous avons exclu de notre portrait les interventions du gouvernement fédéral et que ce type d'intervention relève de sa juridiction. Notre portrait comporte une ou deux mesures correspondant à chacune des autres recommandations sur la saine alimentation ciblant les individus. Notons que pour ce qui est de l'information et de la sensibilisation en milieu de travail, notre portrait, qui se concentre sur les actions publiques, sous-représente les efforts menés par plusieurs organisations privées qui accompagnent les employeurs et les employés dans une démarche de promotion des saines habitudes de vie.

En ce qui concerne les mesures visant des changements dans l'environnement physique, notre portrait recense quatre mesures québécoises qui visent spécifiquement à favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans les écoles et les milieux de garde (une recommandation de niveau **A**) et quatre mesures visant à favoriser l'accès à des jardins potagers et des marchés de proximité. Cette dernière intervention correspond à une recommandation de niveau **B**, c'est-à-dire

fréquente ou soutenue par des données probantes prometteuses. Trois interventions de notre portrait visent à améliorer l'environnement physique pour faciliter l'allaitement maternel, et deux programmes incitent l'industrie agroalimentaire à opter pour la reformulation nutritionnelle. Aucune mesure recensée ne concernait l'offre alimentaire dans les milieux de travail et l'accès aux établissements de restauration rapide.

Pour ce qui est de l'environnement socioculturel, plusieurs des recommandations internationales que nous avons identifiées visent à limiter le marketing des aliments et des boissons ciblant les jeunes. Le Québec a une longueur d'avance dans ce domaine étant donné qu'il s'est doté dès 1974 d'une loi sur la publicité ciblant les enfants. Notre portrait recense aussi des outils pour bien faire connaître cette loi et pour soutenir les intervenants québécois en la matière. Nous avons aussi recensé huit mesures soutenant le déploiement de campagnes médiatiques sur la saine alimentation au Québec, ce qui est fréquemment recommandé dans la littérature scientifique internationale (niveau **A**). Enfin, nous avons identifié une mesure de soutien aux organisations de plaidoyer et aux individus qui jouent un rôle de modèle dans la société québécoise.

Pour ce qui est de l'environnement politique, rappelons que les politiques alimentaires visant le milieu scolaire font l'objet de recommandations de niveau **A** dans la littérature internationale. De telles politiques ont été adoptées au Québec à l'échelle provinciale. De plus, nous avons précédemment noté que les Directions régionales de santé publique québécoises accompagnent les milieux scolaires dans l'établissement et la mise en œuvre de politiques alimentaires. Par contre, les politiques nutritionnelles, qui sont elles aussi fréquemment recommandées dans la littérature internationale, ne trouvent pas d'écho dans notre portrait québécois. Comme présenté dans la section précédente, il s'agit de politiques qui peuvent prendre différentes formes, telles que l'adoption d'une stratégie nationale de promotion d'une saine alimentation ou la réglementation de la composition nutritionnelle de certains aliments.

Pour ce qui est de l'environnement économique, plusieurs recommandations y renvoient dans la littérature internationale, mais seulement deux recommandations trouvent un écho dans notre portrait des mesures mises en œuvre au Québec. Le soutien aux banques alimentaires, le programme OLO et l'ensemble d'actions du Regroupement des cuisines collectives du Québec font écho à la recommandation concernant les

programmes d'aide alimentaire, alors que le programme *Bonne boîte, bonne bouffe* facilite l'accès aux fruits et légumes à prix compétitif.

TABLEAU 3.3: COMPARAISON DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES ET DES INTERVENTIONS DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE EN MATIÈRE DE PROMOTION D'UNE SAINTE ALIMENTATION

RECOMMANDATIONS SUR LA SAINTE ALIMENTATION		INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES S'Y RAPPORANT (LISTE EN ANNEXE)	
LIBELLÉS DES RECOMMANDATIONS		RÉGIONAL	PROVINCIAL
Mesures ciblant les individus	NIVEAU*		
<i>Favoriser la santé maternelle et infantile par la promotion de l'allaitement maternel et la saine alimentation des nouveau-nés</i>	A		105
<i>Développer l'éducation alimentaire des jeunes par le jardinage, l'éducation au goût, la participation à la confection des repas</i>	A	79, 81, 92, 97, 93	68
<i>Renforcer l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire, en combinaison avec de multiples actions</i>	A	144	59, 77, 113, 118, 139, 140, 150, 160
<i>Renforcer l'information et la sensibilisation en milieu de travail, en combinaison avec de multiples actions</i>	B		57, 78
<i>Développer l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages pour influencer les consommateurs</i>	D		
<i>Développer les dispositifs d'information nutritionnelle sur le lieu de vente ou de consommation</i>	C		100
<i>Développer les services de conseil nutritionnel</i>	B	162	12
<i>Renforcer la prévention de l'embonpoint et de l'obésité auprès de publics à risque accru (conseils, messages, renforcement des capacités)</i>	B		42, 151
<i>S'appuyer sur des techniques d'apprentissage en ligne pour favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires</i>	E		108
Mesures ciblant l'environnement physique	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Faciliter l'accès à des espaces privatifs et chaleureux dédiés à l'allaitement maternel dans les lieux publics</i>	B	84	105, 106
<i>Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans les écoles et les milieux de garde</i>	A	93, 96, 143	160
<i>Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans le milieu de travail</i>	B		
<i>Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans les lieux publics et les établissements gouvernementaux</i>	B	157	100
<i>Favoriser l'accès aux épiceries et supermarchés dans les quartiers défavorisés</i>	C	99	

RECOMMANDATIONS SUR LA SAINE ALIMENTATION		INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES S'Y RAPPORANT (LISTE EN ANNEXE)	
LIBELLÉS DES RECOMMANDATIONS		RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Restreindre l'accès à des établissements de restauration rapide à l'échelle d'un quartier</i>	C		
<i>Favoriser l'accès à des jardins potagers et marchés de proximité</i>	B	117, 119, 135	68
<i>Favoriser la reformulation nutritionnelle et la réduction de la taille des portions de certains produits</i>	A		62, 63
Mesures ciblant l'environnement socioculturel	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Développer des campagnes médiatiques s'appuyant sur de multiples canaux (impressions, radio, télévision, Internet, etc.)</i>	A	88, 142, 157	18, 41, 101, 138, 139
<i>Réguler les pratiques de marketing et de publicité alimentaires ciblant les enfants</i>	A		13, 20, 21, 102
<i>Développer l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages pour influencer les pratiques des industriels</i>	C		
<i>Implanter un climat favorable aux saines habitudes alimentaires dans les milieux de vie</i>	B	145	78
<i>Soutenir le rôle des coalitions et des organisations de plaidoyers faisant la promotion d'une saine alimentation</i>	B		120
<i>S'appuyer sur certains acteurs compte tenu de leur rôle de « modèle » pour la promotion des saines habitudes alimentaires</i>	C		63
Mesures ciblant l'environnement politique	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Instaurer des politiques nutritionnelles ciblant la production, le marketing et la distribution des aliments et des boissons</i>	A		
<i>Instaurer des politiques d'éducation alimentaire et des politiques favorisant une offre alimentaire de qualité en milieu scolaire</i>	A		3, 4, 6**, 78
<i>Instaurer des politiques pour une offre alimentaire de qualité et facilitant l'allaitement maternel dans les milieux de travail</i>	B		78
<i>Instaurer des politiques de formation et d'équipement favorisant la promotion de la santé dans les milieux de soins</i>	B		5
<i>Instaurer des politiques de production, de transformation et de distribution des aliments et des boissons favorables à la santé</i>	B		115
<i>Instaurer des politiques économiques, sociales et d'urbanisme favorables à l'alimentation, notamment des groupes défavorisés</i>	B	149	55, 78, 122
<i>Favoriser l'adoption de politiques d'entreprises responsables en matière de nutrition (notamment sur le plan marketing)</i>	C		

RECOMMANDATIONS SUR LA SAINE ALIMENTATION		INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES S'Y RAPPORANT (LISTE EN ANNEXE)	
LIBELLÉS DES RECOMMANDATIONS		RÉGIONAL	PROVINCIAL
Mesures ciblant l'environnement économique	NIVEAU*		
<i>Promouvoir l'accès à des aliments favorables à la santé à prix compétitif</i>	B	99	
<i>Limiter la surconsommation de certains aliments au moyen de taxes nutritionnelles</i>	D		
<i>Limiter la surconsommation de boissons sucrées au moyen d'une taxe dont les recettes seront réinvesties en promotion de la santé</i>	B		
<i>Promouvoir la production de fruits et de légumes au moyen de subventions agricoles</i>	C		
<i>Promouvoir une saine alimentation chez les jeunes en subventionnant les repas scolaires</i>	D ¹		
<i>Promouvoir une saine alimentation en stimulant l'installation de supermarchés dans les quartiers défavorisés</i>	C		
<i>Promouvoir la saine alimentation au moyen de programmes d'aide alimentaire</i>	D ²		42, 114, 121
<i>Encourager les assureurs à instaurer des contreparties financières stimulant l'adoption de comportements de santé</i>	E		

* La force de la recommandation est basée sur sa fréquence d'apparition dans notre corpus de documents internationaux ou sur le niveau de données probantes qui l'appuient. Pour davantage de précisions, consulter le chapitre précédent. Pour mémoire, voici la légende :

- A** **TRÈS ÉLEVÉ** : recommandations très fréquentes ou soutenues par des données probantes convaincantes
- B** **ÉLEVÉ** : recommandations fréquentes ou soutenues par des données probantes prometteuses
- C** **INTERMÉDIAIRE** : recommandations occasionnelles ou soutenues par des données probantes émergentes
- D** **DISCUTABLE** : recommandations équivoques ou soutenues par des données probantes mitigées
- E** **FAIBLE** : peu de recommandations ou peu de données probantes

** La mesure n°6 est ici rattachée à une recommandation visant le milieu scolaire, mais se déroule en milieu de garde

¹ Compte tenu des bénéfices plus larges associés à ces programmes, le maintien de leurs subventions est toutefois recommandé.

² Compte tenu de leurs nombreux bénéfices en matière de sécurité alimentaire, une promotion active de ces programmes auprès des groupes de population défavorisés est toutefois recommandée.

3.10.2 Promotion de l'activité physique

Lorsque l'on compare les interventions de promotion de l'activité physique mises en œuvre au Québec et les recommandations internationales en la matière, on note qu'un grand nombre de mesures de notre portrait (18) rejoignent les recommandations ayant trait à la promotion

de l'activité physique, des activités non sédentaires et du jeu actif à l'échelle individuelle (voir tableau 3.4). Par contre, nous n'avons pas recensé d'intervention québécoise portant sur le renforcement de l'enseignement en éducation physique dans les écoles, une option pourtant très documentée et incontestablement l'une des plus recommandées dans la littérature scientifique internationale. La promotion du transport actif est une recommandation internationale moins fréquente, mais elle est tout de même associée à quatre mesures de notre portrait.

On note que plusieurs mesures de l'*Expérience québécoise* rencontrent les recommandations internationales relatives à la promotion d'un environnement physique propice à l'activité physique. C'est le cas pour la recommandation portant sur l'offre d'animation, d'équipements et de matériel favorisant l'activité physique dans les milieux scolaires et de garde (10 mesures), celle portant sur l'offre de parcs et d'infrastructures de loisirs (6 mesures), et celle portant sur un système de transport favorable au transport actif (6 mesures).

Pour ce qui est de l'environnement socioculturel, nous avons recensé quelques mesures québécoises qui rejoignent les recommandations internationales relatives aux campagnes médiatiques. En revanche, nous avons identifié peu de mesures ciblant l'environnement politique, alors que de telles mesures ont le potentiel de modifier l'environnement physique afin que celui-ci soit plus favorable à l'activité physique. Par exemple, au Québec, des modifications dans la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme pourraient amener les acteurs municipaux à penser davantage l'environnement bâti selon des critères favorisant l'activité physique. Mais au Québec, beaucoup des mesures que nous avons répertoriées misent plutôt sur le renforcement de la capacité des parties prenantes, la formation, le développement d'outils et de guides, afin que les acteurs qui détiennent des leviers permettant d'agir directement sur l'environnement bâti (ce qui est rarement le cas des acteurs du domaine de la santé publique) puissent passer à l'action. Ce sont ces mesures qui, dans le tableau 3.4., sont associées aux recommandations internationales « Instaurer des politiques d'aménagement du territoire favorables à l'activité physique » et « Instaurer des politiques de transport favorables à l'activité physique ». À moyen terme, ces mesures pourraient favoriser la mise en œuvre d'interventions dans l'environnement politique, mais nous n'observons pas encore d'interventions de cet ordre dans notre portrait. Notons toutefois que, dans les conclusions du rapport sur les actions municipales discutées précédemment et non représentées dans notre tableau,

l'aménagement de pistes cyclables et de sentiers piétonniers est une orientation pour un grand nombre de municipalités et de MRC.

Enfin, pour ce qui est de l'environnement économique, nous n'avons recensé que deux mesures au Québec : le crédit d'impôt remboursable pour les activités des jeunes et le financement public soutenant le programme de vélo partagé BIXI. Par contre, nous devons souligner qu'une méthode de collecte de données différente aurait pu mener à des résultats différents. Par exemple, plusieurs municipalités offrent un accès gratuit à diverses activités physiques, telles que la baignade ou le patinage. Ces actions, si elles avaient été recensées dans notre portrait, pourraient faire écho à la recommandation « Instaurer des subventions ou gratuités facilitant l'accès à des activités physiques ou sportives de loisirs ».

TABLEAU 3.4: COMPARAISON DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES ET DES INTERVENTIONS DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE EN MATIÈRE DE PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

RECOMMANDATIONS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE		INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES S'Y RAPPORTANT (LISTE EN ANNEXE)	
LIBELLÉS DES RECOMMANDATIONS		RÉGIONAL	PROVINCIAL
Mesures ciblant les individus	NIVEAU*		
<i>Encourager l'usage des escaliers au moyen de signaux incitatifs dans tous les lieux et bâtiments</i>	A		
<i>Renforcer l'enseignement en éducation physique et sportive dans le milieu scolaire</i>	A		
<i>Promouvoir un mode de vie physiquement actif chez les jeunes en encourageant les activités non sédentaires et le jeu actif</i>	B	81	44, 46, 53, 57, 78, 113
<i>Promouvoir un mode de vie physiquement actif en encourageant le transport actif</i>	C	146, 128	38, 124
<i>Prévenir la sédentarité au quotidien en régulant le temps passé par les jeunes devant les écrans</i>	B		
<i>Promouvoir la participation des jeunes, des adultes et des familles à des activités physiques et sportives organisées</i>	B	127, 61	33, 54, 57 129, 109, 131, 159, 56, 52, 113, 73
<i>Renforcer les conseils personnalisés en promotion de l'activité physique, notamment par l'intermédiaire des professionnels de la santé</i>	B	162	12, 151

RECOMMANDATIONS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE		INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES S'Y RAPPORANT (LISTE EN ANNEXE)	
LIBELLÉS DES RECOMMANDATIONS		RÉGIONAL	PROVINCIAL
Mesures ciblant l'environnement physique	NIVEAU*		
<i>Élaborer une politique d'aménagement urbain favorable à l'activité physique</i>	A		
<i>Aménager les quartiers, les rues et les routes de manière à optimiser le potentiel piétonnier</i>	A	146	74
<i>Développer l'offre de parcs, d'aires de jeux et d'infrastructures de loisirs</i>	A		10, 11, 35, 39, 161
<i>Développer un système de transport urbain favorable aux déplacements actifs</i>	B	126, 134	38, 74, 125, 164
<i>Développer les programmes de pédibus scolaires</i>	B		67
<i>Développer l'offre d'animations, d'équipement et de matériel stimulant l'activité physique sur le temps scolaire et périscolaire</i>	A	61**, 83**, 87**, 95	52, 46, 64**, 110, 116**, 159**
<i>Construire des bâtiments favorables au mode de vie physiquement actif</i>	C		
<i>Éviter d'exposer les jeunes à des environnements physiques favorisant la sédentarité</i>	C		
<i>Inciter les industriels à développer une offre attrayante en jeux actifs et équipements sportifs pour tous les publics</i>	E		
Mesures ciblant l'environnement socioculturel	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Développer des campagnes médiatiques s'appuyant sur de multiples canaux (impressions, radio, télévision, Internet, etc.)</i>	A	88	18, 41, 76, 101
<i>Faire de la promotion de l'activité physique un domaine d'action publique prioritaire</i>	B		
<i>Développer une atmosphère favorable à l'activité physique dans les milieux de vie</i>	B		52, 78, 67, 131
<i>S'appuyer sur certains acteurs compte tenu de leur rôle de «modèle» pour la promotion de l'activité physique</i>	C		46
<i>Développer des stratégies de promotion de l'activité physique inclusives et équitables</i>	C		
<i>Soutenir le rôle des «champions», des coalitions et des organisations de plaidoyers</i>	C		120
<i>Interpeller les industriels et les médias afin qu'ils contribuent à la promotion de l'activité physique</i>	E		

RECOMMANDATIONS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE		INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES S'Y RAPPORTANT (LISTE EN ANNEXE)	
LIBELLÉS DES RECOMMANDATIONS		RÉGIONAL	PROVINCIAL
Mesures ciblant l'environnement politique	NIVEAU*		
<i>Développer des standards en matière de comportements actif et sédentaire</i>	B		
<i>Instaurer des politiques scolaires renforçant le temps d'activité physique en classe, lors des pauses et sur le temps périscolaire</i>	B		3, 4
<i>Instaurer des politiques renforçant le temps d'activité physique dans les milieux de garde</i>	B		6
<i>Instaurer des politiques renforçant l'offre d'activités physiques et sportives et facilitant l'accès aux infrastructures récréatives</i>	B		55, 78, 122
<i>Instaurer des politiques d'aménagement du territoire favorables à l'activité physique</i>	B	149	55, 74, 78, 122, 161
<i>Instaurer des politiques de transport favorables à l'activité physique</i>	B		7, 8, 55, 74, 78, 122
<i>Instaurer des politiques économiques et sociales visant à réduire les inégalités d'accès à la pratique d'activité physique</i>	C		
Mesures ciblant l'environnement économique	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Instaurer des subventions ou gratuités facilitant l'accès à des activités physiques ou sportives de loisirs</i>	B		
<i>Instaurer des crédits d'impôt stimulant la participation à des activités physiques ou sportives de loisirs</i>	D		103
<i>Instaurer des taxes visant à réduire la circulation en automobile</i>	E		
<i>Instaurer des subventions encourageant l'usage des transports publics ou actifs</i>	E	126	
<i>Renforcer le financement gouvernemental d'initiatives de grande envergure en promotion de l'activité physique</i>	C		
<i>Moduler les primes d'assurance santé afin de stimuler l'adoption de saines habitudes de vie</i>	E		

* La force de la recommandation est basée sur sa fréquence d'apparition dans notre corpus de documents ou sur le niveau de données probantes qui l'appuient. Pour davantage de précisions, consulter le chapitre précédent. Pour mémoire, voici la légende :

- A** **TRÈS ÉLEVÉ** : recommandations très fréquentes ou soutenues par des données probantes convaincantes
- B** **ÉLEVÉ** : recommandations fréquentes ou soutenues par des données probantes prometteuses
- C** **INTERMÉDIAIRE** : recommandations occasionnelles ou soutenues par des données probantes émergentes
- D** **DISCUTABLE** : recommandations équivoques ou soutenues par des données probantes mitigées
- E** **FAIBLE** : peu de recommandations ou peu de données probantes

** Mesures ne se déroulant pas durant le temps scolaire

3.10.3 Actions transversales

Dans notre portrait, un nombre important de mesures québécoises correspondent aux recommandations transversales que nous avons repérées dans la littérature scientifique internationale. Comme indiqué précédemment, le renforcement des capacités des parties prenantes est au cœur de l'approche québécoise (voir tableau 3.5). Nous avons recensé 27 mesures qui tentent de renforcer les capacités des professionnels québécois travaillant auprès des jeunes, notamment en milieu scolaire, et 22 mesures visant à renforcer les connaissances et les compétences des parties prenantes dans la communauté. Un autre élément fort de convergence entre les recommandations internationales et l'*Expérience québécoise* est l'accent mis sur l'approche intersectorielle. Nous avons associé 11 mesures québécoises à la recommandation «Adopter une approche mobilisant de nombreux secteurs d'activités et de nombreux acteurs à l'échelle nationale, régionale et locale».

Au Québec, une approche globale intégrant la promotion des saines habitudes de vie à d'autres domaines d'intervention complémentaires se retrouve, quant à elle, dans l'approche *École en santé* et dans le programme de soutien qui l'accompagne. De plus, deux mesures se présentent explicitement comme des approches systémiques reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'intervention : le PAG et les normes d'*Entreprises en santé*.

Sous la catégorie «Leadership, gouvernance et transparence», nous avons associé six mesures québécoises à la recommandation internationale «Favoriser la mise en place de structures de concertation et de coordination dédiées aux paliers gouvernemental et local». Nous devons ajouter à cela le travail de soutien de Québec en Forme aux regroupements locaux de partenaires, qui va exactement dans le même sens. En effet, l'investissement que Québec en Forme a fait en soutenant la mobilisation des communautés favorise la participation des représentants de la communauté et du public ciblé à la planification de l'action.

Par ailleurs, deux mesures québécoises interreliées ont un objectif de mobilisation de ressources : l'établissement du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie et Québec en Forme. En revanche, aucune des mesures québécoises recensées n'est associée à des recommandations en matière d'«Équité et inclusion», mais cela n'indique pas nécessairement que cette préoccupation est absente de l'approche québécoise.

Sans que cela soit central, elle peut être intégrée à de nombreuses interventions.

Enfin, nous n'avons pas recensé de mesures québécoises associées à la catégorie de recommandations « Vision à long terme et pérennisation » et seulement une mesure se classe dans la catégorie « Contextualisation et établissement de priorités », c'est-à-dire le Programme national de santé publique (PNSP). Nous avons associé quelques mesures aux recommandations en matière de « recherche, surveillance et évaluation », mais comme nous en discuterons dans la section suivante, l'évaluation de l'impact des interventions mises en œuvre au Québec demeure un défi à relever plutôt qu'une pratique implantée de façon systématique.

TABLEAU 3.5: COMPARAISON DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES ET DES INTERVENTIONS DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE VISANT DES DIMENSIONS TRANSVERSALES

RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES		INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES S'Y RAPPORTANT (LISTE EN ANNEXE)	
LIBELLÉS DES RECOMMANDATIONS		RÉGIONAL	PROVINCIAL
Approche globale et systémique	NIVEAU*		
<i>Adopter une approche globale intégrant la promotion des saines habitudes de vie à d'autres domaines d'intervention politique complémentaires</i>	B		32, 40
<i>Adopter une approche systémique reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'intervention</i>	A		36, 37
Approche intersectorielle et intégrée	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Adopter une approche mobilisant de nombreux secteurs d'activités et de nombreux acteurs à l'échelle nationale, régionale et locale</i>	A	91, 166, 98, 147, 148, 155, 165	24, 25, 26, 37
<i>Adopter une démarche préventive intégrée de « santé dans toutes les politiques »</i>	B		107
Leadership, gouvernance et transparence	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Renforcer le leadership des responsables politiques, des autorités et des acteurs de santé publique</i>	B		
<i>Favoriser la mise en place de structures de concertation et de coordination dédiées aux paliers gouvernemental et local</i>	B	98, 166	24, 25, 26, 112
<i>Favoriser la participation des représentants de la communauté et du public ciblé à la planification de l'action</i>	B		
<i>Renforcer la transparence et la responsabilité de toutes les parties prenantes, notamment du secteur privé</i>	B		

RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES		INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES S'Y RAPPORTANT (LISTE EN ANNEXE)	
LIBELLÉS DES RECOMMANDATIONS		RÉGIONAL	PROVINCIAL
Contextualisation et établissement de priorités	NIVEAU*		
<i>Faire de la promotion des saines habitudes de vie et de la prévention de l'obésité une priorité</i>	B		111
<i>Établir des objectifs prioritaires d'intervention en tenant compte des données probantes disponibles</i>	A		
<i>Établir des objectifs prioritaires d'intervention en tenant compte de la situation sanitaire et des interventions en cours</i>	A		
<i>Développer les interventions en tenant compte des caractéristiques et des besoins de la population ciblée</i>	A		
<i>Tenir compte de la faisabilité et de l'acceptabilité sociale et politique des interventions</i>	B		
Équité et inclusion	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Développer un ensemble d'interventions permettant de toucher à la fois la population générale et des groupes plus spécifiques</i>	A		
<i>Rendre prioritaire l'intervention auprès de certains groupes d'âge, en particulier les jeunes</i>	B		
<i>Réduire les inégalités territoriales de santé en matière d'offre alimentaire, d'environnement bâti et de services favorables à l'activité physique</i>	B		
<i>Réduire les inégalités de santé liées au genre, à l'éducation ou aux aptitudes de certains publics</i>	C		
<i>Veiller à ne pas accroître les inégalités de santé lors du recours à certaines mesures de prévention</i>	C		
Mobilisation de ressources	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Mobiliser des ressources humaines qualifiées et s'appuyer sur des structures existantes à l'échelle de la communauté</i>	C		
<i>Mobiliser des financements dédiés à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention de l'obésité</i>	B		104, 112
<i>Solliciter une réallocation de fonds en provenance d'autres secteurs au profit de la santé publique</i>	B		
Renforcement de la capacité des parties prenantes	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Renforcer les capacités des professionnels travaillant auprès des jeunes, notamment en milieu scolaire</i>	A	80, 82, 85, 86, 89, 90, 96, 94, 136	2, 15, 16, 22, 23, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 58, 66, 68, 70, 72, 75, 137
<i>Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de la santé</i>	B		71

RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES		INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES S'Y RAPPORTANT (LISTE EN ANNEXE)	
LIBELLÉS DES RECOMMANDATIONS		RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Renforcer les connaissances et les compétences de toutes les parties prenantes dans la communauté</i>	B	80, 133	1, 2, 17, 28, 29, 30, 31, 34, 43, 49, 51, 65, 74, 123, 132, 137, 152, 153, 158, 163
<i>Renforcer les capacités des acteurs intervenant auprès des populations vulnérables</i>	C		
Vision à long terme et pérennisation	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Favoriser une approche préventive «tout au long de la vie»</i>	B		
<i>Favoriser la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions sur le long terme</i>	A		
<i>Favoriser un financement pérenne des interventions</i>	C_I		
Recherche, surveillance et évaluation	NIVEAU*	RÉGIONAL	PROVINCIAL
<i>Poursuivre et approfondir la recherche sur les saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité</i>	A		27, 69, 130
<i>Consolider les dispositifs de surveillance des habitudes de vie et du statut pondéral</i>	A		
<i>Systématiser et renforcer l'évaluation de processus et des impacts des interventions</i>	A	154, 156	

* La force de la recommandation est basée sur sa fréquence d'apparition dans notre corpus de documents ou sur le niveau de données probantes qui l'appuient. Pour davantage de précisions, consulter le chapitre précédent. Pour mémoire, voici la légende :

- A** **TRÈS ÉLEVÉ** : recommandations très fréquentes ou soutenues par des données probantes convaincantes
- B** **ÉLEVÉ** : recommandations fréquentes ou soutenues par des données probantes prometteuses
- C** **INTERMÉDIAIRE** : recommandations occasionnelles ou soutenues par des données probantes émergentes
- D** **DISCUTABLE** : recommandations équivoques ou soutenues par des données probantes mitigées
- E** **FAIBLE** : peu de recommandations ou peu de données probantes

3.11 CONSTATS ÉMERGENTS DES RAPPORTS D'ÉVALUATION

Le corpus de 276 publications utilisé pour bâtir notre portrait de l'*Expérience québécoise* inclut 37 documents⁹ évaluant chacun une intervention et 8 documents d'évaluation portant sur plusieurs interventions à la fois et qui tentent de tirer des leçons plus générales sur l'*Expérience québécoise* (St-Laurent et collab., 2013; Lelièvre, 2012; Bernier, 2011; St-Pierre et collab., 2012; Lapierre et Dionne, 2014; Sasseville, 2014; Lamari et collab., 2014; Lemire et Morissette, 2014).

Dans cette section, notre objectif est de présenter des constats communs et des éléments qui ressortent de façon marquée dans ces évaluations, que ce soit en matière de contexte d'implantation ou des actions comme telles. Nous avons identifié six constats relatifs à la meilleure manière de faciliter l'action intersectorielle pour les saines habitudes de vie (voir 3.11.1). Au-delà de ces constats sur l'action intersectorielle, nous avons identifié seulement deux constats communs quant aux facteurs qui ont facilité la mise en œuvre des interventions et aux facteurs qui l'ont entravé (voir 3.11.2).

Notons que les évaluations qui portent sur une seule intervention sont très majoritairement des évaluations de mise en œuvre, aussi nommées «évaluations d'implantation». L'objectif de ce type d'évaluation est d'examiner si les activités prévues ont été réalisées, ou lorsque l'intervention est plus large (p. ex., un cadre de référence, une politique), de faire un bilan des activités réalisées sous son égide. Lorsque ces rapports ne vont pas plus loin, ils ne permettent pas de tirer de conclusions quant à l'impact de l'intervention ou des interventions mises en œuvre.

Des 37 évaluations recensées, nous en avons identifié 10 qui incluent des mesures d'efficacité intermédiaire ou finale des interventions (Gauvin

9. Association québécoise du loisir municipal, 2012; ASSS-Montréal, 2012; Auger et collab., 2013; Bisset et collab., 2008; Blanchet-Cohen et Trudel, 2012; Babeux et Jalbert, 2011; Belzile, 2009; Beaudry et Schaffer, 2008; Bergeron et Paquette, 2013; Carrefour action municipale et famille, 2013; Czaplicki et collab., 2012; Charest, 2010; Dorray et Chaumette, 2008; Deschesnes et collab., 2012; Extenso, 2011; Fontaine, 2011; Gaudet et collab., 2012; Gauvin et Steiger, 2012; Jalbert et collab., 2008; Laperrière et Martel, 2010; Lemay et Dion (JFL Consultants), 2013; Lemay et Gosselin, 2012; Lemay et Gosselin, 2013; Lemelin, 2014; Marquis et Grand, 2012; MELS, 2007; MELS, 2012; MESRST, 2013; Potvin et collab., 2011; Richard et collab., 2011; Royer et collab., 2009; Royer et collab., 2011; Roberge et Choinière, 2009; RSEQ, 2013; Toupin, 2012; Thibaudeau et Joly, 2013; Viens et Smuga, 2014; Czaplicki et collab., 2012; Laperrière et Martel, 2010.

et Steiger, 2012; Bisset et collab., 2008; Potvin Kent et collab., 2011; Potvin-Kent, 2012; Auger et collab., 2013; Gaudet et collab., 2013; Blanchet-Cohen et Trudel, 2012; Provencher et collab. 2009; Czaplicki et collab. 2012; Laperrière et Martel, 2010). Dans la dernière partie de cette section (voir 3.11.3), nous présentons brièvement les résultats de ces rapports.

3.11.1 Facteurs influençant le travail intersectoriel

Plusieurs rapports soulignent que la collaboration intersectorielle, même si elle est cruciale, est souvent difficile, qu'elle se situe à l'échelle locale, régionale ou nationale (St-Laurent et collab., 2013; St-Pierre, Lelièvre, 2012; Lapière et Dionne, 2014). Ainsi, dans le rapport de St-Laurent et collab. (2013) évaluant la mise en œuvre du PAG, les auteurs concluent que deux des facteurs les plus contraignants pour l'implantation du PAG étaient «les divergences entre les missions, les mandats, les logiques sectorielles, les cultures et les modes de fonctionnement des ministères et organismes, qui rendent difficile l'atteinte d'une vision, d'un langage et d'objectifs communs (et) la culture organisationnelle des ministères axée sur le travail «en silo», qui nuit à la concertation, à la collaboration et au partenariat».

Les rapports d'évaluations que nous avons recensés identifient les éléments suivants comme étant favorables à la collaboration intersectorielle, afin d'atteindre des objectifs en promotion des saines habitudes de vie.

- 1) Étant donné que l'intersectorialité exige que les organisations travaillent à l'extérieur des normes convenues dans leurs mandats, elle requiert que les instances centrales (p. ex., Conseil du trésor) et les leaders politiques signalent très clairement qu'il s'agit là d'un **nouveau mandat** (Bernier, 2011; St-Pierre et collab., 2012; Lapière et Dionne, 2014). Il s'agit donc de créer de nouveaux incitatifs à la collaboration (St-Pierre, 2012, p. 24; Lapière et Dionne, 2014, p. 31).
- 2) Une **définition très claire des rôles** et responsabilités des partenaires de la collaboration intersectorielle est essentielle. Étant donné qu'il s'agit de nouvelles manières de faire, on se doit d'être très explicite sur ce qui est attendu de tous les partenaires (St-Laurent et collab., 2013, p. 2; Lelièvre, 2012, p. viii). De même, les structures

de concertation doivent être formalisées (Lelièvre, 2012, p. viii; St-Laurent et collab., 2013 p. 89; Lapierre et Dionne, 2014). Il importe de mettre à profit les structures de collaboration sectorielle déjà existantes afin d'éviter de sursolliciter les partenaires (Sasseville, 2014).

- 3) Un facteur qui favorise la collaboration intersectorielle est la **stabilité des acteurs**. Cependant, plusieurs notent le fort roulement du personnel dans les organisations publiques et communautaires, ce qui fragilise souvent les partenariats (Royer et collab., 2009; Lapierre et Dionne, 2014, p. 25).
- 4) Viser l'atteinte de **résultats tangibles** et concrets à court terme est aussi proposé comme un facteur facilitant le travail intersectoriel (Royer et collab., 2009; St-Laurent et collab., 2013).
- 5) Le **leadership** du Directeur national de santé publique et des Directeurs régionaux est aussi relevé comme un facteur-clé, car s'il est important que les partenaires proviennent d'une multitude de secteurs, les acteurs de santé publique doivent néanmoins souvent jouer un rôle de coordination ou de leadership pour démarrer et animer les collaborations (St-Laurent et collab., 2013). Leur rôle en ce qui concerne la source d'expertise a aussi été souligné par les acteurs municipaux (Sasseville, 2014, p. 41-42). Le leadership du MSSS est aussi souhaité par les municipalités. Il est attendu dans un rôle de coordination, en offrant par exemple un guichet unique aux acteurs municipaux qui veulent intervenir sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (Sasseville, 2014, p. 40).
- 6) Finalement, on souligne le besoin de trouver des points de **convergence entre les objectifs des différents partenaires** afin de soutenir la collaboration dans le temps, de manière à ce que les «différents secteurs réalisent qu'ils ont besoin de trouver une solution commune et cohérente à leurs problèmes respectifs» (St-Pierre, 2012, p. 37; Babeux et Jalbert, 2011, p. 124; Sasseville, 2014).

3.11.2 Facteurs influençant la mise en œuvre des interventions

3.11.2.1 Les ressources financières

Sans surprise, on note que plusieurs évaluations soulignent l'importance des ressources financières pour faciliter la mise en œuvre des interventions. Ainsi, la création du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie en 2007, doté d'un budget de 480 millions de dollars sur 10 ans, est un élément-clé qui a contribué à la mise en œuvre d'interventions au Québec durant la période examinée. St-Laurent et collab. (2013, p. 1) soulignent qu'il s'agit là d'un des éléments importants pour faciliter la mise en œuvre du PAG « considéré comme un levier puisqu'il permet de financer des projets complémentaires aux actions prévues dans le PAG ». Ce financement était d'autant plus important qu'aucune ressource financière additionnelle n'a été accordée pour la mise en œuvre du PAG, ce qui a eu comme conséquence que plusieurs interventions présentées comme relevant du PAG étaient des actions déjà planifiées par les ministères et les organismes publics (St-Laurent, 2013, p. 48, Lamari et collab., 2014, p. v). Un pan important de l'*Expérience québécoise* ici décrite dépend donc du financement de Québec en Forme.

Plusieurs évaluations soulignent le manque de ressources financières et humaines comme un obstacle à la mise en œuvre des interventions :

- Dans son évaluation des mécanismes de concertation régionale en saines habitudes de vie, Lelièvre (2012) indique que les ressources humaines et financières varient grandement d'une région à l'autre, ce qui explique un degré de mise en œuvre très variable.
- Charest et collab. (2010), dans leur évaluation du Programme de soutien aux fédérations sportives québécoises, notent qu'étant donné les montants accordés, les fédérations ne sont pas en mesure d'augmenter leur travail et leur résultat dans les sphères de l'initiation à la pratique sportive et de la récréation, et se concentrent plutôt sur le sport compétitif et d'élite.
- De même, l'évaluation de *Fruits et légumes en vedette*, qui est un programme d'accompagnement et de communication pour encourager les restaurateurs à améliorer leur offre de fruits et de légumes, note que les restaurateurs souhaiteraient que la DSP offre le soutien d'une nutritionniste pour la conception de leurs menus dans le cadre de l'intervention (Babeux et Jalbert, 2011, p. 122). Les répondants

des DSP rencontrés par les évaluateurs indiquent que les ressources humaines disponibles ne permettent pas un tel soutien.

- Belzile (2009), évaluant le déploiement des agents de Kino-Québec à l'échelle locale dans les CSSS, note le manque de ressources humaines (et d'expertise) afin de pouvoir travailler sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie.
- Dans l'évaluation du déploiement de l'approche *École en santé* (Deschesnes et collab., 2008), il est signalé que l'allocation de ressources durables servirait non seulement de signal clair envoyé aux écoles quant à la volonté des autorités centrales, mais permettrait aussi la formation des acteurs locaux qui ne se sentent pas outillés pour mettre en œuvre l'approche dans leurs écoles.

Finalement, on note également un enjeu de distribution des ressources financières. Nous avons précédemment indiqué que les règles établissant Québec en Forme stipulaient que 75 % des fonds devaient être utilisés pour soutenir des actions à l'échelle locale. Le rapport d'évaluation du PAG préparé par St-Laurent et collab. (2013) recommande une redistribution plus équilibrée des ressources entre les divers paliers engagés dans l'intervention (national, régional et local).

3.11.2.2 *Arrimage entre les cadres de référence structurant l'Expérience québécoise*

Le deuxième constat qui émerge de notre lecture de l'ensemble des rapports d'évaluation est le besoin d'arrimage entre les trois grands cadres de référence qui orientent les acteurs publics dans leur travail sur les saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité (Lelièvre, 2012; Lemire et Morrisette, 2014). Le Plan d'action gouvernementale (PAG), les orientations de Québec en Forme et le Plan national de santé publique (PNSP) et sa mise en œuvre par des plans d'action régionaux et locaux sont les trois cadres de référence. L'un des rapports souligne : « On ne trouve pas toujours de continuité et de complémentarité entre le PAG et les stratégies mises en place préalablement à son déploiement. De la part de la majorité des acteurs régionaux concernés et plus particulièrement du secteur de la santé, le PAG est vécu comme une initiative supplémentaire et comme une activité de concertation de plus qui peut même parfois porter ombrage à ce qui existait déjà... » (Lelièvre, 2012, p. 10). Une clarification de leur arrimage et un processus conjoint de planification stratégique sont proposés comme des éléments de contexte qui seraient

facilitants pour le travail sur le terrain et afin d'assurer un développement et des investissements à long terme.

3.11.3 L'efficacité des mesures mises en œuvre

La majorité des évaluations que nous avons examinées ne mesurait pas l'efficacité ou l'impact des interventions, mais plutôt leur processus d'implantation. Par contre, certaines études interrogeaient les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions afin d'analyser leurs perceptions quant à l'efficacité de leurs actions. De façon générale, les perceptions sont positives. Par exemple, l'étude de Lapierre et Dionne (2014) porte sur 82 interventions¹⁰ mises en œuvre au Québec. Elle inclut une évaluation des perceptions des organisations responsables d'interventions à partir d'entrevues auprès de 32 acteurs. Cette évaluation collige les perspectives des acteurs quant à la pertinence, l'efficacité et l'efficience des interventions mises en œuvre. La très grande majorité des acteurs perçoivent leurs actions comme ayant des impacts positifs (p. 110-115). Cependant, il est difficile de valider cette évaluation favorable par des mesures objectives, car comme les auteures le soulignent, très peu d'interventions ont été sujettes à des évaluations sur les effets escomptés (Lapierre et Dionne, p. 21).

L'enjeu de l'évaluation de l'impact des interventions a aussi été soulevé par Lamari et collab. (2014). Ils soulignent, après l'examen de 24 politiques publiques en promotion des saines habitudes de vie au Québec, l'absence d'effets attendus clairement définis et spécifiques lors de l'établissement de ces politiques, de même que l'absence d'analyse des effets des interventions, de leur efficacité et de leur efficience (Lamari et collab., 2014, p. 74-76).

Notre recherche documentaire a permis d'identifier 10 publications qui incluent des mesures d'efficacité intermédiaire ou finale des interventions de notre portrait :

- Blanchet-Cohen et Trudel (2012) ont évalué le projet *Quartiers verts, actifs et en santé* mené par le Centre d'écologie urbaine de Montréal avec le soutien financier de Québec en Forme. Ce projet faisait la promotion des bonnes pratiques pour favoriser le déplacement actif

10. Notons que leur échantillon de mesures inclut aussi des interventions qui ne relevaient pas de l'action publique, mais uniquement d'organisations communautaires.

par du plaidoyer et de l'accompagnement. L'évaluation a examiné les plans d'aménagements des quartiers visés et a constaté des changements qui correspondent aux effets escomptés. Tous les quartiers visés ont ajouté des mesures d'apaisement de la circulation et de sécurisation des abords des écoles dans leurs plans d'aménagement.

- Une évaluation des initiatives pour améliorer l'accès aux fruits et légumes frais sous l'égide du Programme de soutien au développement de la sécurité alimentaire de la DSP de Montréal a, quant à elle, sondé les utilisateurs des initiatives (marchés, épiceries, agriculture urbaine) (Gaudet et collab., 2013). Ils ont observé que 40% des répondants rapportaient consommer plus de fruits et légumes grâce à l'initiative.
- L'évaluation du projet *Bien manger, bien bouger en Estrie* a mené une tournée photographique des parcs municipaux de la région avant et après l'intervention de formation et d'offre d'outils de diagnostic afin de vérifier si des changements avaient été apportés aux équipements récréatifs et sportifs (Auger et collab., 2013). Ils ont constaté que 66% des municipalités avaient réalisé des travaux d'amélioration durant la période visée, et que 86% de ces changements respectaient au moins l'une des recommandations d'experts.
- Deux articles scientifiques évaluent l'impact de la Loi sur la protection du consommateur qui interdit la publicité ciblant les enfants de moins de 13 ans, en comparant l'exposition à la publicité des enfants québécois à l'exposition des enfants ontariens (Potvin-Kent et collab., 2011; Potvin-Kent, 2012). Les résultats indiquent que cette mesure ne réduit pas l'exposition des enfants québécois francophones aux publicités sur les aliments et les boissons. Par contre, ils montrent que les techniques de marketing ciblant très directement les enfants sont moins utilisées au Québec et que la composition nutritionnelle des aliments auxquels les enfants sont exposés par la publicité au Québec est marginalement meilleure.
- Bisset et collab. (2008) ont étudié le programme *Petits cuistots-Parents en réseaux* qui est un atelier de nutrition et de préparation culinaire visant les enfants du primaire et leurs parents. Ils ont interrogé près de 400 participants et ont constaté des impacts positifs sur plusieurs des objectifs intermédiaires de l'intervention: amélioration de la

connaissance de la valeur nutritive des aliments, attitudes positives quant à l'essai de nouveaux aliments, perception de la compétence culinaire.

- Gauvin et Steiger (2012) ont évalué la notoriété publique, l'acceptabilité et la perception de l'efficacité de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée dans un sondage auprès de 1003 adultes québécois au printemps 2010. Ils ont constaté que plus de 35 % des répondants connaissaient la Charte, et que la majorité la percevait comme une mesure acceptable et potentiellement influente.
- Finalement, la campagne médiatique *Vas-y, fais-le pour toi*, menée entre 2004 et 2008, a été évaluée par une équipe d'universitaires afin de mesurer si elle entraînait un changement dans les intentions de changements de comportements en matière d'activité physique et de saine alimentation (Czaplicki et collab., 2012). Des 603 enfants interrogés, 78 % connaissaient la campagne, ce qui indique une campagne très visible. Un tiers des jeunes connaissant la campagne indiquaient leurs intentions de changer un ou deux des comportements abordés. Les plus jeunes étaient les plus réceptifs.

En somme, ce chapitre a proposé un tour d'horizon de l'*Expérience québécoise* en prévention de l'obésité depuis 2006. Un portrait macroscopique des mesures mises en œuvre à l'échelle provinciale, régionale et locale a été présenté et comparé avec les recommandations internationales recensées dans le chapitre 2. Les faits saillants des rapports d'évaluation de certaines mesures ont également été présentés. Cette analyse a permis de souligner des points forts et des défis.

Dans le chapitre suivant, nous présentons les résultats d'un processus délibératif qui s'est appuyé sur cette analyse comparative ainsi que sur des experts et des parties prenantes de l'*Expérience québécoise* pour aboutir à des propositions pour «faire mieux» en matière de promotion des saines habitudes de vie et de prévention de l'obésité au Québec.

CHAPITRE 4

Processus délibératif

4.1 OBJECTIFS DE CE CHAPITRE

Le projet « *Comment faire mieux?* » (CFM) vise deux principaux objectifs. Les chapitres 2 et 3 de cet ouvrage se concentrent sur le premier objectif : dresser un portrait de l'*Expérience québécoise*¹ en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité, et le comparer aux recommandations et bonnes pratiques internationales. Le présent chapitre et le suivant se penchent sur le deuxième objectif : identifier des pistes d'amélioration pour la mise en œuvre d'interventions en cours ou à venir au Québec.

4.2 MÉTHODOLOGIE

Afin d'atteindre le deuxième objectif du projet CFM, nous nous sommes heurtés au défi de formuler des propositions tenant compte à la fois des données probantes à l'échelle internationale, des pratiques actuelles et du contexte québécois. Les processus délibératifs sont proposés comme une stratégie prometteuse afin de relever ce défi. On les définit notamment comme des processus « permettant à un groupe d'acteurs de recevoir et d'échanger de l'information, de faire l'examen critique d'un enjeu et d'en venir à une entente qui guidera la prise de décision ». De ce fait, ils permettent une coproduction et une co-interprétation des résultats de la recherche (Gauvin, 2009).

1. Pour mémoire, dans cet ouvrage, l'*Expérience québécoise* est définie comme l'ensemble des politiques, des programmes et des interventions publiques (possiblement en collaboration avec les secteurs associatifs ou privés) ayant notamment pour objectif la promotion de saines habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique, d'image corporelle ou la prévention de l'obésité

Nous avons donc mis en œuvre un processus délibératif en deux temps, auquel 25 experts et parties prenantes ont participé. Le premier moment s'est déroulé sous la forme d'un forum organisé à l'Université Laval les 15 et 16 décembre 2014. Ces deux journées furent consacrées à des échanges et des dialogues visant à faire émerger des propositions quant aux actions publiques à ajouter, à renforcer, à modifier ou à abandonner, l'objectif étant de mettre en œuvre les propositions susceptibles d'avoir le plus d'impact à court, moyen et long terme au Québec. En préparation du forum, une version préliminaire des chapitres 2 et 3 de ce rapport a été envoyée aux participants. Ce rapport synthèse préliminaire était accompagné d'une version abrégée. Il a servi de point de départ pour le forum et de cadre pour structurer les échanges.

Lors de la constitution d'un groupe délibératif, il est recommandé de favoriser la participation d'une diversité de milieux, d'organisations, et d'expertises relativement au champ d'action à l'étude. Nos critères de sélection incluaient l'excellence scientifique, l'expérience en santé publique et en promotion des saines habitudes de vie (ou autres champs pertinents), ainsi que l'expérience dans les processus de prise de décision. Étant donné que le nombre maximum de participants à un forum délibératif est limité, cet exercice ne prétend pas être exhaustif quant à la représentation des différents types de parties prenantes pouvant avoir une influence sur la promotion des saines habitudes de vie.

Avec le soutien du comité directeur du projet CFM et du Comité scientifique sur la prévention de l'obésité², une liste initiale d'organisations et de compétences a été dressée dans l'objectif d'aboutir à une sélection finale de participants offrant une diversité de perspectives et d'expériences. Ainsi, des gestionnaires et professionnels d'organisations gouvernementales et non gouvernementales œuvrant dans de multiples secteurs (incluant la santé et les services sociaux; l'éducation; les loisirs et les sports; le transport; l'agriculture) ont été sollicités. En parallèle, il a été proposé à tous les membres du Comité scientifique susmentionné (dont l'essence même est de représenter une grande diversité d'expertise au sujet de l'obésité et des habitudes de vie) de participer au forum. En

2. Ce comité a été consulté à trois reprises durant le déroulement du projet «Comment faire mieux?» (voir encadré 1.3 et figure 1.3). Ces consultations ont permis de recevoir des conseils sur la synthèse des connaissances, sur l'inventaire des mesures mises en œuvre au Québec, sur la planification du processus délibératif et sur les propositions qui sont ressorties du forum.

complément, d'autres chercheurs ont été contactés. La composition finale du groupe (voir annexe 6) fut tributaire de l'acceptation et de la disponibilité des personnes sollicitées.

Finalement, les sept chercheurs universitaires présents au forum œuvrent dans des établissements québécois et proviennent d'horizons disciplinaires variés, tels que l'architecture, la nutrition, l'analyse des politiques publiques et la kinésiologie. Quatre de ces chercheurs universitaires sont membres du Comité scientifique sur la prévention de l'obésité. Par ailleurs, le forum délibératif a accueilli 15 participants provenant d'organisations publiques et privées impliquées dans l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions et de politiques publiques. À ce groupe se sont ajoutés trois experts européens en saines habitudes de vie qui ont offert un regard extérieur sur les stratégies à envisager dans le contexte québécois. La liste finale des participants et leur affiliation se trouvent à l'annexe 6. L'animation du forum, prise en charge par les deux cochargés du projet CFM avec le soutien du conseiller de l'équipe projet, a essentiellement consisté à rappeler les principaux points de conclusion issus des chapitres 2 et 3 du présent ouvrage et à stimuler les échanges sur les contenus présentés dans ces chapitres.

Les échanges entre les participants n'ont pas été enregistrés sous une forme électronique, mais ont été pris en notes. Trois rapporteuses ont suivi les deux journées d'échanges. Il fut convenu au préalable que le contenu des prises de parole, la liste des participants au forum ainsi que leurs affiliations pourraient être inclus dans les synthèses écrites, présentations orales et publications scientifiques à caractère public faisant référence au forum délibératif. En revanche, les propos et informations intégrés dans le contenu de ces synthèses, présentations et publications ne seront pas associés aux noms et aux affiliations des participants qui en sont à l'origine. Tous les participants ont rempli un formulaire de consentement à cet effet.

À la suite de ces deux journées d'échanges, le contenu des prises de note a été analysé de manière thématique par l'équipe du projet CFM, en tenant compte des convergences et des divergences de vues manifestées lors du forum. Cette analyse a permis de faire ressortir et de formuler plus de 60 propositions. On notera que la structure de présentation de ces propositions diffère de celle utilisée dans les chapitres précédents de ce livre. En effet, à la fin de la première journée du forum délibératif, nous avons constaté qu'une structure d'animation par milieu de vie plutôt

qu'une structure fondée seulement sur les quatre types d'environnements favorables aux saines habitudes de vie était plus propice aux échanges. Nous avons donc remanié la présentation des propositions qui avaient été faites durant la première journée et avons convenu avec les participants de structurer les discussions de la deuxième journée autour des différents milieux de vie, tout en nous assurant que tous les thèmes préalablement identifiés seraient bel et bien abordés. Les propositions présentées dans ce chapitre sont donc organisées selon cette structure remaniée.

Par ailleurs, à l'issue du forum, une consultation supplémentaire avait été suggérée par les participants afin que chacun puisse préciser et pondérer ses opinions sur les différentes propositions énoncées. Ce faisant, l'équipe du projet CFM serait en mesure de mieux refléter la position du groupe délibératif dans son rapport final et de tenir compte de cette position lors de la formulation des pistes qu'elle jugerait les plus pertinentes pour répondre à la question « Comment faire mieux? ». Par conséquent, un sondage en ligne anonyme a été préparé en utilisant le logiciel Fluidsurveys^{MD}. Sa durée moyenne de remplissage fut estimée à une trentaine de minutes. Nous avons soumis la liste de propositions au groupe de participants au forum en leur demandant de sélectionner les propositions qui leur apparaissaient comme prioritaires ou particulièrement pertinentes. Nous leur avons suggéré huit critères afin de guider leur choix : efficacité, effets indésirables, équité, coûts, faisabilité, acceptabilité, pérennité, évaluabilité. Ces critères sont essentiellement extraits ou adaptés d'un cadre d'analyse développé par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS, Morestin et collab., 2010, p.5-11)³. Les participants pouvaient ajouter des commentaires à cet effet dans chaque partie du questionnaire. Nous avons inclus les définitions de ces critères dans le sondage, tel qu'elles apparaissent ci-dessous :

- > **EFFICACITÉ** : est ici appréciée la probabilité qu'une intervention atteigne ses objectifs, c'est-à-dire, dans le cas du projet CFM, la probabilité qu'une intervention contribue à l'adoption et au maintien de

3. Dans ce cadre, une « politique publique » s'entend plus largement comme une « action [...] stratégique favorable [à la santé] menée par une autorité publique afin d'atténuer ou de favoriser certains phénomènes se manifestant dans la population » (Morestin et collab., 2010, p.3). Ce cadre s'intéresse à la fois aux effets de l'intervention étudiée (efficacité, effets non recherchés, équité) et aux enjeux entourant son application (coûts, faisabilité, acceptabilité). La dimension « pérennité » est plus transversale. Enfin, la dimension « évaluabilité » est empruntée à Leclerc (2012, p. 60-61).

saines habitudes de vie et à la prévention de l'obésité au Québec. Si possible, il convient de préciser les indicateurs considérés (par exemple, les connaissances, les comportements, la santé mentale, le poids, etc.). D'autres effets positifs pour la santé publique ou d'autres secteurs (éducation, transport, etc.) peuvent être pris en compte.

- > **EFFETS INDÉSIRABLES** : est ici apprécié le risque qu'une intervention produise des effets non recherchés pouvant être considérés comme indésirables (p. ex., les risques d'accident sur les aires de jeux).
- > **ÉQUITÉ** : est ici apprécié le risque qu'une intervention pose des problèmes d'équité, c'est-à-dire le risque qu'elle produise des effets différents (positifs ou négatifs) dans la population en fonction de l'âge, du genre, du statut socioéconomique, du territoire, etc. Ce faisant, l'intervention pourrait créer ou accroître des inégalités de santé. Il est important de tenir compte de l'équité et pas seulement de l'efficacité, parce qu'il est souvent observé que des politiques publiques améliorent en moyenne la santé de la population, mais augmentent les inégalités en matière de santé.
- > **COÛTS** : est ici apprécié le montant des coûts financiers associés à l'application d'une intervention. Ceux-ci peuvent être négatifs (dépendances) ou positifs (gains). Au-delà des coûts financiers assumés par le gouvernement pour l'appliquer, il faut également prendre en compte les coûts pour les autres acteurs touchés par cette intervention : ceux qui la mettent en œuvre et ceux qu'elle affecte directement ou indirectement.
- > **FAISABILITÉ** : est ici appréciée la faisabilité technique de l'intervention. Selon Morestin et collab. (2010, p.8), la faisabilité dépend d'une part « [...] de la conformité de l'intervention étudiée avec la ou les législations concernées » et d'autre part, « [...] l'existence préalable de programmes pilotes sur le même sujet est à la fois un indice de faisabilité et un élément facilitant si [l'intervention en question] peut prendre appui sur l'expérience et la structure de ces programmes ». Morestin et collab. (2010, p.8) notent par ailleurs que « la qualité de la coopération entre les acteurs impliqués dans la mise en œuvre est primordiale pour la faisabilité » et qu'à l'échelle opérationnelle, « la faisabilité dépend de la disponibilité du personnel, des ressources matérielles et des « technologies » requises ».
- > **ACCEPTABILITÉ** : est ici appréciée la façon dont les acteurs concernés par les objectifs ou l'application d'une intervention la perçoivent, par ex. « les groupes directement ciblés [...], le grand public, les ministères, les autres décideurs, les professionnels des secteurs publics concernés

[p. ex., santé, éducation], les organismes financeurs, l'industrie, les médias, les organisations politiques, etc.)» (Morestin et collab., 2010, p.9). Il convient de tenir compte du fait que «quelle que soit l'efficacité anticipée de cette intervention, si elle ne remporte pas suffisamment d'appuis (incluant l'appui de l'opinion publique, des puissances économiques et financières, etc.), elle aura des difficultés à être adoptée et appliquée, et même à produire les effets souhaités» (Morestin et collab., 2010, p. 10).

- > **PÉRENNITÉ**: est ici appréciée la capacité d'une intervention à se maintenir dans le temps. Elle est intrinsèquement transversale aux six dimensions précédentes. Concrètement, il s'agit de se prononcer sur la «capacité de l'[intervention] étudiée à rester en application et à produire des effets à plus ou moins long terme» (Morestin et collab., 2010, p.4).
- > **ÉVALUABILITÉ**: est ici appréciée la «possibilité pour un programme d'être évalué de manière fiable et crédible». L'évaluabilité est notamment «liée au fait que le programme est clairement articulé et explicite, que les objectifs et les effets attendus sont précisés et réalistes, que le lien logique entre le programme, les objectifs et les effets est exposé, et, enfin, que l'on puisse raisonnablement concevoir que les informations dont on a besoin peuvent être colligées» (Leclerc, 2012, p. 60-61).

Ainsi, lors du sondage, le groupe délibératif a été invité à donner priorité aux propositions qui avaient été mises de l'avant lors du forum délibératif pour chacun des milieux d'intervention ou chacune des dimensions thématiques et transversales de notre analyse. Nous avons aussi demandé aux participants de hiérarchiser les milieux d'intervention les uns par rapport aux autres.

Les 25 participants au forum délibératif ont été invités à remplir le sondage en ligne entre le 17 et le 31 mars 2015. Ils ont été relancés à deux reprises. Vingt personnes (80 %) ont répondu au sondage, soit complètement, soit partiellement.

Les résultats du forum délibératif et du sondage sont présentés dans la section suivante.

4.3 PROPOSITIONS ISSUES DU PROCESSUS DÉLIBÉRATIF

Dans les tableaux suivants, nous avons reporté plus de 60 propositions relatives aux milieux, dimensions thématiques et dimensions transversales d'intervention qui ont émergé lors du forum. Chaque proposition est accompagnée d'un score reflétant la pondération appliquée par le groupe délibératif lors du sondage en ligne. La manière dont ces scores ont été calculés est décrite ci-dessous :

- Pour chaque milieu ou dimension, le nombre de propositions auxquelles un répondant pouvait attribuer des points et les scores attribuables étaient fonction du nombre total de propositions relatif à ce milieu ou cette dimension. Le mécanisme utilisé est résumé dans le tableau ci-dessous :

NOMBRE TOTAL DE PROPOSITIONS PAR MILIEU OU DIMENSION (N)	NOMBRE DE PROPOSITIONS POUVANT RÉCOLTER DES POINTS	ATTRIBUTION DES POINTS
$N \geq 21$	8	De 8 points à 1 point, par ordre de priorité
$18 \leq N < 21$	7	De 7 points à 1 point, par ordre de priorité
$15 \leq N < 18$	6	De 6 points à 1 point, par ordre de priorité
$12 \leq N < 15$	5	De 5 points à 1 point, par ordre de priorité
$9 \leq N < 12$	4	De 4 points à 1 point, par ordre de priorité
$6 \leq N < 9$	3	De 3 points à 1 point, par ordre de priorité
$3 \leq N < 6$	2	De 2 points à 1 point, par ordre de priorité

- Par exemple, dans le cas du milieu scolaire (voir tableau 4.1), il était demandé aux répondants de choisir, par ordre de priorité, 3 propositions parmi les 8 présentées. Lorsqu'un répondant sélectionnait une proposition comme étant son premier choix, 3 points lui ont été attribués. Deux points étaient attribués pour son deuxième choix et un point pour son troisième choix.
- Pour chaque proposition, les points attribués par chaque répondant ont été additionnés pour constituer le score final reporté dans les huit tableaux figurant aux pages suivantes.
- **Attention :** le score d'une proposition ne peut être comparé qu'au score des propositions du même milieu ou de la même dimension, puisque ce score est fonction du nombre total de propositions et que ce nombre varie d'un milieu ou d'une dimension à l'autre.

Afin d'illustrer les résultats, les paragraphes suivants comportent quelques extraits des commentaires inscrits par les répondants lors du sondage (reportés en *italique*).

4.3.1 Dimensions thématiques ou milieux de vie

Dans le cadre du sondage, **le milieu scolaire** est ressorti en tête de classement comme milieu de vie prioritaire pour la promotion des saines habitudes de vie (graphique non présenté). Parmi les huit propositions issues du forum délibératif concernant le milieu scolaire, celle qui est perçue comme la plus pertinente par les participants est l'adoption d'une politique à l'échelle provinciale qui permettrait d'augmenter le temps d'activité physique à l'école (voir tableau 4.1). Notons toutefois que, durant le forum, les avis étaient partagés quant au niveau de flexibilité à accorder aux écoles et aux commissions scolaires sur cette question. Certains soulignaient l'importance de laisser aux écoles la possibilité d'adapter cette orientation, alors que d'autres souhaitaient une approche plus prescriptive à l'échelle provinciale. Par exemple, l'un des commentaires des répondants dans le sondage électronique indique : *« Les politiques sur l'activité physique devraient être passablement prescriptives. Il faut intégrer l'activité physique aux activités quotidiennes « naturelles » de l'école. »*

La proposition qui s'est classée en deuxième place vise le renforcement des ententes entre les commissions scolaires et les municipalités sur le partage d'infrastructures telles que les gymnases ou les piscines. Ces ententes existent déjà dans plusieurs communautés, mais il reste encore du chemin à parcourir pour optimiser l'utilisation commune de ces infrastructures. La troisième proposition porte sur les horaires d'écoles et de transport scolaire. Ainsi, les participants ont souligné à quel point les contraintes de temps représentent un obstacle à ce que les repas du midi soient plus favorables à de saines habitudes alimentaires. La suggestion de favoriser l'utilisation du transport public plutôt que le transport scolaire arrive en quatrième lieu. Réagissant à l'une des questions ouvertes du sondage en ligne, l'un des participants explique ainsi son soutien à cette suggestion : *« Une refonte du système de transport scolaire (actuellement basé sur le recours aux autobus jaunes) aurait un impact majeur sur la promotion de la marche. À un moment où les gouvernements cherchent des fonds pour améliorer le transport public collectif, une telle démarche favoriserait la marche non seulement chez les jeunes, mais aussi chez la clientèle adulte en transférant des fonds*

considérables à l'amélioration des transports publics pour tous. Des données probantes suggèrent qu'un jeune habitué aux transports publics a plus de chance de continuer à l'âge adulte.»

TABLEAU 4.1 : PROPOSITIONS CONCERNANT LE MILIEU SCOLAIRE, CLASSÉES EN ORDRE DÉCROISSANT DE PRIORITÉ

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
Une politique renforçant le TEMPS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE à l'école devrait être adoptée. Cette politique ne devrait pas être trop prescriptive afin de laisser une marge de manœuvre aux acteurs responsables des programmes scolaires.	23*
Les ENTENTES MUNICIPALITÉS – COMMISSIONS SCOLAIRES devraient être renforcées, afin de favoriser la mutualisation des ressources en matière d'infrastructures de sports et loisirs.	18
Les HORAIRES D'ÉCOLES ET DE TRANSPORT SCOLAIRE devraient être réaménagés afin de favoriser un temps de repas suffisamment long et convivial, d'encourager l'activité physique de loisirs sur le temps périscolaire, et afin de stimuler le transport actif	15
Les commissions scolaires devraient mettre moins d'emphase sur le transport scolaire et davantage sur le TRANSPORT PUBLIC, ce dernier favorisant le déplacement actif des écoliers.	12
Les efforts visant le RÉAMÉNAGEMENT DES COURS D'ÉCOLE devraient être poursuivis, afin de les rendre plus propices à l'activité physique.	6
Le « LEADERSHIP JEUNESSE » devrait être encouragé, en mobilisant les élèves du secondaire et du primaire dans la promotion des saines habitudes de vie sur le temps de classe et dans les cours d'école.	4
Des CORRIDORS SÉCURITAIRES pour la marche vers l'école devraient être développés.	3
Des collaborations étroites avec les PROFESSEURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE devraient être développées afin de promouvoir de saines habitudes de vie dans le milieu scolaire.	3

* Notons toutefois que, durant le forum, les avis étaient partagés quant au niveau de flexibilité à accorder aux écoles et aux commissions scolaires dans la mise en œuvre d'une telle politique.

La dimension thématique qui se classe au deuxième rang de priorité est celle qui concerne **l'environnement bâti** (graphique non présenté). Lors du forum, huit propositions sur ce thème ont été mises de l'avant par les participants (voir tableau 4.2). Celle qui se trouve en tête de liste concerne l'aménagement de quartiers présentant une plus grande mixité d'utilisation des sols. L'idée est qu'en favorisant la proximité entre le lieu de résidence, le lieu de travail, les écoles, les commerces et services, on

facilite le transport actif (entre autres choses). Le réaménagement des écoles est une proposition qui a aussi été mise en priorité par plusieurs participants, afin de profiter du fait que ces infrastructures doivent de toute manière être rénovées dans les prochaines années puisqu'elles sont à la fin de leur cycle de vie. La proposition sur la modification des cadres normatifs qui structurent le travail des urbanistes et des architectes vient, quant à elle, en troisième place. L'un des participants commente son choix à cet égard : « *Travailler sur un cadre normatif de réaménagement architectural et paysager favorisant les saines habitudes de vie pour l'ensemble des écoles et des milieux de garde aurait un impact énorme à l'échelle provinciale. De même, des critères de localisation pour les nouveaux équipements et immeubles (dont les écoles et les CPE) favorisant leur accessibilité à pied, à vélo ou en transport public.* » Une proposition spécifique au réaménagement des parcs et autres installations extérieures se classe en quatrième position. Elle cible spécifiquement la sédentarité saisonnière. Enfin, pour faciliter l'innovation dans la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie, une cinquième proposition consiste en la mise en place de projets pilotes solidement évalués qui pourront être ensuite déployés à plus grande échelle.

TABLEAU 4.2: PROPOSITIONS CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT BÂTI, CLASSÉES EN ORDRE DÉCROISSANT DE PRIORITÉ

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
Dans nos quartiers et nos banlieues, il conviendrait de favoriser une MIXITÉ D'UTILISATION DES SOLS RAISONNÉE afin de favoriser les déplacements actifs, l'activité physique de loisirs et la saine alimentation. Cela demande notamment une densité d'habitation modérée, un potentiel piétonnier satisfaisant, l'implantation de bureaux, d'écoles, de garderies, d'épiceries, de supermarchés et d'autres commerces et services de proximité.	24
Il conviendrait de RÉAMÉNER LES INFRASTRUCTURES DES ÉCOLES ET SERVICES DE GARDE ÉDUCATIFS À L'ENFANCE afin d'offrir des espaces propices aux repas conviviaux (style « familial ») et à l'activité physique. Le fait que la majorité des écoles du Québec devront être rénovées dans les prochaines années constitue une opportunité à cet égard.	22
On devrait réviser les CADRES NORMATIFS qu'utilisent les urbanistes et les architectes dans la PLANIFICATION DES VILLES ET DES BÂTIMENTS PUBLICS. Ces nouveaux cadres devraient inclure des règles quant à la LOCALISATION des bâtiments publics et leur ACCESSIBILITÉ par transport actif et transport public.	15
Les PARCS ET AUTRES INSTALLATIONS EXTÉRIEURES favorisant l'activité physique devraient être réaménagées afin de réduire la sédentarité saisonnière (sous-utilisation durant l'hiver).	9
On devrait réviser les CADRES NORMATIFS qu'utilisent les urbanistes et les architectes dans la PLANIFICATION DES VILLES ET DES BÂTIMENTS PUBLICS. Ces nouveaux cadres devraient s'assurer que l'INTÉRIEUR des bâtiments publics favorise l'activité physique (p. ex., revalorisation des escaliers, aménagement de salles de motricité douce dans les milieux de garde).	8
Afin de développer de nouvelles approches innovatrices pour créer des environnements favorables aux saines habitudes de vie, on devrait investir davantage dans des PROJETS PILOTES accompagnés d'un solide devis d'évaluation. Par exemple, il conviendrait de tester davantage la pertinence de projets de rénovation urbaine à l'échelle d'une rue ou d'un quartier, en impliquant les résidents et les promoteurs.	8
Lorsque l'on aménage de nouvelles installations favorisant l'activité physique, ou que l'on réaménage des installations existantes, on devrait ADAPTER L'OFFRE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION québécoise.	3
Les NOUVELLES GARDERIES devraient être construites À PROXIMITÉ DES ÉCOLES (afin de diminuer le temps de transport des familles et d'augmenter les possibilités de transport actif).	1

L'environnement socioculturel est ressorti comme la troisième dimension thématique à laquelle accorder priorité (graphique non présenté). Dans ce domaine, la proposition considérée comme la plus pertinente par les participants au processus délibératif est de clarifier davantage les problèmes auxquels on s'intéresse et les raisons pour lesquelles il faut agir lorsque l'on déploie des campagnes de sensibilisation du grand public (voir tableau 4.3). En deuxième lieu, une plus grande utilisation des médias sociaux est préconisée ainsi que d'autres nouveaux moyens de communication étant donné le coût très élevé des campagnes médiatiques traditionnelles. En troisième place arrive la proposition de développer et de diffuser des repères simples et positifs sur l'activité physique et sur l'alimentation lors d'opérations de communication grand public. L'environnement médiatique est déjà saturé d'informations, parfois contradictoires, sur ces sujets. Il faut donc s'assurer de ne pas ajouter à la confusion, mais au contraire de simplifier les messages-clés. L'un des répondants au sondage indique que l'utilisation des médias sociaux est plus pertinente pour rejoindre les jeunes : *« Passer par l'éducation scolaire des jeunes à travers des programmes ludiques impliquant des parents a fait ses preuves au Québec (5 fruits, 5 légumes, cubes d'énergie...). Je pense qu'il faut être créatif et poursuivre... Les médias sociaux peuvent certainement aller chercher les ados et les jeunes adultes. La sensibilisation des « baby-boomers » doit peut-être passer par des médias plus classiques. »*

TABLEAU 4.3: PROPOSITIONS CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL, EN ORDRE DÉCROISSANT DE PRIORITÉ

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
Dans toute action de sensibilisation de masse, il conviendrait de CLARIFIER DAVANTAGE LES PROBLÈMES auxquels on s'intéresse et les raisons pour lesquelles il faut agir, données à l'appui (p. ex., les méfaits de la sédentarité, nocivité de la consommation de boissons sucrées, etc.)	20
Étant donné le coût élevé des campagnes médiatiques traditionnelles, on devrait miser davantage sur les MÉDIAS SOCIAUX et des moyens innovateurs moins coûteux.	17
À l'instar des messages sanitaires diffusés dans les médias français dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), une CAMPAGNE DE SENSIBILISATION pourrait être développée au Québec pour diffuser dans la durée une série de REPÈRES SIMPLES ET POSITIFS sur l'alimentation et l'activité physique. Une telle démarche permettrait d'asseoir la notoriété et la crédibilité des messages de santé publique dans un environnement où les signaux sont multiples et parfois contradictoires.	15

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
Pour augmenter la PRÉSENCE MÉDIATIQUE des messages favorisant les saines habitudes de vie, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) devrait être sollicité afin d'avoir accès à du temps d'antenne gratuit.	12
Afin de valoriser les ACTIONS SUR LE TERRAIN, tous les projets de promotion des saines habitudes de vie devraient inclure un volet « communication publique » (p. ex., intéresser les médias au succès d'une action, monter des conférences de presse, organiser des événements pour souligner les bons coups, s'entourer de partenaires crédibles, etc.).	12
Il faut se doter de REPÈRES SIMPLES ET QUANTITATIFS en matière d'habitudes alimentaires et d'activité physique, car ils facilitent la communication avec le public (p. ex., nombre de portions de fruits et légumes par jour).	7
L'ANIMATION des lieux favorisant l'activité physique (parcs, cours d'école) devrait être priorisée avant d'investir dans leur réaménagement.	2

Certaines interventions ont une portée plus large : elles visent à toucher tous les éléments d'une **communauté**. Nous avons relevé quatre propositions qui se classent dans cette catégorie (voir tableau 4.4). De ces propositions, celle qui a été identifiée comme étant prioritaire est la poursuite du travail des regroupements locaux de partenaires et des tables intersectorielles régionales qui sont mobilisés partout au Québec pour faciliter l'action en concertation. De plus, l'importance du rôle des municipalités a été soulignée. Un répondant précise : « *La concertation à l'échelle locale et régionale est un incontournable pour faire face aux défis. L'expérience des dernières années de Québec en Forme montre l'utilité et la faisabilité d'un tel modèle. Dans une perspective de changements durables, les municipalités sont très bien placées pour induire ces changements. Plusieurs leviers existent à même leurs champs de compétences, il s'agit de les sensibiliser, les convaincre et les outiller pour passer à l'action.* » Un autre répondant ajoute que la Loi sur l'aménagement du territoire devrait être revue afin de faciliter ce passage à l'action.

TABLEAU 4.4: PROPOSITIONS À L'ÉCHELLE DE LA COMMUNAUTÉ, CLASSÉES EN ORDRE DÉCROISSANT DE PRIORITÉ

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
Les REGROUPEMENTS LOCAUX de partenaires et les TABLES RÉGIONALES de concertation sont des moteurs-clés pour la mise en œuvre des actions au niveau des communautés. Il faudrait continuer à soutenir ces groupes. Ils facilitent la prise en considération des besoins exprimés sur le terrain, permettent une concertation entre les parties prenantes, favorisent la mobilisation des ressources et renforcent la capacité des intervenants.	19
Les MUNICIPALITÉS constituent un partenaire incontournable pour intervenir à l'échelle des communautés. Toutefois, afin d'éviter de sursolliciter les acteurs municipaux, il faudrait optimiser les actions de FORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT de l'ensemble des parties prenantes à l'ÉCHELLE RÉGIONALE, à l'instar de ce qui s'est fait dans les milieux scolaires avec l'approche « École en santé ».	11
Il conviendrait de réviser les cadres qui régissent les ENTENTES ENTRE LES MUNICIPALITÉS ET LE MILIEU SCOLAIRE (écoles, collèges, universités) afin de faciliter le déblocage et le partage des ressources en termes d'infrastructures et de personnel.	5
Les partenariats multisectoriels à l'échelle de la communauté devraient inclure des CHERCHEURS ou des VULGARISEURS qui sont en mesure de présenter les données probantes qui sont pertinentes aux enjeux ou projets sous discussion.	4

Le groupe délibératif a émis dix propositions qui visent le **secteur privé**. Elles se concentrent principalement sur l'industrie agroalimentaire, quoique des participants aient rappelé que d'autres acteurs privés sont aussi très interpellés par la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie, tels que les promoteurs immobiliers. La proposition qui a reçu le plus d'appuis lors du sondage en ligne est celle d'adopter une taxe sur les boissons sucrées dont les revenus seraient consacrés à la promotion de saines habitudes de vie (voir tableau 4.5). Deux autres propositions sont au même niveau de priorité. L'une porte sur la surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments vendus au Québec. Un répondant souligne l'importance de combiner cette action avec d'autres : « *La transformation de l'industrie agroalimentaire ne pourra réussir sans une stratégie qui combine à la fois des mesures plus contraignantes (p. ex., encadrer le marketing de la malbouffe), des mesures de surveillance (de la qualité nutritionnelle des aliments, notamment) et des interventions de promotion de saines habitudes de vie cohérentes (pas de financement d'interventions de promotion de l'activité physique par des compagnies de boissons sucrées ou de malbouffe).* » L'autre consiste en la création d'un nouveau système d'étiquetage nutritionnel qui est beaucoup plus visuel et facile à comprendre pour les consommateurs. Des exemples

européens de systèmes de couleurs ont été discutés lors du forum. La quatrième proposition consiste à réglementer le marketing de la malbouffe. À ce sujet, un répondant ajoute ceci : « *La littérature démontre que la collaboration avec l'industrie n'est pas efficace et dilue les interventions prometteuses. Le cas de la Grande-Bretagne sur le « Responsibility deal » en témoigne bien.* »

TABLEAU 4.5 : PROPOSITIONS CONCERNANT LE SECTEUR PRIVÉ, CLASSÉES EN ORDRE DÉCROISSANT DE PRIORITÉ

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
On devrait adopter une TAXE SUR LES BOISSONS SUCRÉES au niveau provincial afin de réduire leur consommation et d'utiliser les recettes fiscales en promotion des saines habitudes de vie.	35
Afin de favoriser la reformulation des aliments transformés, il conviendrait d'investir davantage dans la SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ NUTRITIONNELLE des aliments et des boissons.	27
L'ÉTIQUETAGE NUTRITIONNEL des aliments et boissons distribués en magasin devrait être simplifié et visuellement explicite (p. ex., utilisation de couleurs).	27
Il faudrait davantage RÉGLEMENTER LE MARKETING de la « malbouffe ».	22
Des mesures devraient être prises afin de limiter l'ACCESSIBILITÉ AUX BOISSONS SUCRÉES dans les établissements publics.	12
Lors d'interventions visant à promouvoir de saines habitudes de vie, les COLLABORATIONS AVEC L'INDUSTRIE AGROALIMENTAIRE devraient être davantage balisées. Par exemple, la commandite d'événements sportifs par les compagnies de boissons sucrées ou de « malbouffe » envoie des messages contradictoires.	10
L'OFFRE ALIMENTAIRE DANS LES ARÉNAS ET LES CENTRES SPORTIFS devrait être diversifiée afin de proposer davantage de choix « santé ».	7
Les FRUITS ET LÉGUMES PRÉPARÉS VENDUS AU DÉTAIL devraient être exempts de taxes de vente afin d'en favoriser l'achat et la consommation.	5
Afin de favoriser la reformulation des aliments transformés, il conviendrait de mieux accompagner l'industrie agroalimentaire dans le DÉVELOPPEMENT TECHNOLOGIQUE des produits et valoriser ses « bons coups ».	2
Davantage d'INFORMATION NUTRITIONNELLE devrait être disponible dans les RESTAURANTS, sous une forme simple et visuellement explicite.	2

Nous avons colligé six propositions qui ont été discutées lors du forum délibératif et qui portent sur le **milieu de travail** (voir tableau 4.6). Nous avons demandé aux participants de donner la priorité à deux de ces interventions. Celle qui a été le plus fréquemment sélectionnée

cible le gouvernement provincial comme employeur devant adopter des pratiques exemplaires. La deuxième place revient à la proposition sur le changement des horaires de travail. L'un des répondants a suggéré une formulation plus précise de cette proposition lors du sondage en ligne : « *Des mesures devraient être adoptées afin d'encourager les grands employeurs et les institutions d'enseignement supérieur à désynchroniser les horaires de travail afin de diminuer la congestion véhiculaire en heures de pointe et par ricochet, diminuer le temps consacré au transport et augmenter le temps disponible notamment pour l'activité physique et la préparation des repas.* »

L'importance de réfléchir à la variable « temps » dans nos interventions a été soulignée à gros traits dans un autre commentaire d'un répondant : « *Le manque de temps est un facteur négatif dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Des impacts positifs et intersectoriels possibles pourraient être sentis sur la gestion automobile (MTQ), les émissions de gaz à effet de serre (MDDEP), la disponibilité d'aliments sains et frais (MAPAQ), la préparation des repas (par rapport à la malbouffe) (MSSS), la pratique des transports actifs et de l'activité physique (MSSS, MELS), les soins aux enfants et autres membres de la famille (MSSS), et j'en passe.* »

TABLEAU 4.6 : PROPOSITIONS CONCERNANT LE MILIEU DE TRAVAIL, CLASSÉES EN ORDRE DÉCROISSANT DE PRIORITÉ

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
Étant donné que le GOUVERNEMENT PROVINCIAL est un employeur important, il devrait jouer un rôle exemplaire en implantant des initiatives de promotion des saines habitudes de vie qui ont fait leurs preuves dans d'autres milieux de travail.	12
Des mesures devraient être adoptées afin d'encourager les employeurs à adopter des HORAIRES DE TRAVAIL mieux synchronisés (afin de diminuer le temps consacré au transport et augmenter le temps disponible pour l'activité physique).	8
Il faudrait PRIORISER davantage le MILIEU DE TRAVAIL comme lieu d'intervention.	7
On devrait offrir des CRÉDITS D'IMPÔT aux employeurs qui investissent dans la promotion des saines habitudes de vie auprès de leurs employés.	6
Les CONDITIONS D'OCTROI DE SUBVENTIONS gouvernementales aux entreprises devraient tenir compte de leurs engagements à promouvoir de saines habitudes de vie auprès des employés, notamment par des actions de sensibilisation et de dépistage.	6
La mise à jour de la stratégie gouvernementale québécoise en matière de DÉVELOPPEMENT DURABLE (2015-2020) inclut des préoccupations de santé publique : elle devrait être utilisée afin de promouvoir de saines habitudes de vie dans les ministères.	6

Dans le rapport synthèse préliminaire qui a été distribué aux participants avant le forum délibératif, nous avons soulevé **d'autres thèmes ou milieux d'intervention** qui ont moins retenu l'attention durant les délibérations. Les quatre propositions qui ont été avancées sur ces thèmes sont résumées ci-dessous dans le tableau 4.7.

TABLEAU 4.7 : PROPOSITIONS ASSOCIÉES À D'AUTRES THÉMATIQUES, CLASSÉES EN ORDRE DÉCROISSANT DE PRIORITÉ

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
La promotion des saines habitudes de vie dans les MILIEUX DE SOINS est un domaine que le groupe délibératif considère comme très vaste et pour lequel la formulation de recommandations spécifiques et exhaustives était difficilement réalisable dans le cadre du forum. Le groupe souligne toutefois qu'il est essentiel de poursuivre les nombreux efforts engagés, par exemple en matière de dépistage, de pratiques cliniques préventives (notamment par la formation des professionnels), de prévention auprès des patients issus de milieux défavorisés, de prise en charge des patients dépistés.	15
Le groupe délibératif s'entend sur l'importance de poursuivre les efforts de promotion des saines habitudes de vie dans les SERVICES DE GARDE ÉDUCATIFS À L'ENFANCE.	12
Le groupe délibératif, malgré l'absence d'analyse en profondeur des initiatives relatives à la prévention de la santé maternelle et infantile, souligne l'importance de poursuivre les efforts engagés au Québec par les organismes actifs en matière de promotion de l'ALLAITEMENT MATERNEL.	9
Le cadre de référence <i>GAZELLE ET POTIRON</i> pour le jeu libre, le développement moteur et la saine alimentation est présenté comme un exemple d'initiative bien intégrée à tous les paliers dans les services de garde éducatifs à l'enfance. Il pourrait être transposé à d'autres milieux afin de toucher davantage de jeunes.	6

4.3.2 Dimensions transversales et cibles à privilégier

Le rapport synthèse préliminaire basé sur la littérature scientifique internationale que nous avons remis aux participants au forum délibératif soulignait l'importance de se concentrer sur plusieurs dimensions transversales dans la mise en œuvre d'actions pour la promotion de l'activité physique et de la saine alimentation. Lors du forum, nous avons présenté au groupe délibératif les recommandations issues de la littérature. De la discussion qui a suivi ont émergé 22 propositions (voir tableau 4.8). Nous avons demandé aux répondants de choisir et de classer les 8 propositions qu'ils considèrent comme les plus pertinentes.

La proposition qui se classe en tête du classement relève du leadership et de la gouvernance. Elle stipule que l'action intersectorielle sur les saines habitudes de vie doit être demandée par le premier ministre du Québec aux multiples ministères et organismes interpellés. Une politique nationale de prévention pourrait représenter une modalité concrète permettant de respecter cette exigence.

La proposition qui prend la deuxième place porte aussi sur la gouvernance et soumet l'idée de créer une structure simple de coordination nationale sur les saines habitudes de vie qui incluent les acteurs non gouvernementaux. La troisième place souligne le besoin de mieux concrétiser les synergies entre la promotion des saines habitudes de vie et les initiatives en matière de développement durable. Ex aequo en troisième place, il est proposé de mieux communiquer auprès des décideurs et de la population sur l'urgence d'investir en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité. L'identification d'objectifs tangibles et à court terme pour les partenariats intersectoriels arrive en quatrième place. Il est aussi proposé qu'une stratégie de communication souligne le peu de ressources investies en prévention, en comparaison aux ressources dédiées aux soins de santé. Il s'agit là d'une proposition qui vient au cinquième rang. La proposition suivante souligne qu'il faut maximiser l'impact des investissements des acteurs intersectoriels qui contribuent aux environnements favorables. Les septième et huitième propositions concernent les milieux défavorisés. On suggère de donner la priorité à l'amélioration de l'offre alimentaire des écoles et des infrastructures sportives et de loisirs dans ces milieux.

TABLEAU 4.8 : PROPOSITIONS CONCERNANT LES DIMENSIONS TRANSVERSALES D'INTERVENTION, CLASSÉES EN ORDRE DÉCROISSANT DE PRIORITÉ

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
L'action intersectorielle en promotion des saines habitudes de vie et prévention de l'obésité doit être décidée et demandée au plus haut niveau politique, c'est-à-dire par le PREMIER MINISTRE du Québec. Idéalement, elle devrait se concrétiser dans une Politique nationale de prévention.	59
Une structure simple de COORDINATION NATIONALE sur la promotion des saines habitudes de vie, qui inclue les acteurs non gouvernementaux, devrait être mise en place. Cette structure devrait renforcer la concertation des parties prenantes ainsi que la cohérence et la synergie des actions mises en œuvre. Elle devrait résister à l'alternance politique et devenir incontournable.	49

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
Les synergies potentielles entre la promotion des saines habitudes de vie et les initiatives en matière de DÉVELOPPEMENT DURABLE devraient être davantage soulignées et concrétisées	36
Une STRATÉGIE DE COMMUNICATION efficace doit être mise en place afin que l'urgence et l'importance d'investir durablement dans la prévention des maladies chroniques et de l'obésité soient mieux comprises par la population et les décideurs.	36
Les structures intersectorielles doivent avoir des objectifs tangibles, à court terme, et tenant compte des besoins exprimés sur le terrain afin d'INTERPELLER ET DE MOBILISER LES PARTENAIRES les plus pertinents.	31
Cette stratégie de communication doit mettre en lumière, statistiques à l'appui, qu'il est INACCEPTABLE que les RESSOURCES mises à la disposition de la prévention des maladies chroniques soient si MINCES en comparaison aux ressources investies dans le soin.	27
Il faudrait maximiser l'impact positif sur les environnements favorables des investissements réalisés par les ACTEURS EXTÉRIEURS AU SECTEUR DE LA SANTÉ. Par exemple, le ministère des Transports a prévu de poursuivre ses investissements dans les transports actifs et collectifs.	25
La qualité de l'OFFRE ALIMENTAIRE des écoles situées en milieu défavorisés devrait être améliorée.	21
Les initiatives de changement des ENVIRONNEMENTS doivent être concentrées prioritairement dans les milieux défavorisés, incluant les investissements pour l'amélioration des environnements physiques.	21
En prévention des maladies chroniques, il convient d'ÉVALUER QUALITATIVEMENT LA COMBINAISON de l'ensemble des interventions de l'Expérience québécoise et de ne pas seulement se limiter aux devis évaluatifs inspirés du modèle biomédical cherchant à isoler les effets d'interventions spécifiques.	20
Il faudrait s'assurer qu'une partie importante des revenus de la TAXATION DU TABAC soit investie en prévention et en promotion de la santé, comme cela a été fait lors de la création de Québec en Forme.	19
Les synergies potentielles entre la promotion des saines habitudes de vie, la RÉUSSITE ÉDUCATIVE ET LA PERSÉVÉRANCE SCOLAIRE devraient être davantage soulignées et concrétisées.	19
Fixer des OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE chiffrés, ambitieux mais atteignables et mesurables pourrait aider à prioriser la prévention des maladies chroniques et à mesurer les progrès accomplis au cours du temps.	17
Des ÉTUDES PROSPECTIVES D'IMPACT sur la santé devraient être plus souvent réalisées avant l'adoption de mesures publiques au niveau local, régional ou provincial. On devrait favoriser des outils simples d'études d'impact qui permettent d'impliquer plusieurs acteurs dans leur réalisation.	17

PROPOSITIONS	PONDÉRATION
Les actions intersectorielles ne doivent pas être portées uniquement par les acteurs du réseau de santé publique. Les partenaires des autres secteurs doivent prendre un rôle de meneur. Des structures ou comités intersectoriels animés par un COORDINATEUR NEUTRE extérieur au réseau de santé publique sont un atout.	16
On devrait poursuivre les EFFORTS DE FORMATION des acteurs de terrain sur les environnements favorables à la santé, afin de leur démontrer le rôle qu'ils peuvent jouer et les responsabiliser.	15
Les programmes de FORMATION UNIVERSITAIRE et les programmes de FORMATION CONTINUE devraient mieux intégrer les concepts de responsabilité populationnelle (p. ex., formation en nutrition publique pour les nutritionnistes).	10
On devrait mettre plus d'emphasis sur le renforcement des capacités des acteurs en MILIEUX SCOLAIRES.	9
Il faudrait mieux tirer profit des ressources humaines et expertises existantes. Par exemple, les URBANISTES dans les municipalités pourraient être des alliés dans la promotion des environnements favorables aux saines habitudes de vie.	9
Il faut faire des efforts pour s'assurer que les CAMPAGNES DE COMMUNICATION sur les saines habitudes de vie rejoignent tous les sous-groupes, en particulier les groupes défavorisés.	7
On devrait mettre plus d'emphasis sur le renforcement des capacités des acteurs en MILIEUX DE GARDE.	4
Il conviendrait de DÉMOCRATISER DAVANTAGE L'ÉVALUATION des interventions en diffusant des outils simples et accessibles aux acteurs de terrain.	1

Finalement, nous avons questionné les répondants sur les deux propositions suivantes, qui avaient été mises de l'avant et débattues lors du forum quant aux cibles des interventions :

- > Il conviendrait d'adopter une approche préventive « universelle proportionnée », c'est-à-dire qui cible l'ensemble de la population, tout en incluant des efforts spécifiques en direction des groupes à risque.
- > Compte tenu de la grande importance de promouvoir de saines habitudes de vie dès le plus jeune âge, des efforts spécifiques devraient être maintenus envers les jeunes et leur environnement.

Nous leur avons demandé s'ils étaient d'accord avec ces propositions, en mettant en contexte que «les ressources sont limitées, mais que de nombreux progrès restent à accomplir en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité au Québec».

Pour ce qui est de l'approche de prévention «universelle proportionnée», 11 des 17 personnes qui ont répondu à cette question ont indiqué être tout à fait d'accord, 5 étaient en accord et 1 personne a indiqué être tout à fait en désaccord. L'un des répondants a précisé que cette approche devait surtout permettre de s'adresser particulièrement aux groupes vulnérables ou défavorisés. Un autre commentaire émis par l'un des répondants explique le besoin d'avoir une approche universelle : *«Pour diminuer la morbidité et la mortalité à court terme, nos interventions de promotion des saines habitudes de vie doivent cibler les adultes. Pour que ces gains se maintiennent à long terme, il faut prévenir l'excès de poids chez les jeunes. C'est pourquoi il est important de cibler l'ensemble de la population, sans cependant négliger les jeunes.»*

Pour ce qui est de la proposition de maintenir l'accent qui a été placé jusqu'ici sur les jeunes, 7 répondants étaient tout à fait d'accord, 8 étaient d'accord et 1 était plus ou moins d'accord. L'importance de considérer la famille non pas tant comme un environnement, mais plutôt comme une cible fut notamment soulignée. Les commentaires ci-dessous ont été ajoutés par trois répondants afin d'expliquer leur choix.

- Répondant 1 : *«Je suis d'accord avec la proposition. Par contre, sur le terrain, on entend souvent dire que les jeunes familles des milieux socioéconomiques sont submergées par des programmes qui leur sont destinés. Il faudrait penser à cibler autrement les destinataires des efforts qu'on prévoit déployer (p. ex., les jeunes familles dont les parents sont des petits salariés; ils ne reçoivent pas beaucoup d'aide malgré leur statut socioéconomique précaire).»*
- Répondant 2 : *«La prévention a toujours meilleur goût en bas âge. Selon notre vision des environnements favorables, la famille n'est pas définie comme un environnement. Dans les interventions, le milieu familial est ciblé davantage comme un individu, c'est-à-dire par des mesures éducatives et en ce sens, je crois qu'il faut davantage viser les milieux de vie des enfants et les grands déterminants plutôt que trop investir dans les mesures éducatives.»*
- Répondant 3 : *«Il est important de promouvoir de saines habitudes de vie dès le plus jeune âge. Cependant, je ne suis pas convaincue que les habitudes de vie des jeunes sont un important prédicteur des habitudes de vie des adultes. Quelles que soient les habitudes de vie dans la famille, les habitudes de vie des adultes*

sont très influencées par leur choix de carrière, leur niveau de revenu, la conciliation travail-vie personnelle, la mise en marché des denrées alimentaires, les modes alimentaires, etc. Donc, oui, il faut s'occuper des jeunes, mais axer nos interventions essentiellement sur les jeunes serait selon moi, une erreur.»

4.4 CONCLUSIONS

Nous avons choisi d'intégrer un processus délibératif dans le projet CFM afin d'enrichir et de faciliter l'utilisation des connaissances scientifiques par des échanges entre les chercheurs, les acteurs de santé publique et les membres de la société civile québécoise qui ont une expertise particulière dans le domaine de la promotion des saines habitudes de vie (CCNPSS, 2010). Nous souhaitons nous assurer que les propositions finales issues du projet CFM, que nous présentons dans le prochain chapitre, allaient non seulement tenir compte des recommandations internationales sur la promotion des saines habitudes de vie, mais allaient aussi être ancrées dans le contexte québécois.

Les propositions qui ont émergé lors du forum, présentées dans ce chapitre, sont nombreuses. Nous avons aussi demandé aux répondants, à la fin du sondage en ligne, d'identifier une proposition majeure à mettre de l'avant pour «faire mieux», dans un contexte où les ressources sont limitées alors que de nombreux progrès demeurent nécessaires pour faciliter l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie et prévenir l'obésité au Québec. Les commentaires des répondants se retrouvent dans le tableau 4.9. Notons que l'un des répondants a exprimé par téléphone la difficulté de se prononcer sur l'ordonnancement des propositions selon leur niveau de priorité, car elles apparaissaient toutes comme des suggestions valables. De plus, deux répondants ont fait la même remarque par écrit concernant la difficulté de se prononcer sur les dimensions transversales.

TABLEAU 4.9: RÉPONSE DES PARTICIPANTS AU SONDAGE À LA QUESTION FINALE LES INVITANT À IDENTIFIER UNE PROPOSITION MAJEURE À METTRE DE L'AVANT POUR « FAIRE MIEUX »

COMMENTAIRES FINAUX DES RÉPONDANTS AU SONDAGE
Coordonner tous les efforts de prévention et de promotion pour s'assurer que les actions posées vont dans le même sens et que leurs impacts peuvent être évalués.
Dans toutes nos interventions, toujours se préoccuper de toutes les dimensions de l'accès (géographique, économique, culturel et temporel) à la saine alimentation et à la pratique d'activité physique et cibler d'abord les clientèles socioéconomiquement défavorisées.
S'assurer de maintenir des investissements en prévention et de mobiliser l'ensemble des secteurs de l'activité gouvernementale.
Une politique renforçant le temps d'activité physique et sportive à l'école devrait être adoptée.
J'ai tenté de choisir des actions qui sont à notre portée, c'est-à-dire efficaces (donneront rapidement des résultats), réalisables, acceptables socialement et politiquement, et qui sont autofinancées ou à coût nul.
Il est primordial de définir une stratégie de communication en lien avec la promotion des saines habitudes de vie. Le travail intersectoriel est incontournable si l'on désire poursuivre et intensifier les efforts de promotion. Enfin, il est urgent d'intervenir sur le milieu scolaire, tant dans l'environnement bâti que dans l'organisation des services scolaires, les horaires et le transport. Les jeunes seront la société de demain. Il faut agir tôt et rapidement afin d'augmenter les chances d'avoir une société en santé.
Positionner l'importance de la prévention des maladies chroniques évitables pour justifier nos interventions.
Amélioration de la coordination intersectorielle au niveau national et dans les régions. Assurer la continuité stratégique et opérationnelle avec ajustements explicites, si nécessaires et après évaluation documentée (éviter la succession de « bonnes idées »). Créer les structures adéquates pour y arriver. Mobiliser largement sur les enjeux d'équité et de développement durable sous-jacents.
Les conclusions devraient être portées au niveau des décideurs politiques et pas seulement par les administrations.
Assurer la coordination des multiples partenaires impliqués par la mise en place d'un comité de pilotage national.
Volonté politique, ressources adéquates, responsabilité collective – sensibiliser le public et les décideurs. Responsabiliser le privé.
Bien orchestrer, coordonner et évaluer une gamme d'actions qui mettent plusieurs secteurs à l'œuvre : c'est l'esprit de la création d'un mouvement de société auquel tous contribuent.
À mon avis, la coordination interministérielle des objectifs du MSSS, du MAPAQ, du MAMOT, du MDDEP, du MELS, etc. est la seule voie possible pour trouver des dollars pour prioriser certaines de ces recommandations, les opérationnaliser et les mettre en œuvre. Le travail en silo ne suffira pas. Par exemple, une problématique interministérielle que j'ai mentionnée à plusieurs reprises est liée à la gestion « chronométrée » du temps quotidien chez les ménages (conciliation famille-travail ou famille-études).
Se doter d'une politique gouvernementale de prévention, avec un plan d'action et des sommes allouées (pouvant venir d'une taxe sur les boissons sucrées).

4.5 AVANTAGES ET LIMITES DU PROCESSUS DÉLIBÉRATIF

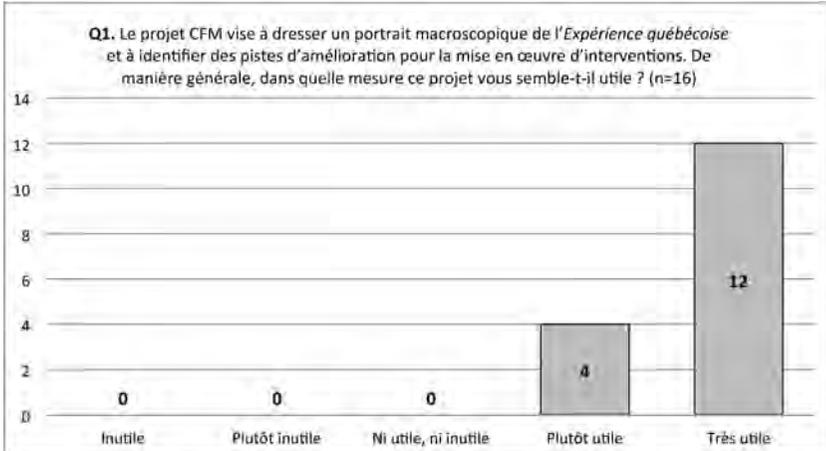
Comme l'indiquent Lomas et collab. (2005, p. 1), «il existe peu de données sur l'efficacité des processus de délibération, cependant, sur les fondements de principes, les arguments abondent en leur faveur». Dans le cas présent, l'avantage majeur est d'avoir permis une contextualisation des recommandations internationales et un ajustement du portrait de l'*Expérience québécoise* grâce au vécu et à l'expertise d'acteurs impliqués dans la planification, la mise en œuvre ou l'évaluation des interventions qui la constituent. Il s'agissait en quelque sorte de «mettre la théorie au défi» dans le contexte québécois (Lomas et collab., 2005, p. 5). Lors du forum, des propositions ont émergé sur la base de considérations telles que le niveau et le type d'efforts déjà engagés, l'échec perçu de certaines actions, la réussite perçue de certaines autres, le diagnostic partagé de lacunes structurelles ou thématiques, ou l'identification d'obstacles en matière de faisabilité ou d'acceptabilité de certaines mesures. Le sondage «post-forum» a poussé l'exercice «un cran plus loin» et a permis de resserrer le diagnostic autour des propositions jugées les plus pertinentes et prioritaires pour «faire mieux».

Néanmoins, quelques limites inhérentes à tout forum délibératif doivent être mentionnées. D'une part, il convient de garder à l'esprit que les documents préparatoires du forum, dont l'essentiel des contenus est reflété dans les chapitres 2 et 3 de ce livre, influencent la structure et les résultats de la délibération. Les limites de ces documents, par exemple en matière d'exhaustivité et de représentativité, ont donc des répercussions probables sur le contenu des propositions formulées lors du forum. Nous avons tempéré ces limites lors de l'événement en laissant émerger toute nouvelle idée ou proposition. D'autre part, le choix des participants, la taille du groupe, le mode d'animation, la durée du forum et différents effets de contexte sont tous des facteurs susceptibles d'influencer le contenu et les résultats du forum. Par conséquent, nous avons cherché à représenter la diversité des acteurs impliqués dans l'*Expérience québécoise* telle que définie dans le cadre du projet CFM. Toutefois, compte tenu de l'ampleur des interventions à l'étude, du degré modéré de consensus entourant certaines mesures, du grand nombre de parties prenantes, et de la non-disponibilité de certaines d'entre elles pour participer au forum, les conclusions de ce dernier ne prétendent pas refléter la diversité et le poids relatif de tous les points de vue existants. C'est la raison pour laquelle nous avons décrit explicitement chaque étape de notre

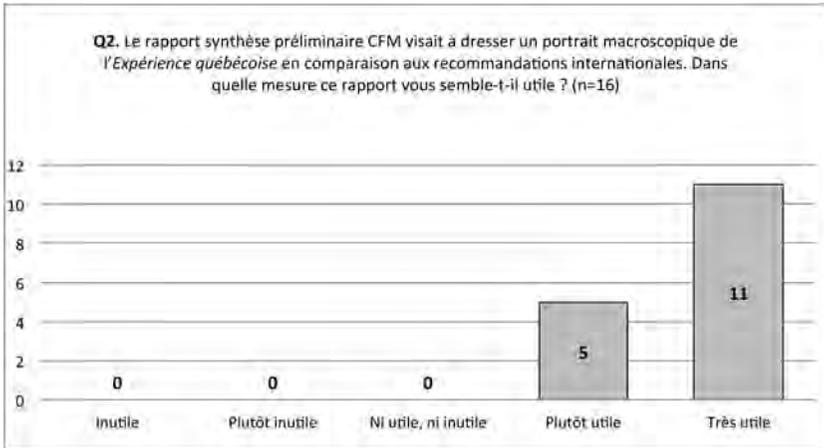
méthodologie, afin que les conclusions du forum soient consultées en connaissance de cause.

D'autres critères sont jugés nécessaires à l'efficacité d'un processus délibératif. Il s'agit notamment de la clarté et de la pertinence des objectifs poursuivis, de la qualité des synthèses de connaissances préparatoires, ou encore de la qualité de l'animation du forum (Lomas et collab., 2005 ; Gauvin, 2009). Afin de recueillir l'avis des participants sur ces conditions, nous leur avons proposé un bref questionnaire d'évaluation anonyme à l'issue de l'événement. Celui-ci comportait sept questions portant sur la pertinence du projet CFM, la pertinence de la documentation préparatoire, la pertinence du forum délibératif, son animation, son organisation et ses suites. Un espace de commentaires était aussi proposé pour chacune des questions. Seize participants ont répondu. Quelques faits saillants sont rapportés ci-dessous :

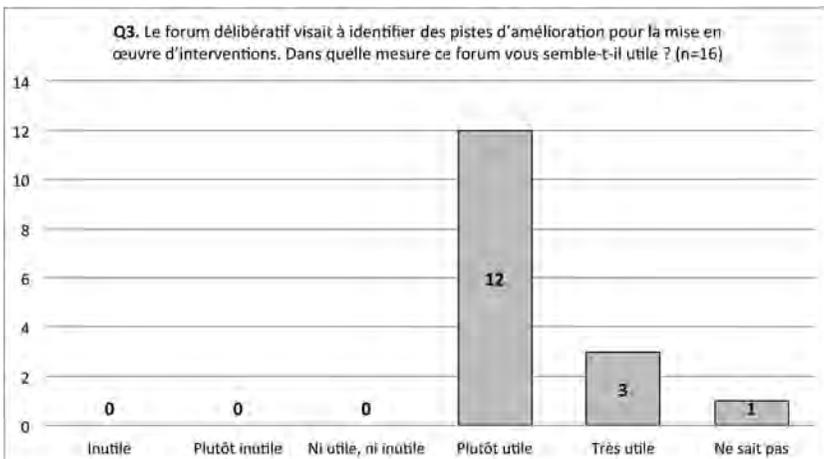
- Les répondants ont tous jugé le projet CFM très utile ou plutôt utile (Q1). Quelques commentaires reflètent l'importance de «faire le point» sur les initiatives en cours, leur degré de mise en œuvre et leurs résultats afin d'orienter au mieux l'action à venir.



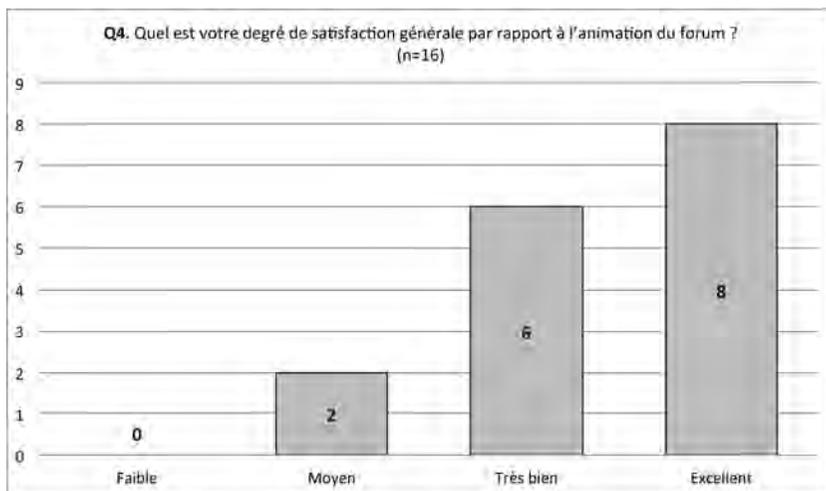
- Les répondants ont tous jugé très utile ou plutôt utile la documentation préparatoire qui leur avait été remise (Q2). La rigueur et l'exhaustivité du rapport préliminaire ont été soulignées. Des suggestions ont été faites pour optimiser le portrait de l'*Expérience québécoise*.



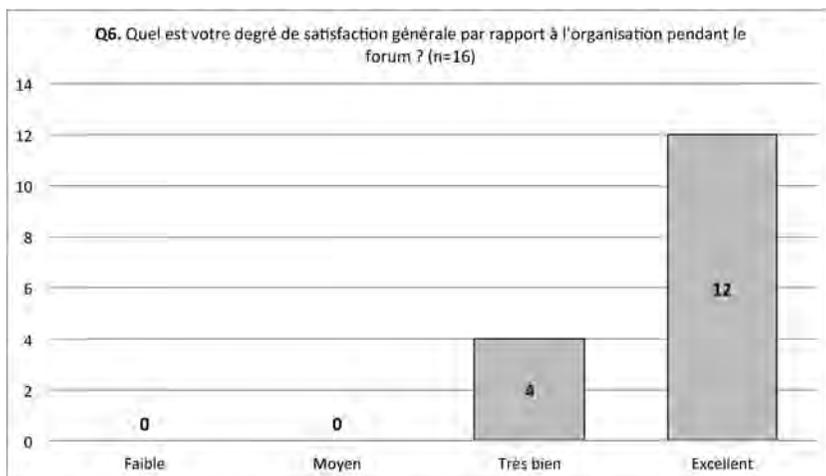
- Le forum délibératif, en tant que tel, a majoritairement été jugé plutôt utile (Q3). Plusieurs commentaires ont souligné la pertinence de l'exercice, mais aussi la difficulté de juger de la priorité des pistes concrètes d'intervention. Cela fait partie des raisons pour lesquelles un sondage «post-forum» a été réalisé. D'autres commentaires pointent le défi de diffusion et d'opérationnalisation des propositions.



- L'animation du forum a été positivement évaluée (Q4). La dynamique des échanges, plus ouverte lors de la première journée, plus resserrée et encadrée lors de la deuxième journée, a globalement été appréciée.



- Enfin, l'organisation en amont et pendant le forum (Q6) sont également ressorties comme des points forts de l'événement.



Fort de ces avantages et en dépit de ces quelques limites, le forum délibératif CFM a le mérite d'avoir abouti à des propositions documentées, précises et qui se démarquent par la rigueur du processus même dont elles sont issues. Cela semble d'autant plus pertinent que la problématique

est vaste, complexe et sujette à de nombreuses incertitudes et controverses. Les conclusions de ce forum proposent un diagnostic stratégique à un temps «t». Il gagnera assurément à être discuté avant que certaines de ses propositions ne conduisent à des actions concrètes.

Le chapitre suivant met en regard les propositions du forum que nous venons de présenter, les recommandations internationales (chapitre 2) et le portrait de l'*Expérience québécoise* (chapitre 3). Y sont ainsi combinées des données d'ordre scientifique, contextuel et informel, qui ont toutes intérêt à être prises en considération afin «d'accroître la probabilité de prendre de bonnes décisions» dans un contexte donné (Lomas et collab., 2005).

CHAPITRE 5

Synthèse

5.1 OBJECTIF DE CE CHAPITRE

De nombreux progrès restent à accomplir en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité au Québec. Néanmoins, les ressources disponibles sont limitées à tous les paliers de gouvernement. En tenant compte de ce contexte difficile, cette synthèse propose des pistes d'action qui s'appuient sur les conclusions des trois précédents chapitres :

- Les **recommandations internationales** les plus fréquentes ou soutenues par les données probantes les plus convaincantes ou prometteuses (niveaux **A** et **B**) (voir chapitre 1);
- Le portrait actuel de ***l'Expérience québécoise***¹, incluant ses points forts et les zones d'améliorations potentielles (voir chapitre 2);
- Les propositions issues du **forum délibératif** (et du sondage subséquent) les plus largement soutenues compte tenu de leur pertinence dans le contexte québécois (voir chapitre 3).

Des convergences et des divergences apparaissent à la croisée de ces différents chapitres. Le projet « Comment faire mieux ? » (CFM) ne prétend pas toutes les expliquer. En revanche, elles ont permis à l'équipe du projet de formuler des pistes d'actions à poursuivre ou à entreprendre pour « faire mieux » :

1. Pour mémoire, dans cet ouvrage, l'*Expérience québécoise* est définie comme l'ensemble des politiques, des programmes et des interventions publiques (possiblement en collaboration avec les secteurs associatifs ou privés) ayant notamment pour objectif la promotion de saines habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique, d'image corporelle ou la prévention de l'obésité.

- en matière de **population(s) cible(s)**;
- en matière de priorités d'action dans les nombreux **milieux d'intervention** potentiels (milieu scolaire, services de garde éducatifs à l'enfance, santé maternelle et infantile, milieu de travail, milieu de soins, médias, secteur privé, communauté);
- pour chacun des **trois volets** de l'*Expérience québécoise* qui ont été étudiés: (1) saine alimentation; (2) activité physique; (3) image corporelle;
- pour chacune des **cinq cibles d'intervention** envisagées: (1) individus (médiateurs cognitifs); (2) environnement physique; (3) environnement socioculturel; (4) environnement politique; et (5) environnement économique.
- pour chacune des **neuf dimensions transversales** étudiées: (1) approche globale et systémique; (2) approche intersectorielle et intégrée; (3) leadership, gouvernance et transparence; (4) contextualisation et établissement de priorités; (5) équité et inclusivité; (6) mobilisation de ressources; (7) renforcement des capacités des parties prenantes; (8) vision à long terme et pérennisation; (9) recherche, surveillance et évaluation.

En somme, pour chacun de ces éléments, les textes qui suivent mettent en parallèle les principales recommandations émanant de la littérature, les principales caractéristiques du portrait actuel de l'*Expérience québécoise* et les principales propositions issues du forum délibératif. Notons que pour ce qui est des deux principaux volets étudiés (saine alimentation et activité physique) et des dimensions transversales, des tableaux analytiques détaillés sont également présentés dans les annexes 7B, 7C et 7D.

Ces résultats ont été discutés par les membres de l'équipe du projet CFM et ont permis de faire émerger «**50 pistes pour faire mieux**». Chacune de ces pistes s'est vue attribuer un niveau de priorité au cas par cas selon le raisonnement suivant :

- Certaines recommandations internationales, déjà mises en œuvre au Québec, n'ont pas été remises en cause lors du forum, et ont parfois été plébiscitées. Dans ce cas, il a été considéré comme **essentiel de maintenir les efforts engagés**. Le symbole suivant permet d'identifier ce cas de figure : ➔.

- Certaines recommandations, en revanche, ne semblent pas ou semblent peu mises en œuvre au Québec. Dans ce cas, à moins que cela ne s'explique par une faible pertinence contextuelle², il a été considéré comme **essentiel de renforcer les efforts existants ou de mettre en place de nouvelles actions**. Le symbole suivant permet d'identifier ce cas de figure : .
- Parmi les efforts à renforcer et les nouvelles actions à mettre en place, certaines pistes ont été fortement appuyées lors du forum délibératif. Dans ce cas, l'équipe CFM les **a jugées incontournables**. Le symbole suivant permet de les identifier : .

Chacune des pistes d'action formulées dans les textes à suivre est accompagnée de l'un de ces trois symboles. Les «**50 pistes pour faire mieux**» sont également regroupées dans l'annexe 7A.

5.2 COMMENT « MIEUX CIBLER » LES INTERVENTIONS ?

Recommandations internationales

L'introduction de notre rapport souligne clairement l'urgence de renforcer la prévention primaire des maladies chroniques au Canada et au Québec. Depuis l'an 2000, les cancers et les maladies cardiovasculaires causent plus de 57 % des décès (ISQ, 2013) et les diagnostics de diabète sont en constante augmentation (INSPQ, 2015). Au cours des 30 dernières années, la prévalence de l'obésité a doublé au Canada, chez les adultes comme chez les jeunes. Le fardeau économique associé à l'obésité au Canada serait compris entre 4,6 milliards et 7,1 milliards de dollars annuellement (CIHI/PHAC, 2011). Pour le Québec seulement, le coût associé à l'excédent d'utilisation de services de santé par les individus obèses (consultations médicales et nuits d'hospitalisation) a récemment été estimé à 1,5 milliard de dollars par année (Blouin et collab., 2015). L'ampleur de la problématique explique pourquoi la majorité des recommandations internationales vise la population générale. Toutefois, nombreux sont les documents de notre corpus (18) qui visent plus

2. Il est ponctuellement arrivé que certaines propositions issues du forum ne convergent pas tout à fait avec les recommandations internationales ou avec le portrait de l'*Expérience québécoise*. Lorsque cela est arrivé, nous l'avons signalé dans les tableaux analytiques des annexes 7B, 7C et 7D et nous n'avons pas accordé la priorité à ces pistes d'action dans nos conclusions. Il serait utile de poursuivre la réflexion sur ces sujets.

particulièrement les enfants et les adolescents, compte tenu de l'importance de prévenir le surplus de poids et le développement des maladies chroniques dès le plus jeune âge.

Portrait de l'Expérience québécoise

Les recommandations internationales se reflètent dans le portrait de l'*Expérience québécoise*, dont les 166 interventions se répartissent surtout entre celles ciblant la population générale (83 interventions) et celles visant prioritairement les enfants ou les adolescents (69 interventions) (voir figure 3.9). Ce constat était prévisible, puisque de nombreuses mesures³ recensées relèvent du financement de Québec en Forme (QeF), dont l'action vise spécifiquement les enfants et leurs familles.

Propositions issues du forum délibératif

Dans le sondage «post-forum», une très large majorité de répondants était d'accord avec l'idée d'adopter une approche préventive «universelle proportionnée», c'est-à-dire qui cible l'ensemble de la population, tout en incluant des efforts spécifiques en direction des jeunes et des groupes de population vulnérables et défavorisés sur le plan socioéconomique.

Piste pour «faire mieux»

- ➔ Il convient de conserver une approche préventive qui cible l'ensemble de la population.
- ➔ Tout en incluant des efforts spécifiques en direction des jeunes et des groupes de population vulnérables et défavorisés sur le plan socioéconomique.

3. Pour mémoire, rappelons que dans cet ouvrage, les expressions «mesures» et «interventions» sont interchangeables.

5.3 COMMENT « MIEUX DONNER PRIORITÉ » AUX MILIEUX D'INTERVENTION ?

Recommandations internationales

En matière de promotion des saines habitudes de vie et de prévention de l'obésité, les recommandations internationales soulignent l'importance d'impliquer une très grande diversité de parties prenantes à toutes les échelles (nationale, régionale, locale, municipale). Dans une approche systémique, l'accent est mis sur l'importance de combiner de multiples actions (information, sensibilisation, éducation, modification de l'environnement alimentaire et de l'offre d'activités physiques et sportives, etc.), à l'échelle d'une école, d'un lieu de travail ou d'une communauté tout entière. À cet effet, les acteurs gouvernementaux et municipaux, les familles, le réseau de santé publique, les professionnels du milieu scolaire et le secteur privé font partie des acteurs les plus fréquemment interpellés.

Portrait de l'Expérience québécoise

Rappelons que dans notre portrait, l'*Expérience québécoise* est définie comme l'ensemble des politiques, des programmes et des interventions publiques, ou menés par des organisations publiques en collaboration avec les secteurs associatifs ou privés (incluant, par exemple, les projets soutenus par Québec en Forme). Par conséquent, les interventions spécifiquement réalisées par des organisations du secteur associatif ou du secteur privé, sans la participation du secteur public, n'ont pas été retenues. Tel qu'il a été indiqué précédemment (voir 3.4), ce choix s'explique par l'objectif de guider en premier lieu les acteurs publics qui sont amenés à décider des orientations à prendre en prévention de l'obésité et en promotion des saines habitudes de vie.

Globalement, le portrait de l'*Expérience québécoise* reflète une approche systémique, intersectorielle et multiniveaux. Parmi les 166 mesures que nous avons recensées, l'approche individuelle est presque aussi présente que l'approche environnementale. Parmi les 75 mesures visant à changer les environnements en matière d'alimentation, l'environnement physique est le plus souvent ciblé (58 fois) tandis que les environnements socioculturels et politiques sont chacun ciblés 38 et 35 fois. L'environnement économique reçoit moins d'attention (24 mesures). En promotion de l'activité physique, les interventions visant l'environnement physique

prédominant également (58 mesures). Suivent les interventions visant les environnements politiques (38 mesures), socioculturels (30 mesures) et économiques (22 mesures) (voir figures 3.3 à 3.7).

Les milieux de vie les plus souvent visés parmi les 166 interventions recensés sont les milieux scolaires (59 fois), municipaux (43 fois), associatifs (34 fois) et les milieux de garde (28 fois) (voir figure 3.10). Le portrait souligne particulièrement le rôle-clé joué par les municipalités, notamment par leurs politiques familiales municipales, les schémas d'aménagement et de développement (SAD), leurs plans d'urbanisme, et par l'application de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme. Certaines interventions à plus large spectre ciblent un ensemble de milieux de vie à l'échelle de la communauté tout entière. Dans cette catégorie, par exemple, la contribution des 158 regroupements locaux de partenaires soutenus par Québec en Forme est notable. Ils impliquent plus de 2000 organisations et plus de 5400 actions étaient planifiées par ces regroupements en 2014-2015.

En revanche, le portrait établi recense peu de mesures ciblant le milieu de travail. Plus encore, très peu de mesures ciblent le secteur privé, ce qui constitue pourtant un enjeu important pour la promotion de la saine alimentation. Dans ce domaine, quelques mesures visent les restaurateurs et les transformateurs. Elles sont plutôt incitatives que coercitives, bien que la littérature encourage parfois l'utilisation de mesures plus contraignantes telles que les lois et les règlements.

Propositions issues du forum délibératif

Dans le sondage auxquels ont répondu les participants à la suite du forum délibératif (voir chapitre 4), partant du principe que les ressources sont limitées, mais que de nombreux progrès restent à accomplir, quatre milieux ou domaines d'intervention ressortent comme étant particulièrement prioritaires :

1. Le **milieu scolaire**, notamment car il peut permettre de rejoindre la majorité des jeunes au moyen d'une diversité d'interventions ciblant l'individu ou ses différents environnements.
2. **L'environnement physique**, car, selon certains participants, il y a « beaucoup à faire », « beaucoup de choses possibles », les investissements peuvent toucher un grand nombre de personnes à long terme, et il y a une occasion du fait que « le Québec vit un momentum

en matière de besoins de réfection des infrastructures édifiées entre 1945 et 1970».

3. La **communauté** dans son ensemble notamment parce que, selon certains participants, les interventions à l'échelle d'une communauté peuvent toucher «*plusieurs milieux jugés prioritaires*» à la fois et parce qu'il est «*important que les saines habitudes de vie soient considérées comme un projet collectif, un projet social et non pas seulement comme une responsabilité individuelle*».
4. **L'environnement socioculturel**, notamment car les interventions à ce niveau influent sur les normes sociales et parce que, selon certains, ce milieu n'a peut-être pas été «*suffisamment investi jusqu'à présent*».

Les autres milieux font aussi l'objet d'attentions particulières, mais dans une moindre mesure. Par ordre décroissant de priorité figurent le secteur privé, les services de garde éducatifs à l'enfance, la santé maternelle et infantile, le milieu de soins et le milieu de travail.

Pistes pour «faire mieux»

- ➔ La promotion des saines habitudes alimentaires et de l'activité physique requiert l'implication d'une grande diversité de parties prenantes à toutes les échelles (nationale, régionale, locale, municipale). Au Québec, une grande variété d'interventions touche déjà le milieu scolaire et la communauté dans son ensemble : cela doit rester une priorité.
- ➔ En revanche, il apparaît important d'accroître spécifiquement les efforts en matière d'aménagement et de développement du territoire favorable à l'activité physique, en matière d'offre alimentaire saine (en incluant la participation du secteur privé) et en intervenant davantage dans l'environnement socioculturel.

Nous tiendrons compte de ce constat dans l'identification des pistes à privilégier pour «faire mieux» dans les sections suivantes.

5.4 COMMENT « MIEUX PROMOUVOIR » UNE SAINTE ALIMENTATION ?

Les données citées précédemment dans ce rapport (voir chapitre 3) indiquent qu'il reste beaucoup à faire en matière de promotion des saines habitudes alimentaires au Québec. Une proportion significative d'adultes et de jeunes n'atteint pas les recommandations nutritionnelles en vigueur (Blanchet et collab., 2009; Camirand et collab., 2012). Les individus socioéconomiquement privilégiés tendent à présenter de meilleurs apports nutritionnels. De plus, selon Blanchet et Rochette (2011), 8 % des adultes et 4 % des enfants de moins de 18 ans vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire.

Face à cette situation, différents rapports soulignent notamment l'importance d'accroître l'accès aux épiceries, supermarchés et marchés publics, et l'importance d'un environnement favorable à la saine alimentation autour et dans les écoles (Robitaille et Bergeron, 2013; Lalonde et Robitaille, 2014; Plamondon et collab., 2012a, 2012b).

Notre analyse comparative des recommandations internationales, du portrait de l'*Expérience québécoise*, et des principales propositions issues du forum délibératif en matière de promotion d'une saine alimentation est détaillée dans l'annexe 7B. Les **16 pistes pour « mieux promouvoir la saine alimentation »** qui ont émergé de cette analyse sont présentées dans l'encadré 5.1 (p.227-228). **Trois d'entre elles** sont identifiées comme étant **incontournables**. Nous présentons ici ces dernières avec un peu plus de détails.

 *Investir dans la surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons afin de favoriser la reformulation des aliments transformés*

Les données de surveillance des habitudes alimentaires des Québécois sont fragmentaires. Selon l'analyse par Blanchet et collab. (2009) des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.2) collectées en 2004, la consommation de matières grasses totales et saturées semble avoir diminué depuis 1990. Notons toutefois qu'en 2004, « l'apport en sodium s'est révélé excessif pour 87 % des Québécois » (Blanchet et collabo., 2009, p.VI) et près du quart des apports énergétiques se faisaient par l'intermédiaire d'aliments de faible valeur nutritive et de haute densité énergétique, notamment lors des collations. À cet égard, toujours selon l'analyse de Blanchet et collab.

(2009), notons également que la veille de l'enquête de 2004, 49 % des adultes québécois (notamment les plus jeunes) avaient consommé des aliments préparés à l'extérieur de la maison. Chez les jeunes, selon Camirand et collab. (2012), l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS, 2010-2011) révèle que près du tiers des élèves consomment des aliments gras, sucrés ou salés dans un restaurant ou un casse-croûte au moins trois fois au cours d'une semaine d'école.

Par conséquent, s'il est recommandé d'améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans les différents milieux de vie, il convient également d'agir directement auprès des distributeurs et des fabricants, afin de les inciter à reformuler certains de leurs produits. Par exemple, les transformateurs agroalimentaires sont fréquemment interpellés afin de réduire les teneurs en graisses saturées, en sucres et en sel dans leurs produits, de réduire la taille des portions, et de mettre au point des produits plus sains et nutritifs (WHO, 2009, 2011 ; Loring et Robertson, 2014 ; De Schutter, 2011 ; Gortmaker et collab., 2011). En effet, la reformulation des aliments transformés pourrait avoir des impacts à grande échelle sur les apports alimentaires et nutritionnels en faveur de la prévention des maladies chroniques, notamment pour les grands consommateurs de produits gras, sucrés ou salés (WHO, 2011). Les gouvernements préfèrent généralement les mesures incitatives (p. ex., signature de chartes d'engagements volontaires) aux mesures prescriptives (p. ex., lois et règlements d'application). Toutefois, des réglementations sont parfois préconisées dans les écrits scientifiques (p. ex., teneurs maximales en acides gras trans, en sel) en raison de leur ratio coût-efficacité (WHO, 2011 ; De Schutter, 2011 ; Mozzafarian et collab., 2012). De telles restrictions pourraient, dans certains cas, permettre d'aller au-delà des engagements volontaires de moindre portée pris par le secteur privé, étant donné que ceux-ci ne concernent qu'un nombre limité de fabricants et n'occasionnent l'amélioration nutritionnelle que d'une proportion limitée des produits consommés (INRA-ANSES, 2012).

Au Québec, deux mesures ont été mises en œuvre afin d'inciter les transformateurs à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits. Le programme *Mélior* est basé sur des engagements volontaires de progrès nutritionnel et le programme *DUX* récompense les entreprises qui se démarquent par leurs initiatives visant à améliorer l'alimentation des Québécois (voir annexe 3).

La surveillance nutritionnelle des aliments et des boissons commercialisés au Québec permettrait de mesurer l'impact de ces mesures, de mieux informer la population de la qualité nutritionnelle de différents produits transformés et, à l'avenir, de mieux cibler d'autres actions favorisant la reformulation nutritionnelle. Des initiatives dans ce sens sont en démarrage dans les milieux universitaires, avec le soutien des acteurs publics. Les résultats de telles évaluations devraient aussi être activement communiqués aux autorités fédérales, compte tenu de leurs mandats en matière de définition et de mise en œuvre de politiques et de normes concernant la valeur nutritive des aliments (Santé Canada, 2015).

 **Réaménager les infrastructures des milieux scolaires et des services de garde éducatifs à l'enfance afin d'offrir des espaces propices aux repas conviviaux**

Dans un contexte de ressources limitées, les participants au forum délibératif CFM ont identifié des milieux d'intervention prioritaires. Parmi ceux-ci figure le milieu scolaire, parce qu'il permet de joindre la majorité des jeunes, et que ceux-ci doivent continuer à faire l'objet d'efforts spécifiques. L'environnement physique constitue également une composante importante de ces milieux : selon certains participants, il y a « *beaucoup à faire* » de ce côté, « *beaucoup de choses possibles* ». De plus, l'amélioration des caractéristiques de l'environnement bâti dans les écoles et autour de celles-ci permet de toucher un grand nombre d'individus à long terme.

À la croisée de ces deux orientations, le réaménagement des espaces réservés à la prise des repas en milieu scolaire et dans les milieux de garde a émergé comme une priorité lors du forum. Dans les écrits, bien que l'accent soit souvent mis sur l'importance d'une offre alimentaire de qualité dans ces milieux, il est également préconisé de soutenir financièrement et techniquement les écoles afin qu'elles soient en mesure de proposer aux élèves un temps de repas et des horaires appropriés, des locaux propres, un niveau sonore adapté et un espace adéquat (White House Task Force, 2010).

Cette réflexion semble particulièrement justifiée au Québec. Bergeron et Paquette (2014), d'une part, précisent que la majorité des élèves du primaire (70 %) et du secondaire (76 %) mangent à l'école le midi. D'autre part, ils soulignent que tandis que certains pays, tels que

la Finlande et la France, ont mis en place une offre de repas scolaires subventionnés, au Québec, la situation est différente. Bien que les proportions d'élèves consommant un repas offert par l'établissement ou apporté depuis la maison demeurent inconnues à l'échelle de la province (Bergeron et Paquette, 2014), une enquête menée en 2008 dans la région de Sherbrooke auprès de 8 612 parents d'élèves du primaire et 5 250 élèves du secondaire indique que la plupart des jeunes apportent leur repas du midi tous les jours ou plusieurs fois par semaine. Selon cette même enquête, Morin et collab. (2010, p.65) soulignent que dans près du tiers des 29 écoles primaires enquêtées, le temps moyen pour manger était inférieur aux 20 minutes suggérées par la Politique-cadre *Pour un virage santé à l'école* «en raison d'un manque d'espace pour accueillir de grands groupes». Au secondaire, le rapport d'enquête recommande d'augmenter la disponibilité de micro-ondes afin de réduire le temps d'attente et «d'inciter plus de jeunes à apporter des repas [...] qui peuvent être réchauffés» (Morin et collab., 2010, p.68). Si la propreté des lieux de repas et des comptoirs a été soulignée par les enquêteurs, les observations relatives à l'ambiance, à la convivialité, au bruit et à la fluidité de la circulation étaient mitigées (Morin et collab., 2010). Ces enseignements convergent avec les résultats du forum CFM qui suggèrent de favoriser la prise de dîners de «style familial» dans un espace convivial et sur un temps suffisamment long.

Mieux cerner les besoins des établissements et des familles semble donc incontournable et devrait permettre de planifier des actions ciblées. Le fait que la majorité des écoles du Québec devront être rénovées dans les prochaines années constitue une bonne occasion à cet égard. Ces efforts devraient faire l'objet d'une réflexion plus globale en cas d'expansion de l'offre de repas scolaires subventionnés visant à favoriser la saine alimentation des jeunes.

 **Organiser une campagne de sensibilisation de masse véhiculant une série de repères simples et positifs sur la saine alimentation**

Au Québec, selon l'analyse par Blanchet et collab. (2009) des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.2) collectées en 2004, un grand nombre d'adultes (entre un tiers et plus de trois quarts) ne se conforment pas aux recommandations du *Guide alimentaire canadien* pour manger sainement, selon qu'il s'agisse de la consommation de fruits et de légumes, de produits céréaliers, de produits laitiers, de sodium ou encore de produits sucrés (Blanchet et collab., 2009).

Chez les jeunes, selon Camirand et collab. (2012, p.71), l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS, 2010-2011) révèle que «seulement un tiers (33 %) des élèves du secondaire consomme en moyenne le nombre minimum de portions de fruits et légumes recommandé par le *Guide alimentaire canadien*» et qu'ils ne sont que 48 % à consommer en moyenne le nombre minimum recommandé de trois portions de produits laitiers par jour. L'analyse révèle aussi qu'environ 31 % des jeunes consomment habituellement des boissons sucrées, des grignotines ou des sucreries au moins une fois par jour (Camirand et collab., 2012).

Au regard de la situation, les effets bénéfiques des campagnes médiatiques et éducatives s'appuyant sur de multiples canaux (impressions, radio, télévision, Internet et autres outils promotionnels) pour promouvoir la consommation d'aliments favorables à la santé ont été clairement mis en avant dans notre corpus de documents internationaux. L'amplitude des effets à l'échelle des individus reste toutefois modeste (p. ex., moins d'une portion de fruits et de légumes par jour en plus), mais il s'agit d'un élément à inclure dans un portefeuille de mesures visant à promouvoir de saines habitudes de vie. Il est généralement conseillé de mettre en place des campagnes intensives, à long terme, culturellement appropriées et axées sur des changements de comportements clairement identifiés au moyen de messages simples : consommer moins de boissons sucrées ou initier les enfants au goût des fruits et des légumes, par exemple (WHO, 2009, 2012 ; Étiévant et collab., 2010 ; IOM, 2012 ; Mozzafarian et collab., 2012 ; Wilson et collab., 2012 ; Capacci et collab., 2012).

Au Québec, nous avons connu quelques campagnes de sensibilisation sur les saines habitudes de vie : le portrait CFM a permis d'identifier deux campagnes régionales et cinq campagnes provinciales. Peu d'évaluations ont toutefois été recensées. Par exemple, la campagne médiatique *Vas-y, fais-le pour toi!*, menée entre 2004 et 2008, a été évaluée par une équipe d'universitaires afin de mesurer si elle influait sur les intentions de changements de comportements relatifs à l'activité physique et à la saine alimentation (Czaplicki et collab., 2012). Des 603 enfants interrogés, 78 % connaissaient la campagne, ce qui suggère une campagne très visible. De plus, un tiers des jeunes connaissant la campagne indiquaient leurs intentions de changer un ou deux des comportements visés. Les plus jeunes étaient les plus réceptifs. Cependant, il s'agit de mesures relativement coûteuses. Les participants au forum délibératif CFM ont suggéré de miser le plus possible sur les médias novateurs qui permettent

de joindre les individus à un coût moindre que par l'intermédiaire des médias écrits et télévisuels classiques.

Encadré 5.1 :

Pistes pour « mieux promouvoir » une saine alimentation

À l'échelle de l'individu

- ➔ Maintenir les efforts existants en matière de promotion de l'allaitement maternel
- ➔ Maintenir les efforts existants en matière d'éducation alimentaire, sensorielle, culinaire et nutritionnelle chez les jeunes
- ➔ Renforcer les efforts engagés par le gouvernement provincial auprès de ses employés en matière d'information et de sensibilisation sur les saines habitudes de vie
- ➔ Renforcer les actions de promotion d'une saine alimentation en milieux de soins, notamment par l'extension du counseling sur la saine alimentation à toute la province

À l'échelle de l'environnement physique

- ➔ Maintenir les efforts visant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans les écoles et les milieux de garde, notamment en limitant la disponibilité de produits au profil nutritionnel peu favorable à la santé (forte teneur en graisses ou en sucres ajoutés ou en sel)
- ➔ ➔ Réaménager les infrastructures des milieux scolaires et des services de garde éducatifs à l'enfance afin d'offrir des espaces propices aux repas conviviaux
- ➔ ➔ Investir dans la surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons afin de favoriser la reformulation des aliments transformés
- ➔ Maintenir les efforts existants en matière d'aménagement d'espaces privatifs réservés à l'allaitement maternel dans les lieux publics
- ➔ Accroître les efforts visant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons offerts dans les lieux publics et les établissements gouvernementaux, notamment en limitant la disponibilité de produits au profil nutritionnel peu favorable à la santé (forte teneur en graisses ou en sucres ajoutés ou en sel)
- ➔ Modifier la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme afin d'y inclure des critères favorisant la saine alimentation dans le processus d'élaboration des schémas d'aménagement et de développement (SAD)

À l'échelle de l'environnement socioculturel

- ➤ Organiser une campagne de sensibilisation de masse véhiculant une série de repères simples et positifs sur la saine alimentation, en misant dans la mesure du possible sur des médias novateurs et moins coûteux
- Renforcer l'application de la loi sur la publicité ciblant les enfants afin de tenir compte des nouveaux médias et de contrer certaines nouvelles techniques de marketing

À l'échelle de l'environnement politique

- Renforcer les politiques incitatives en matière d'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre d'aliments et de boissons dans les écoles
- Instaurer une politique réaménageant les horaires d'école afin de favoriser un temps de repas suffisamment long et convivial

À l'échelle de l'environnement économique

- Renforcer la qualité nutritionnelle dans les programmes d'aide alimentaire et les efforts visant à assurer l'accès économique à une saine alimentation pour les groupes de la population défavorisés sur le plan socioéconomique
- Instaurer une taxe sur les boissons sucrées dont les recettes seront réinvesties en promotion de la santé

5.5 COMMENT « MIEUX PROMOUVOIR » L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ?

Les données citées précédemment dans ce rapport (voir chapitre 3) indiquent qu'il reste également beaucoup à faire en matière de promotion de l'activité physique de loisir et de transport chez les adultes et les jeunes au Québec. Un certain nombre de rapports québécois recommandent d'aménager l'environnement bâti en conséquence. Il s'agirait notamment d'améliorer le potentiel piétonnier dans les quartiers, de favoriser une plus grande densité résidentielle, une plus grande connectivité des rues et l'accessibilité à des commerces de proximité. La promotion du transport actif et l'installation d'infrastructures récréatives et sportives dans les zones résidentielles ont aussi été recommandées. Davantage de collaborations entre les organisations de santé publique et les municipalités sont aussi suggérées afin de développer des plans d'aménagement du territoire

particulièrement favorables à l'activité physique (Bergeron et Robitaille, 2013; Lalonde et Robitaille, 2014; Sasseville, 2014).

Notre analyse comparative des recommandations internationales, du portrait de l'*Expérience québécoise* et des principales propositions issues du forum délibératif en matière de promotion de l'activité physique est détaillée dans l'annexe 7C. Notre analyse a mené à **12 pistes pour faire mieux en promotion de l'activité physique**. On les retrouve dans l'encadré 5.3 (p.236-237). **Quatre de ces douze pistes** s'imposaient comme étant **incontournables**. Nous présentons ici ces dernières avec un peu plus de détails.

 **Élaborer une politique d'aménagement du territoire favorisant une mixité d'utilisation des sols raisonnée**

Plusieurs éléments d'une politique d'aménagement urbain peuvent faciliter l'activité physique. En s'assurant que les routes soient propices à la marche, que les quartiers aient une densité d'habitation modérée et qu'une grande diversité de services et de commerces se trouve à proximité du domicile ou du lieu de travail, on augmente la propension des individus à être physiquement actifs au quotidien (WHO, 2009; City of New York, 2010; Durand et collab., 2011; Ding et collab., 2011; Mozzafarian et collab., 2012; Heath et collab., 2012; Wilson et collab., 2012; Brennan et collab., 2014).

Dans les villes du Québec, plusieurs quartiers centraux ont déjà un bon potentiel piétonnier, mais une majorité de Québécois résident, travaillent et étudient dans des quartiers où les écoles, les garderies, les épiceries, et les autres services et commerces sont trop loin ou mal connectés pour s'y rendre à pied (Robitaille, 2012, 2014). Au Québec, les gouvernements régionaux et municipaux sont en position de modifier et d'adopter des politiques d'aménagement du territoire, de même que des règlements qui mettent en œuvre ces politiques (Gouvernement du Québec, 2014a). Ainsi, les administrations des municipalités régionales de comté (MRC) et des deux communautés métropolitaines (Montréal et Québec) sont tenues de préparer des schémas et des plans d'aménagements. Cependant, on constate que moins du quart de ces politiques incluent des critères de densité, de mixité ou de connectivité pour l'aménagement des quartiers (QeF, 2013e).

Plusieurs initiatives ont été déployées dans les dernières années afin d'informer et de mieux outiller les acteurs municipaux quant à l'impact

de l'aménagement urbain sur l'activité physique. Un changement sur le plan des politiques publiques touchant à l'aménagement viendrait épauler ce travail. Le ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire est responsable de vérifier que les schémas et les plans sont conformes aux objectifs poursuivis par le gouvernement provincial en matière d'aménagement du territoire. Présentement, les orientations gouvernementales sur l'aménagement soulèvent certains des problèmes liés à l'étalement urbain, mais elles datent de 1994 et sont en processus de renouvellement (ministère des Affaires municipales, 1994). Afin de mieux accompagner les autorités municipales dans l'adoption de politiques favorisant une mixité d'utilisation des sols raisonnée, ces orientations gouvernementales pourraient être mises à jour de manière à rendre incontournables les critères de densité, de mixité et de connectivité.



Inciter les municipalités à tirer davantage parti de leurs politiques familiales, schémas d'aménagement et de développement et plans d'urbanisme pour accroître l'offre d'activités physiques sportives et récréatives, le transport actif, les parcs, les aires de jeux et les espaces verts

D'après les écrits scientifiques, à l'échelle d'un quartier, l'activité physique des jeunes et des adultes est solidement associée à l'accessibilité des parcs, des aires de jeux, des sentiers et des centres sportifs et récréatifs. Par conséquent, il est fréquemment recommandé aux municipalités d'installer ce type d'infrastructures à distance raisonnable des résidences et des logements, avec une attention particulière pour les quartiers défavorisés. De plus, il est généralement recommandé de faciliter l'accès aux transports en commun (stimule la marche), d'améliorer la fréquence, la qualité et la sécurité des trottoirs et des pistes cyclables, et de faciliter le stationnement des vélos en tous lieux (Keener et collab., 2009; IOM, 2009, 2013; Sallis et Glanz, 2009; NICE, 2009; City of New York, 2010; White House Obesity Task Force, 2010; IOM, 2011; CDC, 2011a, 2011c; Ding et collab., 2011; Brennan et collab., 2014; Mozzafarian et collab., 2012; Heath et collab., 2012; Wilson et collab., 2012; Active Healthy Kids Canada, 2012; NICE, 2009, 2012; WCRF, 2009).

Une analyse de Robitaille (2012) indique qu'en moyenne, au Québec, la distance entre la résidence et une infrastructure de loisirs est de 2,21 kilomètres. La distance moyenne entre la résidence et un parc ou un espace vert est quant à elle de 1,6 km (Robitaille, 2012). Ces moyennes se situent au-dessus du seuil de 1 kilomètre généralement utilisé

par les chercheurs afin de mesurer l'accessibilité aux services. On note d'importantes variations de ces distances entre les milieux urbains et ruraux ainsi que selon les régions du Québec. Par exemple, la distance à parcourir pour se rendre à une infrastructure de services est en moyenne de moins de 800 mètres à Laval, mais de plus de 6 kilomètres en Abitibi-Témiscamingue.

À l'échelon municipal, les politiques familiales, les schémas d'aménagement et de développement et les plans d'urbanisme offrent des occasions d'action. Les objectifs de santé associés à ces mesures rejoignent ceux de la protection de l'environnement, du développement durable et responsable. Selon notre portrait de l'*Expérience québécoise*, beaucoup de municipalités tirent déjà parti de ces dispositifs, par exemple par l'aménagement de parcs, de pistes cyclables et de sentiers piétonniers; par des exigences d'aménagement de parcs, de terrains de jeux ou d'espaces nature dans les projets résidentiels; par des installations et ententes de prêts en matière d'infrastructures de loisirs; par des politiques tarifaires et des horaires adaptés; par une offre d'activités d'apprentissage, etc. Mais la marge de progression est importante.

Afin de soutenir le travail des municipalités en matière d'infrastructures facilitant l'activité physique, une modification de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme pourrait être envisagée. Cette modification pourrait exiger que la modification ou le remplacement d'un plan d'urbanisme soient non seulement accompagnés d'une analyse des impacts anticipés sur l'environnement, comme le proposait le gouvernement en 2011, mais aussi d'une évaluation d'impact sur la santé (Bergeron et Robitaille, 2011). À l'échelle provinciale, des mesures pourraient être envisagées pour stimuler l'usage des transports en commun, par exemple en réduisant plutôt qu'en tarifant davantage les frais de transport. De plus, les municipalités pourraient se doter d'indicateurs pour suivre l'impact de la mise en œuvre de leur plan d'urbanisme sur les saines habitudes de vie. Les orientations gouvernementales en aménagement pourraient aussi offrir des balises en matière d'accès aux infrastructures de loisirs.

Encadré 5.2 :*L'hiver comme obstacle à l'activité physique?*

Les conditions climatiques que l'on trouve au Québec sont parfois moins propices aux activités extérieures ; la rigueur de l'hiver est souvent mentionnée comme obstacle à l'activité physique. Ainsi, les chercheurs ont remarqué que les Canadiens, comme les Québécois, tendent à être plus sédentaires en hiver que durant les autres saisons (Anwar et collab., 2007 ; Belanger et collab., 2009).

Les participants au forum délibératif ont soulevé cette particularité du contexte québécois et ont proposé que les parcs et autres installations extérieures favorisant l'activité physique soient réaménagés et déneigés afin de réduire la sédentarité saisonnière, car ils sont souvent sous-utilisés durant l'hiver.

 **Réaménager les infrastructures et renforcer l'offre d'animations, d'équipements et de matériel afin de stimuler l'activité physique dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance**

Au Québec, selon différentes enquêtes, Nolin (2015) estime qu'environ 6 enfants âgés de 6 à 11 ans sur 10 et 4 adolescents âgés de 12 à 17 ans sur 10 atteignent le niveau d'activité physique de loisir hebdomadaire recommandé. Les niveaux moyens enregistrés sont généralement plus élevés chez les garçons que chez les filles. Nolin et Hamel (2009) relèvent toutefois des améliorations significatives chez les jeunes filles québécoises de 12 à 17 ans au cours des dernières années (plus particulièrement entre 1995 et 2005). Toujours selon différentes enquêtes mesurant l'activité physique de loisir, Nolin (2015) note qu'une proportion importante de jeunes se classe dans les catégories « peu actifs » ou « sédentaires ». Par exemple, selon une enquête menée en 2009-2010 chez les jeunes Québécois âgés de 5 à 12 ans, 1 sur 5 n'atteignait pas la moitié du niveau minimal d'activité physique journalière recommandé (Nolin, 2015). Globalement, ces données suggèrent une marge de progression significative.

Les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance constituent une bonne perspective à cet égard. De nombreuses recommandations soulignent l'intérêt de mettre à la disposition des jeunes des gymnases, des terrains de sport, des équipements et du matériel stimulant l'activité physique sur le temps scolaire et périscolaire. Dans les classes, le mobilier

peut aussi favoriser des postures dynamiques. Lors des pauses, les effets bénéfiques de l'aménagement des cours d'école sur l'activité physique ont été démontrés : marquages au sol, espaces de jeux variés et régulièrement renouvelés (NICE, 2009 ; WCRF, 2009 ; White House Obesity Task Force, 2010 ; CDC, 2011c ; Mozzafarian et collab., 2012 ; Summerbell et collab., 2012 ; Active Healthy Kids Canada, 2012 ; IOM, 2009, 2011, 2012, 2013).

Au Québec, de nombreux efforts vont d'ores et déjà en ce sens. Par exemple, selon Québec en Forme, une part importante du financement attribué aux regroupements locaux de partenaires lors de l'année financière 2014-2015 (plus de 26 millions de dollars) était consacrée aux écoles primaires (33 %), aux écoles secondaires (8 %) et à la petite enfance (11 %). Cela inclut des actions visant à augmenter les occasions d'être actif, à former des intervenants, et à améliorer des infrastructures sportives et de plein air (QeF, 2014b, non publié). Ces efforts doivent être poursuivis. Par ailleurs, la campagne de communication sociétale WIXX, encourageant les jeunes de 9 à 13 ans à être physiquement plus actifs, inclut de nombreuses animations à l'échelle de la province. Soulignons également les efforts menés dans le cadre de l'approche *École en santé*, dont l'évaluation révèle toutefois un besoin de renforcement en matière de formation des acteurs locaux (voir annexe 3).

Lors du forum délibératif CFM, le réaménagement des écoles est une proposition à laquelle la plupart des participants ont accordé la priorité. Il fut notamment souligné qu'au Québec, la majorité des écoles ont été construites il y a plusieurs décennies et doivent donc être rénovées dans les prochaines années puisque certaines infrastructures arrivent à la fin de leur cycle de vie : il s'agit d'une occasion à saisir. Les commissions scolaires et le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ont en main les leviers afin de financer ces rénovations. Chaque commission scolaire pourrait maximiser ces investissements en s'assurant, autant que possible, que les nouveaux aménagements intérieurs et extérieurs favorisent l'activité physique dans le quotidien des enfants et des adolescents. Afin de soutenir les commissions scolaires, un comité-conseil pourrait être mis à la disposition des équipes responsables de ces réaménagements. Ce comité pourrait faire des suggestions quant aux meilleures stratégies à adopter pour stimuler l'activité physique compte tenu des contraintes propres à chaque école.

 ***Instaurer une politique renforçant le temps d'activité physique sur le temps scolaire, périscolaire et dans les milieux de garde***

L'une des mesures les plus souvent recommandées dans les écrits internationaux portant sur la promotion de l'activité physique est l'augmentation du nombre de leçons d'éducation physique et, plus globalement, du temps d'activité physique dans le programme scolaire (en dehors des cours d'éducation physique). Par exemple, aux États-Unis, l'*Institute of Medicine* recommande que les enfants soient encouragés à pratiquer 60 minutes d'activité physique modérée ou soutenue par jour dans les écoles primaires et secondaires, dont au moins la moitié pendant les heures de classe (IOM, 2013). En corollaire, il est préconisé de former les enseignants, incluant les titulaires de classe et non seulement les enseignants spécialisés en éducation physique, afin qu'ils soient en mesure de proposer une activité physique de qualité et adaptée à l'âge des élèves et à la disponibilité du matériel (White House Obesity Task Force, 2010; Waters et collab., 2011; Wilson et collab., 2012; IOM, 2013). Au Québec, la comparaison faite par Nolin (2015) des résultats en matière d'activité physique de loisir issus de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2011-2012) et de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS, 2010-2011) confirme l'importance de cette piste. En effet, selon l'ESCC, la proportion de jeunes de 12 à 17 ans «sédentaires» était de 7% tandis que, selon l'EQSJS, qui exclut explicitement le temps d'éducation physique à l'école, la proportion de «sédentaires» s'élevait à 34% (Nolin, 2015).

L'éducation physique fait partie des matières obligatoires dans les écoles primaires et secondaires du Québec. Cependant, le Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire figurant dans la Loi sur l'instruction publique ne prescrit pas un nombre d'heures minimum d'éducation physique par semaine. À titre indicatif, il y figure que l'on devrait y consacrer deux heures par semaine au primaire, 100 heures par année au premier cycle du secondaire et 50 heures par année durant les trois dernières années du secondaire (Gouvernement du Québec, 2015)⁴. Pour ce qui est des services de garde éducatifs à l'enfance, le cadre de référence

4. Conséquemment, un horaire type dans les écoles du Québec est de 2 périodes de 60 minutes par semaine au primaire et de 2 périodes de 75 minutes par 9 jours au secondaire (Blais, 2010).

Gazelle et Potiron pour le jeu libre et le développement moteur est d'ores et déjà utilisé (voir annexe 3).

Lors du forum délibératif CFM, l'augmentation du temps consacré à l'activité physique en milieu scolaire est une proposition qui a clairement été jugée prioritaire, mais les avis étaient partagés quant au niveau de flexibilité à accorder aux écoles et aux commissions scolaires dans son application. Une première étape pourrait être de modifier les articles 22, 23 et 23.1 du Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire afin d'augmenter le temps d'enseignement en éducation physique présenté à titre indicatif et, ce faisant, inciter les décideurs des milieux scolaires à réviser les programmes dans leur école. Cette étape pourrait aussi inclure une enquête destinée à mesurer le temps réel accordé à l'éducation physique et à l'activité physique dans les programmes scolaires, afin de vérifier dans quelles mesures les nouvelles indications ont influencé les pratiques dans les écoles. La révision du Régime pédagogique serait aussi l'occasion de discuter de la pertinence d'inclure des indications quant au temps consacré à l'activité physique dans le cadre de l'enseignement préscolaire (à la maternelle et à la prématernelle). Dans la mise en œuvre de telles dispositions, il conviendra de tirer parti des nombreux efforts déjà déployés par les professionnels et éducateurs physiques des milieux scolaires ainsi que par les parents bénévoles actifs dans les loisirs municipaux et communautaires.

Encadré 5.3 :**Pistes pour « mieux promouvoir » l'activité physique*****À l'échelle de l'individu***

- ➔ Maintenir les efforts de promotion d'un mode de vie physiquement actif, du jeu actif et de réduction de la sédentarité à l'échelle individuelle dans toute la population
- ➔ Renforcer les actions de promotion de l'activité physique en milieux de soins, notamment par l'extension du counseling sur l'activité physique à toute la province

À l'échelle de l'environnement physique

- ➔ ➔ Élaborer une politique d'aménagement du territoire favorisant une mixité d'utilisation des sols raisonnée (densité d'habitation modérée, potentiel piétonnier satisfaisant, implantation de bureaux, d'écoles, de garderies, d'épiceries, de supermarchés et autres commerces et services de proximité)
- ➔ ➔ Réaménager les infrastructures et renforcer l'offre d'animations, d'équipements et de matériel afin de stimuler l'activité physique dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance
- ➔ ➔ Inciter les municipalités à tirer davantage parti de leurs politiques familiales, schémas d'aménagement et de développement (SAD) et plans d'urbanisme pour accroître l'offre d'activités physiques sportives et récréatives, le transport actif, les parcs, les aires de jeux et les espaces verts
- ➔ Inciter les commissions scolaires à mettre moins d'accent sur le transport scolaire et davantage sur le transport public afin de favoriser le déplacement actif des écoliers

À l'échelle de l'environnement socioculturel

- ➔ Maintenir les efforts de sensibilisation de masse faisant la promotion de l'activité physique, en privilégiant des repères simples et positifs, et en misant dans la mesure du possible sur des médias novateurs et moins coûteux

À l'échelle de l'environnement politique

- ➔ ➔ Instaurer une politique renforçant le temps d'activité physique sur le temps scolaire, périscolaire et dans les milieux de garde
- ➔ Renforcer les ententes entre municipalités et commissions scolaires, afin de favoriser la mutualisation des ressources en matière d'infrastructures de sports et loisirs

- Instaurer une politique réaménageant les horaires d'écoles afin d'encourager l'activité physique de loisirs sur le temps périscolaire, et afin de stimuler le transport actif
 - Réviser les cadres normatifs qu'utilisent les urbanistes et architectes dans la planification des villes et des bâtiments publics afin de favoriser l'activité physique, le transport actif et le transport public
- À l'échelle de l'environnement économique**
- Maintenir l'accès à des activités physiques ou sportives de loisirs gratuites ou à prix abordable dans les municipalités

5.6 COMMENT « MIEUX PROMOUVOIR » UNE SAINTE IMAGE CORPORELLE ?

Dans notre corpus de 58 documents internationaux, les recommandations visant spécifiquement l'image corporelle sont peu nombreuses et soutenues par un moindre volume de données probantes que les recommandations visant la saine alimentation et l'activité physique. Elles se retrouvent essentiellement dans quelques documents publiés par des sociétés savantes ou associations américaines, québécoises ou françaises. Les recommandations les plus fréquentes visaient l'intégration de préoccupations liées à l'image corporelle dans les programmes scolaires, et le développement d'une approche respectueuse des capacités de chaque jeune lors de séances d'activités physiques ou sportives (voir chapitre 2).

Notre portrait de l'*Expérience québécoise* reflète ce constat, puisqu'il s'agit d'une thématique qui ressort faiblement. Sur les 166 interventions recensées, seules 3 interventions portaient exclusivement sur l'image corporelle, et 4 autres abordaient ce thème en même temps qu'ils traitaient d'alimentation ou d'activité physique.

Parmi les mesures axées spécifiquement sur l'image corporelle et la préoccupation excessive à l'égard du poids, la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée (CHIC) se démarque par le partenariat établi avec l'industrie de la mode (voir annexe 3). Gauvin et Steiger (2012) ont évalué la notoriété publique, l'acceptabilité et la perception de l'efficacité de cette charte dans un sondage auprès de 1003 adultes québécois au printemps 2010. Ils ont constaté que plus de 35 % des répondants connaissaient la Charte, et que la majorité la percevait comme une mesure acceptable et potentiellement influente.

Lors du forum délibératif, ce thème n'a pas été spécifiquement abordé, et mériterait probablement de faire l'objet d'une réflexion plus spécifique afin de savoir si les efforts engagés présentement au Québec sont pertinents et suffisants.

Pistes pour «faire mieux»

➔ Les efforts d'intervention focalisés sur l'image corporelle et les préoccupations excessives à l'égard du poids doivent être maintenus au Québec. Néanmoins, une réflexion précise devrait être engagée sur la portée globale de ces efforts.

5.7 COMMENT «MIEUX DÉPLOYER» L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE?

Un certain nombre de lignes directrices ont guidé la démarche du projet CFM depuis le début (voir 1.4). Elles soulignent d'emblée la nécessité d'une approche systémique et multifactorielle, l'importance d'investir en prévention primaire et dès le plus jeune âge, et la pertinence d'agir sur les habitudes alimentaires et l'activité physique, en tant que facteurs de risque de nombreuses maladies chroniques, au-delà de l'embonpoint et de l'obésité.

La presque totalité des recommandations internationales donne des pistes d'amélioration en matière de recherche, de surveillance et d'évaluation des interventions. La majorité d'entre elles insiste sur l'importance de stratégies de promotion et de prévention inclusives et axées sur l'équité. Dans une moindre mesure, des recommandations sont formulées en matière d'intersectorialité, de leadership et de gouvernance, de contextualisation et de renforcement de la capacité des parties prenantes (voir chapitre 2).

Dans notre portrait de l'*Expérience québécoise*, 63 interventions sur les 166 recensées incluent au moins un objectif transversal. Le plus fréquent des objectifs transversaux est le renforcement de la capacité des parties prenantes (48 interventions). D'autres d'interventions structurelles et interministérielles visent essentiellement à soutenir de manière globale les efforts de prévention mis en œuvre par un grand nombre d'acteurs à l'échelle de la province. Le Plan d'action gouvernemental de promotion

des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG) en est un exemple (voir chapitre 3).

Notre analyse comparative des recommandations internationales, du portrait de l'*Expérience québécoise*, et des principales propositions issues du forum délibératif quant aux dimensions transversales d'intervention est détaillée dans l'annexe 7D. Des **17 pistes** identifiées à l'issue de cette analyse pour **mieux déployer les actions** en prévention de l'obésité au Québec (voir encadré 5.5, p.247-248), **5** pistes se démarquent. Nous présentons ici ces dernières avec un peu plus de détails.

 *Renforcer l'approche systémique québécoise en promotion des saines habitudes de vie, reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'intervention*

Agir efficacement pour prévenir les maladies chroniques et l'obésité, cela ne passe pas par une solution unique. Les organisations de référence qui examinent comment atteindre des résultats probants en la matière soulignent la nécessité d'investir dans une diversité d'actions dans de nombreux secteurs. Que ce soit l'Organisation mondiale de la Santé, l'*Institute of Medicine* aux États-Unis ou la firme internationale de consultants McKinsey (WHO, 2012; IOM, 2012; Dobbs et collab., 2014), le message-clé demeure le même : il est essentiel de se doter d'un portefeuille de mesures qui travaillent simultanément à sensibiliser les individus et à modifier les milieux de vie, afin que ces derniers deviennent plus propices à la saine alimentation et à l'activité physique. Des interventions ne conduisant qu'à des effets de petite taille lorsqu'elles sont considérées isolément peuvent toutefois constituer des composantes importantes d'une stratégie plus globale (Gortmaker et collab., 2011). Cette approche systémique doit permettre de toucher une « masse critique » de la population afin d'espérer infléchir puis inverser les courbes de prévalence de l'embonpoint, de l'obésité et de leurs comorbidités (Sassi, 2010; NICE, 2012a).

Depuis de nombreuses années, la nécessité d'instaurer une approche globale et systémique en promotion des saines habitudes de vie s'est imposée au Québec, comme l'illustrent les travaux du Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (ASPQ, 2004, 2006), le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (Lachance et collab., 2006) et, plus récemment, la Vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention

des problèmes reliés au poids, élaborée par le MSSS en collaboration avec Québec en Forme et l'INSPQ (Mongeau et collab., 2012, voir figure 5.1).

FIGURE 5.1 : REPRÉSENTATION DE LA VISION COMMUNE DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SAINE ALIMENTATION, À UN MODE DE VIE PHYSIQUEMENT ACTIF ET À LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES RELIÉS AU POIDS



© Gouvernement du Québec, 2012

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 24 pages. Hyperlien : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-03.pdf>

L'approche adoptée interpelle un grand nombre d'acteurs à plusieurs paliers (provincial, régional, local) dans une diversité de secteurs et de milieux de vie (gouvernements, écoles, commissions scolaires, milieux de garde, milieux de travail, milieux communautaire et associatif, milieux sportifs et récréatifs, médias, secteurs agroalimentaire, de la santé, des transports, de l'aménagement, etc.). Elle permet ainsi de déployer

une combinaison de stratégies et de canaux d'interventions ciblant à la fois les individus et leurs environnements physiques, socioculturels, économiques et politiques. Pour « faire mieux » et avoir des répercussions à l'échelle populationnelle à moyen et long terme, il convient de renforcer cette approche et d'intensifier les efforts.

 *L'action intersectorielle devrait s'inscrire dans le cadre d'une politique de prévention implantée sous l'égide du plus haut palier gouvernemental (c'est-à-dire par le premier ministre du Québec)*

Les comportements alimentaires et l'activité physique sont conditionnés par une grande diversité de facteurs à l'échelle de l'individu et de ses environnements. Il est donc préconisé de s'appuyer sur les ressources et compétences de nombreux secteurs d'activités. Pour y parvenir, un leadership politique de haut niveau à l'échelle de l'État comme à l'échelle locale est clairement présenté comme une condition de succès dans les recommandations scientifiques. En effet, l'action intersectorielle pour la création d'environnements favorables à la saine alimentation et à l'activité physique demande souvent aux organisations extérieures au secteur de la santé d'aller au-delà de leur mandat premier. Par conséquent, les organisations de santé publique (ministères, agences, directions), et plus particulièrement leurs directeurs, sont invités à jouer un rôle majeur dans la création et la mise en œuvre de partenariats (WCRF, 2009; WHO, 2011; WHO, 2012; IOM, 2012; NICE, 2012a; Heath et collab., 2012).

Dans notre portrait de l'*Expérience québécoise*, 11 interventions sur les 166 recensées favorisent explicitement une approche intersectorielle et intégrée en promotion des saines habitudes de vie à l'échelle du Québec (p. ex., le PAG, la Table de concertation nationale sur le mode de vie physiquement actif), ainsi qu'à l'échelle des régions (p. ex., les Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie) et à l'échelle locale (p. ex., les regroupements locaux de partenaires de Québec en Forme). Conformément à la littérature scientifique, plusieurs rapports d'évaluation indiquent que cette approche est cruciale, mais difficile à mettre en œuvre au Québec. Six éléments favorables à l'action intersectorielle sont toutefois soulignés : 1) un signal clair des leaders politiques ; 2) une définition très claire des rôles et responsabilités de chacun ; 3) la stabilité des acteurs impliqués ; 4) l'atteinte de résultats tangibles et concrets à court terme ; 5) le leadership du directeur national de santé publique et des directeurs régionaux ; 6) la nécessité de trouver des points de convergence entre les objectifs des différents partenaires.

En corollaire, les participants au forum délibératif CFM ont très clairement exprimé qu'un signal fort, provenant du premier ministre lui-même et incarné dans une politique structurante (comme l'a été le PAG), est un préalable afin que les organisations interpellées par l'action intersectorielle s'investissent durablement dans une telle démarche.



Créer une structure de coordination pour la promotion des saines habitudes de vie, incluant les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux

Les causes multiples de l'embonpoint et de l'obésité appellent une responsabilité partagée et une participation de tous les secteurs de la société dans la mise en œuvre de solutions. Notre portrait de l'*Expérience québécoise* s'est uniquement penché sur les interventions des autorités publiques ou celles que les organisations de la société civile ont mises en œuvre en partenariat avec les autorités publiques. Notre portrait exclut donc un grand nombre d'initiatives que les organisations non gouvernementales ont déployées au Québec depuis plusieurs années. Il convient de souligner que ces organisations sont des acteurs-clés dans une approche systémique de promotion des saines habitudes de vie. Les tables et comités régionaux et locaux auxquels elles prennent part se révèlent d'ailleurs être des structures de concertation et de coordination essentielles à la mise en œuvre d'interventions.

À l'échelle du Québec, dans une certaine mesure, il existe une coordination entre les activités du MSSS et de Québec en Forme. Néanmoins, l'ensemble des acteurs non gouvernementaux agissant pour la promotion des saines habitudes alimentaires et de l'activité physique n'y est pas officiellement associé. La Table de concertation nationale sur le mode de vie physiquement actif amène toutefois une diversité d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux à se concerter, mais l'équivalent n'existe pas en matière de saine alimentation. Il ressort également des rapports d'évaluation consultés dans le cadre du portrait de l'*Expérience québécoise* un besoin d'harmonisation entre les trois grands cadres de référence qui orientent les acteurs publics dans leur travail sur les saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité : le Plan d'action gouvernementale (PAG), les orientations de Québec en Forme et le Programme national de santé publique (PNSP) décliné en plans d'action régionaux et locaux.

Une structure de planification et de coordination plus inclusive à l'échelle du Québec permettrait de renforcer la concertation des parties prenantes ainsi que la cohérence et la synergie des actions mises en œuvre sur le terrain en promotion des saines habitudes alimentaires et de l'activité physique. Il ne s'agit pas de créer des structures lourdes ou de créer un carcan limitant la créativité et la diversité des initiatives de la société civile. L'objectif est plutôt de maximiser l'impact de ces initiatives en les considérant dans leur ensemble. Il s'agit d'une proposition formulée et appuyée par les participants au forum délibératif CFM.

Encadré 5.4 :*Le cas français*

Le forum délibératif CFM a permis un partage d'expériences entre les participants québécois et trois experts internationaux. Ce fut notamment l'occasion de discuter du fonctionnement du comité de pilotage et du comité de suivi du Programme national nutrition santé (PNNS) français. Le comité de pilotage, restreint et décisionnel, est placé sous l'égide du ministère de la Santé et est composé de représentants des nombreux ministères, agences et instituts publics ayant une expertise dans les domaines suivants : social, sanitaire, alimentaire, nutritionnel ainsi qu'en matière d'activité physique et d'urbanisme. Il compte environ 25 membres selon les configurations ministérielles. Le comité de suivi est étendu à de nombreux représentants d'organisations à but non lucratif à l'œuvre dans le domaine de l'alimentation, de la restauration, de la santé, du sport et des loisirs, des affaires sociales et municipales, de la consommation, des médias ainsi qu'à des associations d'élus, des représentants de l'industrie et quelques experts dans des champs spécifiques (santé publique, pédiatrie, activité physique, obésité, nutrition...) : c'est un lieu d'expression, d'échange et de partage d'informations visant à préparer et proposer des actions pour le comité de pilotage et à coordonner les efforts. À raison d'une rencontre tous les deux mois, ces comités ont survécu à l'alternance politique et sont devenus incontournables. Ce cas de figure ainsi que d'autres pourraient être approfondis afin d'étudier dans quelle mesure certains mécanismes qui se sont révélés efficaces pourraient s'appliquer au contexte québécois.

 **Assurer la pérennité des stratégies, des mécanismes de travail et de la capacité d'intervention des parties prenantes qui ont été créés et développés depuis une dizaine d'années au Québec au prix d'une mobilisation de ressources sans précédent**

La nature même des maladies chroniques et de l'obésité, qui tendent à se développer dans la durée à l'échelle individuelle et populationnelle, requiert la mise en œuvre de plans, de stratégies et d'interventions combinées sur le long terme (WCRE, 2009; Waters et collab., 2011; IOM, 2012, 2013). Pourtant les effets des interventions, lorsqu'ils sont mesurés, le sont bien souvent à court ou moyen terme, mettant en évidence des changements dont on ignore la durabilité ou, inversement, ne montrant aucun changement là où des effets n'apparaîtront peut-être que bien plus tard (Jones et collab., 2011; Sharma, 2011). La durabilité des interventions et, en corollaire, la pérennité des ressources qui sont allouées à leur mise en œuvre et à leur évaluation sont ainsi fréquemment présentées dans les recommandations scientifiques comme des facteurs de succès (Sassi, 2010; WHO, 2012).

Le portrait de l'*Expérience québécoise* ainsi que le forum délibératif CFM ont permis de soulever plusieurs préoccupations à cet égard. D'une part, le Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, arrivé à son terme en 2012, n'a pas été reconduit. Qui plus est, rappelons qu'aucune ressource financière additionnelle n'avait été allouée à la mise en œuvre du PAG outre celles déjà investies par les ministères et les organismes publics concernés, avec des différences notables d'une région à l'autre. Plusieurs évaluations soulignent cette limite. Par exemple, l'évaluation du Programme de soutien aux fédérations sportives québécoises indique qu'étant donné les montants accordés, les fédérations ne sont pas en mesure d'augmenter leur travail et leur résultat dans les sphères de l'initiation à la pratique sportive et récréative, et se concentrent plutôt sur le sport compétitif et d'élite (Charest et collab., 2010). De même, l'évaluation de Fruits et légumes en vedette, programme d'accompagnement et de communication pour encourager les restaurateurs à améliorer leur offre de fruits et de légumes, note que les restaurateurs requièrent le soutien d'une nutritionniste pour la conception de leurs menus (Babeux et Jalbert, 2011). Autre exemple, l'évaluation du déploiement des agents de Kino-Québec à l'échelle locale dans les CSSS met en évidence un manque de ressources humaines (et d'expertise) afin

de pouvoir travailler sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (Belzile, 2009). Enfin, l'évaluation du déploiement de l'approche « École en santé » indique que l'allocation de ressources durables permettrait non seulement d'envoyer un signal de soutien explicite aux écoles, mais aussi de former davantage les acteurs locaux (Deschesnes et collab., 2008) (voir annexe 3).

En parallèle, la création en 2007 du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie réservé à Québec en Forme, doté d'un budget de 480 millions sur 10 ans, a permis la mise en œuvre d'un pan important de l'*Expérience québécoise* et a clairement facilité la mise en œuvre du PAG. Toutefois, l'entente de financement entre le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon prendra fin en 2017 et, à ce jour, aucune annonce officielle n'a été faite quant à la pérennisation du fonds (QeF, 2014b).

 ***Renforcer les capacités d'évaluation des parties prenantes de l'Expérience québécoise et favoriser une évaluation plus systématique des processus et des effets des interventions mises en œuvre***

Les recommandations transversales relatives à la recherche, à la surveillance et à l'évaluation des interventions en promotion de saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité sont celles qui sont le plus fréquemment trouvées dans la littérature scientifique.

Il est notamment recommandé de soutenir la recherche portant sur des interventions concrètes, intenses et durables menées sur le terrain, d'autant plus que les acteurs locaux ne disposent souvent pas des ressources ou de l'expérience suffisantes pour mener à bien l'évaluation de leurs interventions (NICE, 2009; Étiévant et collab., 2010; Khambalia et collab., 2012; OMS, 2013).

En matière de surveillance des habitudes de vie, de nombreux documents interpellent les acteurs gouvernementaux afin que des systèmes d'information robustes soient prioritairement mis en place ou renforcés. Il est notamment préconisé de mobiliser de nombreuses parties prenantes en tirant parti des dispositifs de collecte d'information déjà en place et de renforcer les volets nutrition et activité physique des enquêtes populationnelles (exhaustivité, précision, validité et standardisation des indicateurs collectés). Idéalement, ces enquêtes devraient être longitudinales et faire l'objet de collectes de données à intervalles de temps réguliers (Mozzafarian et collab., 2012; IOM, 2013; WHO, 2011, 2012).

Enfin, il est fortement recommandé de systématiser et de renforcer l'évaluation des interventions. Pour ce faire, il conviendrait de rendre l'évaluation incontournable (p. ex., lors des demandes de financement); de s'appuyer sur toutes les parties prenantes; d'optimiser les pratiques évaluatives (p. ex., formulation d'objectifs, utilisation de modèles logiques, recours à des méthodes aussi robustes que possible); d'évaluer le processus de mise en œuvre des interventions (financement, planification, concertation, production d'outils, organisation d'activités, participation du public); d'évaluer les impacts des interventions, et d'assurer la diffusion des résultats de l'évaluation auprès des parties prenantes (Gortmaker et collab., 2011; WHO, 2012; NICE, 2012a; Dobbins et collab., 2013; King et collab., 2011; Capacci et collab., 2012; Mozzafarian et collab., 2012; Schemilt, 2013).

Cependant, selon les documents consultés pour établir le portrait de l'*Expérience québécoise*, seule une minorité des mesures recensées (36 sur 166) ont été sujettes à une évaluation. De plus, il s'agit principalement d'évaluations du processus de mise en œuvre des interventions et non pas de leurs impacts sur l'environnement des individus, leurs comportements ou leur santé. Le rapport du Vérificateur général du Québec paru au printemps 2015 recommande d'ailleurs la mise en place d'un système d'évaluation de l'impact des interventions de promotion d'une saine alimentation afin «*de mesurer l'atteinte des objectifs et d'apporter les ajustements nécessaires*» (Vérificateur général du Québec, 2015, chap. 2, p. 3).

À la lumière de ce constat, les membres du Comité scientifique sur la prévention de l'obésité encouragent le développement d'une culture d'évaluation dans les organisations travaillant pour la promotion des saines habitudes de vie. Par exemple, cela implique d'allouer systématiquement à l'évaluation une partie des ressources financières consacrées aux interventions. Lors du forum délibératif CFM, les participants ont ajouté à cette proposition qu'il était aussi nécessaire d'évaluer l'impact de la combinaison de l'ensemble des interventions de l'*Expérience québécoise* et de ne pas seulement se limiter aux devis évaluatifs inspirés du modèle biomédical cherchant à isoler les effets d'interventions spécifiques. Il s'agit par exemple d'élaborer des indicateurs suivant l'évolution des environnements et des comportements à l'échelle populationnelle, afin de mesurer l'effet combiné des mesures individuelles et environnementales mises en œuvre.

Encadré 5.5 :*Pistes pour « mieux déployer » l'Expérience québécoise****Approche globale et systémique***

- ➤ Renforcer l'approche systémique québécoise en promotion des saines habitudes de vie, reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'intervention
- Tirer parti des synergies potentielles entre la promotion des saines habitudes de vie et d'autres domaines d'intervention politique tels que la réussite et la persévérance scolaire, le transport en remplacement de l'automobile et le développement durable

Approche intersectorielle et intégrée

- ➤ L'action intersectorielle devrait s'inscrire dans le cadre d'une politique de prévention implantée sous l'égide du plus haut palier gouvernemental (c'est-à-dire par le premier ministre du Québec)
- Reconduire l'approche et les structures de concertation intersectorielles existantes à tous les paliers en promotion des saines habitudes de vie (comités interministériels, tables intersectorielles régionales, regroupements locaux de partenaires)
- Privilégier une animation des structures ou des comités intersectoriels par un coordonnateur neutre extérieur au réseau de santé publique

Leadership, gouvernance et transparence

- ➤ Créer une structure de coordination pour la promotion des saines habitudes de vie, incluant les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, afin de renforcer la concertation des parties prenantes ainsi que la cohérence et la synergie des actions mises en œuvre
- Faire des municipalités des partenaires incontournables pour intervenir en promotion des saines habitudes de vie

Contextualisation et établissement de priorités

- Fixer des objectifs de santé publique concernant la saine alimentation et l'activité physique qui soient chiffrés, ambitieux mais atteignables et mesurables, afin de guider l'action et mesurer les progrès accomplis
- Faire adopter par les structures intersectorielles des objectifs tangibles, à court terme, et tenant compte des besoins exprimés sur le terrain afin d'interpeller et mobiliser les partenaires les plus pertinents

Équité et inclusion

- ➔ Maintenir les efforts de prévention et de promotion existants en faveur de groupes de population vulnérables et défavorisés sur le plan socioéconomique
- ➔ Cibler prioritairement les groupes de population défavorisés sur le plan socioéconomique dans le cadre d'interventions où des inégalités sociales significatives ont été documentées (p. ex., offre alimentaire dans les écoles)

Mobilisation de ressources

- ➔ Élaborer une stratégie de communication soulignant, statistiques à l'appui, l'importance d'investir davantage en prévention des maladies chroniques au Québec
- ➔ S'assurer qu'une partie importante des revenus de la taxation du tabac est investie en prévention et promotion de la santé

Renforcement de la capacité des parties prenantes

- ➔ Poursuivre les efforts de formation des acteurs de terrain sur les environnements favorables à la santé, en optimisant les actions de formation et d'accompagnement de l'ensemble des parties prenantes à l'échelle régionale afin de ne pas sursolliciter les acteurs municipaux

Vision à long terme et pérennisation

- ➔ ➔ Assurer la pérennité des stratégies, des mécanismes de travail et de la capacité d'intervention des parties prenantes qui ont été créés et développés depuis une dizaine d'années au Québec au prix d'une mobilisation de ressources sans précédent

Recherche, surveillance et évaluation

- ➔ ➔ Renforcer les capacités d'évaluation des parties prenantes de l'*Expérience québécoise* et favoriser une évaluation plus systématique des processus et des effets des interventions mises en œuvre
- ➔ Mettre en œuvre des projets pilotes et des études d'impact prospectives sur la santé avant de déployer des interventions novatrices à grande échelle

CHAPITRE 6

Conclusion

Les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète sont les maladies qui affectent le plus les Québécois. Le plan d'action de l'Organisation mondiale de la Santé sur les maladies chroniques souligne que l'on peut prévenir une grande partie de ces maladies, et la mortalité prématurée qui y est associée, en concentrant nos efforts sur quatre facteurs de risque : le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité et la mauvaise alimentation.

Ces deux derniers facteurs de risque sont ceux qui ont été placés au cœur du projet «Comment faire mieux?». Depuis les dix dernières années, le Québec a mobilisé beaucoup d'énergie et de ressources afin de renverser les tendances en matière d'augmentation de la prévalence de l'obésité, de la faible qualité de l'alimentation et de la sédentarité d'une majorité de Québécois. Depuis 2006, un plan d'action a interpellé plusieurs ministères et organismes afin d'agir pour faire la promotion des saines habitudes de vie. Un partenariat public-privé a été doté de sommes importantes afin de soutenir l'action dans toutes les régions du Québec. Ces actions, de même que beaucoup d'autres déployées par les nombreux acteurs de la société civile, ont posé les fondations d'importantes transformations.

Cependant, transformer les environnements, les milieux et les habitudes de vie exige un travail de longue haleine, qui se déroule sur plusieurs décennies. Le projet CFM visait à faire le point sur les efforts engagés et à souligner l'importance que, dans sa lancée, le Québec poursuive et implante les mesures les plus efficaces possible et les plus appropriées compte tenu de leur contexte.

Prendre du recul pour avoir une vue d'ensemble des initiatives gouvernementales ou menées de concert avec des organisations publiques a permis de voir que le Québec est engagé sur la bonne voie. L'approche

adoptée tient compte du fait qu'il n'y a pas véritablement de solution unique et qu'un ensemble d'interventions et de politiques publiques doivent être mises en œuvre simultanément. Le vaste processus documentaire et consultatif du projet CFM a permis de dégager 50 pistes d'amélioration quant aux interventions et aux politiques auxquelles donner priorité dans les prochaines années. Notamment, il a été recommandé de continuer de cibler l'ensemble de la population, avec des efforts spécifiques en direction des jeunes et des groupes de population vulnérables. Il est aussi proposé d'accroître spécifiquement les efforts en matière d'offre alimentaire saine, d'aménagement et de développement urbain favorable à l'activité physique.

L'approche adoptée au Québec tient aussi compte du fait que la transformation des environnements nécessite l'action d'une multitude d'organisations : des organisations provenant de secteurs très variés pour qui l'amélioration de la santé de la population n'apparaît pas traditionnellement comme partie intégrante de leur mandat ou de leur mission. Il s'agit là de l'ultime défi. Pour que les décideurs de tous les horizons puissent contribuer à cette transformation, il faut élargir la vision au-delà des mandats ou des missions spécifiques de chaque organisation. De la même manière que le développement durable est devenu une préoccupation autant des organisations à vocation économique que des gouvernements municipaux, la création d'environnements favorables à la santé devra faire partie des objectifs à atteindre pour un grand nombre d'organisations publiques et privées. Pour y arriver, il faudra non seulement des investissements et du leadership, mais aussi une nouvelle manière de penser la coexistence des multiples objectifs sociétaux de prospérité, de sécurité, d'équité, de développement durable et de santé.

Références

- Accès transports viables (2014). *Accueil*. Dernière visite le 8 août 2014, [en ligne] <http://www.transportsviables.org>
- Active Healthy Kids Canada (2012). *Is Active Play Extinct? The Active Healthy Kids Canada 2012 Report Card on Physical Activity for Children and Youth* (p. 110). Toronto (Ontario): Active Healthy Kids Canada.
- Active Living Research (2014). *Accueil*. Dernière visite le 8 août 2014, [en ligne] <http://activelivingresearch.org/>
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Beaumier-Robert, M., Lapierre, S., Lessard, R., Tannenbaum, T.-N., et Mongeon, M. (2011). *Garder notre monde en santé* (p. 65). Montréal (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Leblanc, É., Leane, V., Gélinau, M.-C. (2012a). *Évaluation des Centres d'éducation pour la santé – II. Synthèse des principaux résultats* (p. 16) Montréal (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Barbeau, C., Drouin, M., Bélanger, A., Cliche, N., Lemieux, V., Paquet, M.-J. (2012b). *La prévention et la gestion des maladies chroniques: Modèle montréalais et plan d'Action 2011-2015* (p. 70) Montréal (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec (2014). Dernière visite le 8 août 2014, [en ligne] <http://www.agencesss04.qc.ca/sante-publique/direction-de-sante-publique/directeur.html>
- Alliance québécoise du loisir publique (2014). *Bulletin de l'AQLP*. Dernière visite le 8 août, 2014, [en ligne] <http://www.loisirpublic.qc.ca/uploads/AQLP/BulletinProjetEspaces.pdf>
- AlterGo (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.altergo.net/>
- Anwar T. Merchant, Mahshid Dehghan and Noori Akhtar-Danesh, *Seasonal Variation in Leisuretime Physical Activity Among Canadians*, *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 98, n° 3 (MAY/JUNE 2007), p. 203-208.

- Archambault, J.-F. (2013). Projet « Coffre à outils alimentaires » – Rapport de réalisation (p. 11). Longueuil (Québec) : La Tablée des Chefs en collaboration avec l'Association des Centres jeunesse du Québec et Québec en Forme.
- Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) – Groupe de travail provincial sur la problématique du poids. (2004). Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation (p. 23). Montréal (Québec) : ASPQ éditions.
- Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) – Groupe de travail provincial sur la problématique du poids. (2006). Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à l'action (p. 58). Montréal (Québec) : ASPQ éditions.
- Association pour la santé publique du Québec (2011). Recherche-action – Urbanisme et environnement alimentaire autour des écoles : Rapport d'évaluation FINAL (p. 204). Montréal (Québec) : Présenté à Québec en Forme.
- Association pour la santé publique du Québec (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.aspq.org/>
- Association québécoise des CPE (2014). *Accueil*. Dernière visite le 14 août 2014, [en ligne] <https://www.grandeforme.aqcpe.com>
- Association québécoise du loisir municipal (2011). Développement et implantation du Cadre de référence pour les camps de jour municipaux. Rapport final. (p. 52) Montréal (Québec) : Association québécoise du loisir municipal.
- Auger, D., Giguère, C., Héroux, L., et Perreault, G. (2013). Le projet « Bien manger, Bien bouger en Estrie » (p. 49). Sherbrooke (Québec) : Forum jeunesse Estrie.
- Avenir d'enfants (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.fondationchagnon.org/fr/index.aspx>
- Babeux, D., Jalbert, Y., De Pokomandy-Morin, C., Rochette, M., Poirier, A., Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec, et collab. (2011). Évaluation de la mise en œuvre du programme Fruits et légumes en vedette, 2009-2010 (p. 216). Québec (Québec) : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
- Baril, G., Paquette, M.-C., Mongeau, L., et Laguë, J. (2012). Normes sociales, poids et image corporelle au Québec : deux exemples d'actions préventives. Dans Institut national de santé publique du Québec et Direction du développement des individus et des communautés (dir.) (p. 27). Québec (Québec) : Institut national de santé publique du Québec.
- Baril, G., Paquette, M.-C., Ouimet, A.-M., Laguë, J., et Institut national de santé publique du Québec (2014). Ados 12-14 : les dimensions socioculturelles des pratiques alimentaires et d'activité physique des adolescents : rapport (p. v, 18). Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec.
- Beaudry, J., et Schaffer, C. (2008). Évaluation de la mise en œuvre de l'approche intégrée 0-5-30 Combinaison-prévention en milieu de travail (p. 70). Joliette (Québec) : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Bélanger M., Gray-Donald K., O'Loughlin J., Paradis G., et Hanley J. (2009), Influence of Weather Conditions and Season on Physical Activity in Adolescents. *Annals of epidemiology, March, 19 (3)*, p. 180-186. doi : 10.1016/j.annepidem.2008.12.008.

- Belzile, D., et Fafard, A. (2009). Évaluation d'implantation du nouveau modèle de promotion de l'activité physique du programme Kino-Québec : bilan (p. 35). Sainte-Marie (Québec) : Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Bergeron, J., et Paquette, M. (2013). Rapport d'évaluation des activités réalisées dans le cadre du programme « Mon école à pied, à vélo! » (p. 98). Montréal (Québec) : Rapport effectué pour Vélo Québec Association.
- Bergeron, P., Reyburn, S., Laguë, J., et Institut national de santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés (2010). L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids (p. xiii, 98). Montréal (Québec) : Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec.
- Bergeron, P., Robitaille, É., Laguë, J., et Institut national de santé publique du Québec (2011). Mémoire concernant la Politique québécoise de mobilité durable : des interventions pour favoriser le transport actif et la pratique d'activité physique (p. iii, 14). Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec.
- Bergeron, P., Robitaille, É., Laguë, J., et Institut national de santé publique du Québec (2011). Mémoire concernant l'avant-projet de la Loi sur l'aménagement durable du territoire et l'urbanisme (p. iii, 14). Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec.
- Bergeron, P., Bouchard, L.-M., Chapados, M., Lambert, R., Lapointe, G., et Institut national de santé publique du Québec (2013). Bouger pour être en meilleure santé : mémoire concernant le livre vert *Le goût et le plaisir de bouger, vers une politique nationale du sport, du loisir et de l'activité physique* (p. vii, 34). Montréal (Québec) : Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec.
- Bergeron, P., Robitaille, É., Labbé, Y., Laguë, J., Morin, R., et collab. (2013). Mémoire concernant la Politique québécoise de mobilité durable : des interventions pour favoriser le transport actif et la pratique d'activité physique (p. vii, 37). Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec.
- Bergeron, P. et Paquette, M.-C. (2014). Les mesures de repas scolaires subventionnés et leurs impacts sur l'alimentation et le poids corporel des jeunes : expériences étrangères et perspectives pour le Québec (p. 109). Montréal (Québec) : Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec.
- Bernier, S. (2011). *La notion de leadership dans le cadre de la gouvernance interministérielle pour la promotion des saines habitudes de vie : les perceptions des hautes autorités politiques – Étude exploratoire*. (IMHL), Université McGill, Montréal (Québec).
- Bertrand, L., et Marier, C. (2012). Plan régional de santé publique 2010-2015 – Un environnement urbain favorable à la santé – Orientation 5 – Une ville et des quartiers qui favorisent l'accès aux aliments santé et leur consommation (p. 24). Montréal (Québec) : Agence de la santé publique et des services sociaux de Montréal.
- Belzile, D., Fafard, A. (2009). Évaluation d'implantation du nouveau modèle de promotion de l'activité physique du programme Kino-Québec. (p. 35). Sainte-Marie (Québec) : Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

- Bisset, S. L., Potvin, L., Daniel, M., et Paquette, M. (2008). Assessing the impact of the primary school-based nutrition intervention Petits cuistots--parents en réseaux. *Can J Public Health*, 99, p. 107-113.
- Bixi Montréal (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 Août 2014, [en ligne] <https://montreal.bixi.com>
- Blais, M. (2010). Le programme d'éducation physique et à la santé au primaire et au secondaire : que se passe-t-il dans les gymnases du Québec. Présentation orale effectuée le 23 novembre 2010, au cours de la journée « L'adoption d'un mode de vie physiquement actif chez les jeunes : Que sait-on de plus en matière d'intervention ? » dans le cadre des 14^{es} Journées annuelles de santé publique. <http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2010/MireilleBlais.pdf>
- Blais, C., Rochette, L., et Institut national de santé publique du Québec (2011). Surveillance de l'hypertension au Québec : incidence, prévalence et mortalité (p. 19). Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec.
- Blanchet, C., Plante, C., Rochette, L., et Institut national de santé publique du Québec (2009). La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois (p. xiii, 119). Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec.
- Blanchet, C., Rochette, L., Hamel, D., et Institut national de santé publique du Québec. Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services (2011). Sécurité et insécurité alimentaire chez les Québécois : une analyse de la situation en lien avec leurs habitudes alimentaires (p. vii, 58). Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services.
- Blouin, C., Vandal, N., Barry, A. D., Jen, Y., Hamel, D., Lo, E., Martel, S., et Institut national de santé publique du Québec (2015). Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales (p. iii, 20). Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec.
- Boucher, I., et Fontaine, N. (2011). L'aménagement et l'écomobilité, Guide de bonnes pratiques sur la planification territoriale et le développement durable (p. 223). Québec (Québec) : Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, coll. « Planification territoriale et développement durable ».
- Bouzidi, M., Lemire, M., Richer, F., et Morisset, J. (2013). Bilan du répertoire des études évaluatives sur la mise en œuvre de l'intervention en santé publique réalisées au Québec entre 2003 et 2012 (p. 59). Montréal (Québec) : Programme Planification, recherche et évaluation, Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec.
- Brennan, L. K., Brownson, R. C., et Orleans, C. T. (2014). Childhood Obesity Policy Research and Practice : Evidence for Policy and Environmental Strategies. *American Journal of Preventive Medicine*, 46, e1-e16. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.022>
- Butland, B., Jebb, S., Kopelman, P., McPherson, K., Thomas, S., et Mardell, J. (2007). Foresight. tackling obesity : future choices – project report. Second édition (p. v, 161). London (UK) : Government Office for Science.

- Camirand, H., Blanchet, C., et Pica, L. A. (2012). «Habitudes alimentaires», dans L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie, Tome 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 71-96.
- Campagne 1-2-3 Géants (2014). Télé-Québec diffuse l'émission 1, 2, 3... *Géant*, une nouvelle émission destinée aux enfants de 2 à 5 ans que soutient Québec en Forme. Dernière visite le 6 août 2014, [en ligne] <http://123geant.telequebec.tv/>
- Campagne WIXX (2014). Québec en Forme. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.operationwixx.ca>
- Campeau-Vallée, A., et Équiterre (2012). Je m'active dans mon quartier, ma ville guide d'implantation (p. 43). Montréal (Québec) : Équiterre.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI), et Public Health Agency of Canada (PHAC) (2011). Obesity in Canada (p. vi, 54). Ottawa (Ontario) : Public Health Agency of Canada.
- Capacci, S., Mazzocchi, M., Shankar, B., Brambila Macias, J., Verbeke, W., Pérez-Cueto, F. J. A., et collab. (2012). Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of policies and their effectiveness. *Nutrition Reviews*, 70, 188-200. doi: 10.1111/j.1753-4887.2011.00442.
- Capsana. (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] http://www.capsana.ca/qui_sommes_nous.php
- Cardinal, L., Francoeur, D., Hamel, M., Kirouac, S., et Thériberge, Y. (2003). Programme national de santé publique 2003-2012 (p. 54). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Caron, L. (2008). *Stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé 2007-2012*. Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord <http://www.agencesante09.gouv.qc.ca/Document.aspx?id=360&lang=FR>.
- Carrefour action municipale et famille (CAMF) (2013). Rapport final d'activités projet pilote : «Les saines habitudes de vie : Un axe stratégique des politiques familiales municipales» 2011-2013 (p. 50). Brossard (Québec) : Projet pilote PFM – SHV 2011/13 – Septembre 2013 – Rapport final.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011a). Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community (p. iv – 48). Atlanta (U.S.): Department of Health and Human Services.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011b). Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase the Consumption of Fruits and Vegetables (p. iv – 60). Atlanta (U.S.): Department of Health and Human Services.
- Centers for Disease Control Prevention (CDC) (2011c). School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity MMWR Recommendations & Reports (p. 78). Atlanta (GA): the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (2013). Autorités de santé et environnement bâti : actions pour influencer les politiques : rapport d'entrevues, novembre 2012 (p. v, 87). Québec (Québec) : Gouvernement du Québec.

- Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2015). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2015, [en ligne] <http://ciusss-centreestmtl.gouv.qc.ca/>
- Charest, D., Girard, N., et ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport Québec. (2010). Programme de soutien aux fédérations sportives québécoises évaluation du programme : rapport d'évaluation (p. v, 46). Québec (Québec) : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport – Gouvernement du Québec.
- Choisir de gagner (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.choisirdegagner.com/>
- City of New York (2010). *Active Desing – Guidelines promoting Physical Activity and Health in Desing* (p. 135). New York (U.S.) : City of New York.
- Conseil québécois sur le poids et la santé (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://cqps.qc.ca/>
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, M. et W.H. Dietz (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *BMJ*, 320:1240-1243.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <https://www.cssspnql.com/>
- Concertation pour de saines habitudes de vie en Outaouais (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.saineshabitudesoutaouais.com/>
- Conseil québécois du loisir (CQL) (2013). Bilan annuel complet 2013. Diplôme d'aptitude aux fonctions d'animateur (p. 20). Montréal (Québec) : Conseil québécois du loisir.
- Consultants, J., Lemay, J.-F., et Gosselin, É. (2012). Rapport d'évaluation formative – Programme Melior (p. 37). Montréal (Québec) : Rapport réalisé pour le Conseil des initiatives pour le progrès en alimentation (CIPA) et (CTAC).
- Consumers International and World Obesity Policy & Prevention. Recommandations en faveur d'une Convention mondiale pour la protection et la promotion d'une alimentation saine (p. 19) : http://www.consumersinternational.org/media/1475084/recommendations-for-a-convention-on-healthy-diets_french-translation.pdf.
- Club des petits déjeuners – Québec (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.breakfastclubcanada.org/fr/>
- CRÉ Montérégie Est (2011). Plan d'action pour les saines habitudes de vie Montérégie Est, 2011-2014 (p. 12). Montérégie Est (Québec) http://www.monteregie-est.org/cre_monteregie_fichiers/file/Plan%20d'action%20rgional%20SHV_juin%202011.pdf
- Czaplicki, G., Laurencelle, L., Deslandes, R., Rivard, M. C., et Trudeau, F. (2012). Intention to change behaviors during the media campaign Vas-Y in Quebec. *Science and Sports*, 27, p. 23-30.
- Défi Santé 5-30 (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.defisante.ca/fr/accueil>
- Derrière le miroir (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.derrierelemiroir.ca/>

- De Schutter, O. (2011). Rapport soumis par le Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation – A/HRC/19/59 (p. 25): Organisation des Nations Unies (ONU).
- Deschesnes, M., Couturier, Y., Laberge, S., Trudeau, F., Kébé, M., Campeau, L., et collab. (2008). Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé (p. 226). Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Deschesnes, M., et Tessier, C. (2013). Évaluation d'un modèle de développement professionnel visant à renforcer les capacités d'absorption des écoles au regard de l'approche École en santé – rapport de recherche (p. xii – 219). Montréal (Québec): Institut national de santé publique Québec – Direction du développement des individus et des communautés.
- Désy, M. (2009 a). L'École en santé – Recension des écrits (p. 89). Montréal (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Désy, M., Zanfongnon, R., et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Secteur écoles et milieux en santé (2009b). *Le déploiement d'Écoles et milieux en santé à Montréal (2007-2008) vu par ses acteurs principaux défis et stratégies*. Montréal (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique Secteur écoles et milieux en santé.
- Développement bioalimentaire Centre-du-Québec, et Groupe de travail consultatif et facilitateur (2014). Bilan du projet Accès bouffe santé! (p. 24). Nicolet (Québec).
- Ding, D., Sallis, J. F., Kerr, J., Lee, S., et Rosenberg, D. E. (2011). Neighborhood Environment and Physical Activity Among Youth: A Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(4), p. 442-455. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.06.036>
- Direction de la santé publique de Montréal. (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/accueil.html>
- Dobbs, R., Sawers, C., Thompson, F., Manyika, J., Woetzel, J., Child, P., McKenna, S., Spatharou, A. et McKinsey Global Institute (2014). Overcoming obesity: An initial economic analysis. Discussion paper (p. 120). McKinsey Global Institute http://www.mckinsey.com/insights/economic_studies/how_the_world_could_better_fight_obesity
- Dobbins, M., Husson, H., DeCorby, K., et LaRocca, R. L. (2013). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD007651. doi: 10.1002/14651858.CD007651.pub2 10.1002/14651858.CD007651.pub2
- Dubois, N., et Masse Jolicoeur, M. (2008). Évaluation de la mise en œuvre du programme 0-5-30 combinaison prévention. Dans Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides Direction de santé publique (dir.) (p. vii – 76). Québec (Québec): Centre de recherche et d'expertise en évaluation (CREXE) – ENAP.
- Durand, C. P., Andalib, M., Dunton, G. F., Wolch, J., et Pentz, M. A. (2011). A systematic review of built environment factors related to physical activity and obesity risk: implications for smart growth urban planning. *Obesity Reviews*, 12, e173-e182. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00826.x
- Égale Action. (2012a). *Programme MentoreActive – Rapport final – 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012*. Montréal (Québec): Égale Action pour Québec en Forme.

- Égale Action. (2014). *Accueil*. Dernière visite le 14 août 2014, [en ligne] <http://www.egaleaction.com/>
- Égale Action en collaboration avec l'ACAFS (2012b). Programme En Mouvement – Rapport final – Avril 2011 à mars 2012 (p. 3). Montréal (Québec): Égale Action pour Québec en Forme.
- Épluche ta ville (2014). *Accueil*. Dernière visite le 14 août 2014, [en ligne] <http://www.epluchetaville.org/>
- ÉquiLibre (Novembre 2013). Une mobilisation collective pour la prévention des problèmes liés au poids et à l'image corporelle chez les jeunes (p. 16). Montréal (Québec): Mémoire déposé par ÉquiLibre dans le cadre de la consultation pour la Politique québécoise de la jeunesse – plan d'action 2015-2020, Adressé au Secrétariat à la jeunesse du ministère du Conseil exécutif du Québec.
- ÉquiLibre (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.equilibre.ca>
- Équiterre (2012). Dans le cadre du projet «Mangez frais, mangez près – comment les initiatives de circuits courts contribuent aux saines habitudes de vie» coordonné par Équiterre (p. 85). Montréal (Québec): Équiterre.
- Équiterre (2014a). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://equiterre.org>
- Équiterre (2014b). Évaluation finale du projet Épluche ta ville! – Vitrine sur l'alimentation saine et locale à Montréal (p. 27). Montréal (Québec): Équiterre.
- Etiévant, P., Bellisle, F., Dallongeville, J., Etilé, F., Guichard, E., Padilla, M., et collab. (2010). Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants? Quelles actions, pour quels effets? Expertise scientifique collective. Synthèse du rapport (p. 64). Paris, France: Institut national de la recherche agronomique.
- Extenso (2011a). Tout le monde à table – Rapport national (p. 161). Montréal (Québec): Rapport fait en collaboration avec l'Institut du Nouveau Monde, l'Association québécoise des CPE et Québec en Forme.
- Extenso (2011b). Rapport d'évaluation du projet – Tout le monde à table (p. 43). Montréal (Québec): Rapport présenté par Extenso à Québec en Forme.
- Extenso (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.extenso.org/>
- Extranet Santé et services sociaux Montérégie (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/index.fr.html>
- Faulkner, G., Grootendorst, P., Nguyen, V., Andreyeva, T., Arbour-Nicitopoulos, K., Auld, M. C., et collab. (2011). Economic instruments for obesity prevention: results of a scoping review and modified delphi survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 109. doi: 10.1186/1479-5868-8-109
- Ferreira, V. (2013). Évaluation du projet régional en Abitibi-Témiscamingue «Formation en cuisine santé» (p. 72). Rouyn-Noranda (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Gouvernement du Québec.
- Fillactive (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.fillactive.ca/>
- Fondation OLO (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.fondationolo.ca>

- Fontaine, N., et Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire Québec (2011). *La contribution aux fins de parc, terrains de jeux et espaces naturels, où en sommes-nous?* document de veille (p. 6). Québec (Québec): Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire.
- Forum Jeunesse Montréal Est (2014.) *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.fjme.ca/index.php>
- Friedman, R. R., et Puhl, R. M. (2012). *WEIGHT BIAS – A Social Justice Issue: A Policy Brief* (p. 12). New Haven, CT: Rudd Center for Food Policy & Obesity – Yale University.
- Fung, C., et collab. (2012). « From «best practice» to «next practice»: The effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity; » *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*: 27.
- Gaboury, S. (2013). *Rapport d'intervention: 48^e finale des Jeux du Québec à Saguenay HIVER 2013*. (M. Sc.), Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi (Québec), [en ligne] <http://constellation.uqac.ca/2584/>
- Gagnon, J., St-Louis-Deschênes, M., Manceau, M., Thibault, C., Dagenais, F., et Groupe d'action sur le poids ÉquiLibre (2011). *Programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau et Campagne Ton influence a du poids* (p. 127). Montréal (Québec): Rapport d'évaluation présenté par Groupe d'action sur le poids ÉquiLibre au Fonds Québec en Forme.
- Gaudet, J., Boileau, G., et Lacroix, A. (2012). *Évaluation d'implantation et des premiers effets du Programme de soutien au développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal 2008-2012* (p. 93). Montréal (Québec): Direction de santé publique de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Gauthier, J., Kirouac, S., Jobin, L., et Service des orientations en santé publique Québec (2008). *L'implantation du Programme national de santé publique, 2003-2012: la perspective des acteurs en santé publique – Rapport d'évaluation* (p. 51). Québec (Québec): Santé et services sociaux Québec [Direction du programme de santé publique Service des orientations en santé publique].
- Gauvin, F.-P. (2009). *Qu'est-ce qu'un processus délibératif?* Fiche d'information – Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Octobre 2009. Dernière visite le 4 septembre 2015, [en ligne] https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1192_ProcessusDeliberatif.pdf
- Gauvin, L., et Steiger, H. (2012). *Overcoming the unhealthy pursuit of thinness: reaction to the Quebec Charter for a Healthy and Diverse Body Image*. *Am J Public Health*, 102, 1600-1606. doi: 10.2105/AJPH.2011.300479. Publié le 14 juin 2012.
- Global Advocacy for Physical Activity (GAPA). (February 2011). *NON COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION: Investments that Work for Physical Activity – A complementary document to The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call to Action Whole* (p. 4). London (UK): Global Advocacy for Physical Activity – Advocacy Council for International Society for Physical Activity and Health.
- Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN). (March 2013). *ACCESS TO NUTRITION INDEX – Global Index 2013* (p. 182). Geneva, Switzerland: Global Alliance for Improved Nutrition.

- Global Physical Activity Network (GlobalPANet) (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.globalpanet.com/>
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé – Comprendre pour mieux intervenir*. Québec (Québec): Collection PUM.
- Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., Levy, D., Carter, R., Mabry, P. L., Finegood, D. T., et collab. (2011). Changing the future of obesity: science, policy, and action. *The Lancet*, 378, 838-847. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60815-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60815-5)
- Gosselin, C., Bergeron, A., Beausoleil, M., et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Secteur environnement urbain et santé (2009). Évaluation des projets Quartiers 21 (2005-2008) (p. ix, 103). Montréal (Québec): Secteur environnement urbain et santé, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Gouvernement du Canada – Affaires autochtones et du Nord Canada. (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100010002/1100100010021>
- Gouvernement du Québec (2014a). Loi sur l'aménagement et l'urbanisme – chapitre A-19.1. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_19_1/A19_1.html
- Gouvernement du Québec (2014b). *Accueil Portail Québec*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.gouv.qc.ca/Fr/Pages/accueil.aspx?entete>
- Gouvernement du Québec (2014c). *Accueil Portail santé mieux-être*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/alimentation-saine-et-equilibree/>
- Gouvernement du Québec (2015). Loi sur l'instruction publique. Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire. Dernière visite le 4 septembre 2015, [en ligne] http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_13_3/I13_3R8.HTM
- Graff, S. K., Kappagoda, M., Wooten, H. M., McGowan, A. K., et Ashe, M. (2012). Policies for Healthier Communities: Historical, Legal, and Practical Elements of the Obesity Prevention Movement. *Annu. Rev. Public Health*, 33, 307-324. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124608
- Groupe Promo-Santé Laval (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://gpslaval.com/>
- Gundersen, C., Mahatmya, D., Garasky, S., et Lohman, B. (2011). Linking psychosocial stressors and childhood obesity. *Obesity Reviews*, 12(5), e54-e63. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00813.x
- Haemer, M., Cluett, S., Hassink, S. G., Liu, L., Mangarelli, C., Peterson, T., et collab. (2011). Building Capacity for Childhood Obesity Prevention and Treatment in the Medical Community: Call to Action. *Pediatrics*, 128 (Supplement 2), S71-S77. doi: 10.1542/peds.2011-0480G
- Harvard School of Public Health (HSPH). (2014). Obesity Prevention Source – Early Child Care Obesity Prevention Recommendations: Complete List (p. 12). Boston (U.S.): the Harvard School of Public Health Obesity Prevention Source Web.

- Hawkes, C. (2013). Promoting healthy diets through nutrition education and changes in the food environment: an international review of actions and their effectiveness (p. 78). Rome (Italy): Nutrition Education and Consumer Awareness Group, Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Heath, G. W., Parra, D. C., Sarmiento, O. L., Andersen, L. B., Owen, N., Goenka, S., et collab. (2012). Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *The Lancet*, 380(9838), 272-281. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60816-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60816-2)
- Infocentre de santé publique du Québec. (2006). «Prévalence du diabète pour la population de 20 ans et plus», Rapport de l'onglet Plan national de surveillance, <https://www.infocentre.inspq.rtsq.ca/> (consultée le 18 septembre 2015).
- INRA-ANSES. (2012). Evaluation de l'impact potentiel des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel sur les apports en nutriments de la population française-Oqali—Édition 2012 (p. 147). Paris (France): L'Institut national de la recherche agronomique et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2013). Coup d'œil sociodémographique (vol. 26, mai, 2013, p. 5). Québec (Québec): Institut de la statistique du Québec.
- Institute of Medicine (IOM). (2009). Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity – Report Brief (p. 8). Washington, DC: the National Academy of Sciences.
- Institute of Medicine (IOM). (2011). Early Childhood Obesity Prevention Policies. In L. L. Birch, L. Parker & A. Burns (dir.) (p. xii, 133). Washington, DC: the National Academies Press.
- Institute of Medicine (IOM) (2012). Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation. Dans D. Glickman, L. Parker, L. J. Sim, H. Del Valle Cook & E. A. Miller (dir.) (p. xvi, 462). Washington DC: the National Academy of Sciences.
- Institute of Medicine (IOM) (2013). Educating the Student Body: Taking Physical Activity and Physical Education to School. Dans H. W. Kohl & H. D. Cook (dir.), *Educating the Student Body: Taking Physical Activity and Physical Education to School* (p. xiii, 488). Washington DC: 2013 by the National Academy of Sciences.
- Institut national de santé publique Québec (2014). Accueil – Expertise, le répertoire de plans d'action gouvernementaux et de littérature grise «alimentation, activité physique et obésité». Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <https://www.inspq.qc.ca/pag/alimentation-nutrition>
- Jalbert, Y., Fournier, M., Laguë, J., et Institut national de santé publique du Québec – Direction du développement des individus et des communautés (2008). Évaluation des campagnes Plaisirs sur glace et Plaisirs d'hiver de Kino-Québec de 2000 à 2007 (p. iv, 121). Montréal (Québec): Direction développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec.
- Jeunes en forme Canada (2013). Conduisons-nous nos enfants à adopter des habitudes malsaines? Le Bulletin 2013 de l'activité physique chez les jeunes de Jeunes en forme Canada (p. 104). Toronto (Ontario): Jeunes en forme Canada.
- Jeunes Pousses – Cultiver le plaisir de bien manger (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.jeunespousses.ca>

- Jeux du Québec (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.jeuxduquebec.com/>
- Jones, R. A., Sinn, N., Campbell, K. J., Hesketh, K., Denney-Wilson, E., Morgan, P. J., et collab. (2011). The importance of long-term follow-up in child and adolescent obesity prevention interventions. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6(3-4), 178-181. doi: doi:10.3109/17477166.2011.575155
- Katzmarzyk, P.T., Janssen, I., Morrison, K.M., et Tremblay, M.S. (2007) Classification of overweight and obesity in children and adolescents in 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ*, avril 10, 176(8). doi: 10.1503/cmaj.061409
- Keener, D., Goodman, K., Lowry, A., Zaro, S., et Kettel Khan, L. (2009). Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States: Implementation and measurement guide (p. 90). Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Khambalia, A. Z., Dickinson, S., Hardy, L. L., Gill, T., et 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(3), 214-233. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00947.x
- King, L., Gill, T., Allender, S., et Swinburn, B. (2011). Best practice principles for community-based obesity prevention: development, content and application. *Obesity Reviews*, 12(5), 329-338. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00798.x
- Kino-Québec (2014). Municipalité Active. Dernière visite le 8 août 2014, [en ligne] <http://www.kino-quebec.qc.ca/municipaliteActive.asp>
- Kino-Québec (2014). Ma cour: un monde de plaisir! Dernière visite le 8 août 2014, [en ligne] <http://www.kino-quebec.qc.ca/courEcole.asp>
- Kremers, S., de Bruijn, G.-J., Visscher, T., van Mechelen, W., de Vries, N., et Brug, J. (2006). Environmental influences on energy balance-related behaviors: A dual-process view. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(1), 9. doi: 10.1186/1479-5868-3-9
- Kumanyika, S., Jeffery, R. W., Morabia, A., Ritenbaugh, C., et Antipatis, V. J. (2002). Obesity prevention: the case for action. *International Journal Of Obesity And Related Metabolic Disorders: Journal Of The International Association For The Study Of Obesity*, 26(3), p. 425-436.
- La Caravane du goût (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.lacaravanedugout.ca/>
- La santé au menu. (2014). *La santé au menu – Coin des professionnels Accueil*. Dernière visite le 6 août 2014, [en ligne] www.lasanteaumenue.com
- La Société hôte des Jeux d'été du Canada, et Conseil des Jeux du Canada (2013). La Société hôte des Jeux d'été du Canada – Sherbrooke 2013 – Rapport final (p. 17). Sherbrooke (Québec): Société hôte des Jeux du Canada 2013 de Sherbrooke.
- La Tablee des Chefs (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] www.tableedeschefs.org
- La Virée du Maire. (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.vireedumaire.com/default.aspx?idPage=1>

- Lachance, B., Pageau, M., Roy, S., Bertrand, L., Drouin, D., Poirier, A., et collab. (2006). Investir pour l'avenir: plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 (p. 50). Québec (Québec): Gouvernement du Québec – Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Lachance, B., Pageau, M., et Roy, S. (2006). Investir pour l'avenir: plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Québec (Québec): Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Lachance, B. (2008). Investir pour l'avenir. PAG 2006-2012. MSSS.
- Lachance, B., Pageau, M., et Roy, S. (2012). Investir pour l'avenir. PAG 2006-2012. MSSS.
- Lalonde, B., et Robitaille, É. (2014). L'environnement bâti autour des écoles et les habitudes de vie des jeunes: état des connaissances et portrait du Québec (p. v, 51). Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Lamari, M., Anstett, É., Tourigny, A., Namoro, A., Arsenault, P.-É., Héronneau, C., et collab., (2014). La prévention de l'obésité au Québec: portrait analytique des initiatives et politiques gouvernementales visant les jeunes (p. 183). Québec (Québec): École nationale d'administration publique. https://www.evaluation-prevention-obesite.ulaval.ca/files/content/sites/pepo/files/fichiers/Rapport_CREXE%20_%20aout%202014_1.pdf
- Lamontagne, C., Chaumette, P., et Direction de santé publique – Secteur Tout-petits-Jeunes (2008). Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes... Déjà 6 ans! Rapport d'évaluation pour l'année 2007-2008 (p. 89). Québec (Québec): Gouvernement du Québec.
- Lamontagne, C., Chaumette, P., et Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale – Direction régionale de santé publique (2009). Peluredebanane.com, un défi à l'échelle provinciale: rapport d'évaluation 2008-2009 (p. 100). Québec (Québec): Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Lamontagne, P., et Hamel, D. (2009). Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec: de 1978 à 2005 (p. 2). Québec (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Lamontagne, P., Hamel, D., Gagné, M., et Institut national de santé publique du Québec. Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services (2013). Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois: portrait et évolution de 1987 à 2010 (p. ix, 69). Québec (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Laperrière, J.-P., Martel, G., et Renaud, L. (2010). À quels messages publicitaires les enfants de moins de 12 ans sont-ils exposés lorsqu'ils regardent la télévision au Québec? Analyse du portrait publicitaire de l'industrie agroalimentaire ainsi que l'application de la Loi sur la protection du consommateur (p. xvii-249). Montréal (Québec): Université du Québec à Montréal – Groupe de recherche Medias et santé.

- Lapierre, J., et Dionne, M. (2014). Portrait et analyse critique de l'expérience québécoise des acteurs provinciaux et régionaux en prévention de l'obésité et promotion des saines habitudes de vie (p. 232). Québec (Québec): Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval: Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité.
- Laurentides, M. (2014). Projet régional: S'entraider et outiller pour mieux manger (p. 7). Blainville (Québec): Moissons Laurentides.
- Le Devoir (19 juin 2014). «L'AMT laisse tomber la journée En ville sans ma voiture» par Jeanne Corriveau. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.ledevoir.com/politique/montreal/411517/l-amt-laisse-tomber-la-journee-en-ville-sans-ma-voiture>
- Leclerc, B.S. (2012). Utilité de l'évaluation de l'évaluabilité des politiques gouvernementales de lutte contre le tabagisme: l'expérience québécoise des centres d'abandon du tabagisme. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 24, n° 3, p. 59-71.
- Lefèvre, P. (2012). Projet de soutien aux Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR SHV). Élaboré dans le cadre du déploiement du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir (PAG) (p. 82). Montréal (Québec): Projet demandé par la Table de concertation nationale en prévention-promotion.
- Le portail Veille Action (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://veilleaction.org/fr/>
- Lemay, J.-F. (2013). Rapport d'évaluation Phase II – Étape 1 (p. 28). Montréal (Québec): Rapport réalisé par JFL Consultants pour le Consortium jeunesse de la terre à la table.
- Lemay, J.F. et Gosselin E. (2012) pour le CTAC et CIPA. RAPPORT D'ÉVALUATION FORMATIVE. Programme Melior. [PRÉSENCE DE 1 RÉSUMÉ]
- Lemay, J.-F Consultants (2013). LA SANTÉ AU MENU – Fondation de l'ITHQ Rapport d'évaluation finale. [COMPREND PLUSIEURS DOCUMENTS]
- Lemelin G. (2014). BILAN DU PROJET Accès bouffe santé! Développement bioalimentaire Centre-du-Québec (CDQ). [COMPREND PLUSIEURS DOCUMENTS]
- Lemire, M., et Morisset, J. (2014). Portrait des efforts en prévention des maladies chroniques dans les régions du Québec – Rapport synthèse (p. 29). Montréal (Québec): Mandat du comité stratégique sur les maladies chroniques de la Table de concertation nationale en santé publique (TCNSP), INSPQ.
- Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L., et Law, S. (2005). Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé – Rapport final. (p. v, 48). Ottawa (Ontario): Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Loring, B., et Robertson, A. (2014). Guidance for addressing inequities in overweight and obesity (p. vi, 36). Copenhagen, (Denmark): World Health Organisation – Regional office for Europe.
- Lovasi, G. S., Hutson, M. A., Guerra, M., et Neckerman, K. M. (2009). Built Environments and Obesity in Disadvantaged Populations. *Epidemiologic Reviews*, 31(1), 7-20. doi: 10.1093/epirev/mxp005

- Ma municipalité efficace (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.municipaliteefficace.ca/>
- Marier, C., Bertrand, L., Drouin, L., King, N., et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Secteur environnement urbain et santé (2013). Une ville et des quartiers qui favorisent l'accès aux aliments santé et leur consommation : programme de soutien aux initiatives locales 2013-2018 : cadre de référence (p. vi, 28). Montréal (Québec) : Direction de santé publique – Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Marquis, M., et Grand, P. (2013). Offres et pratiques alimentaires revues dans les services de garde du Québec – Phase 2, pré-transfert de connaissances – Rapport final (p. 29). Montréal (Québec) : Extenso – Université de Montréal.
- Martin, V., Parent, M.-P., Blouin, M., Durand, C., et ministère de la Famille (2014). Gazelle et Potiron : cadre de référence pour créer des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur en services de garde éducatifs à l'enfance (p. v, 116). Montréal (Québec) : Ministère de la Famille – Gouvernement du Québec.
- McMaster University, le répertoire « Health Systems Evidence » (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <https://www.mcmasterhealthforum.org/hse>
- Ministère des Affaires municipales – Direction générale de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire avec la collaboration des ministères et des organismes concernés (1994). Les orientations du gouvernement en matière d'aménagement : Pour un aménagement concerté du territoire (p. 72). Montréal (Québec) : Ministère des Affaires municipales et Occupation du territoire http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/amenagement_territoire/orientations_gouvernementales/orientations_amenagement.pdf
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport – Direction de la promotion de la sécurité Québec, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec – Direction des communications, et Léger Marketing (2007a). Évaluation des services du Club des petits déjeuners du Québec : 2^e volet sondage en ligne auprès des responsables de comité de coordination et des coordonnateurs régionaux (p. 43). Montréal (Québec) : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ; Ministère de la Santé et des Services sociaux ; Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ; Léger Marketing.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport – Direction de la promotion de la sécurité Québec, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec – Direction des communications, et Léger Marketing (2007b). Évaluation des services du Club des petits déjeuners du Québec : 3^e volet rapport synthèse des résultats (p. 36). Montréal (Québec) : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ; Ministère de la Santé et des Services sociaux ; Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ; Léger Marketing.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport – Direction de la promotion de la sécurité Québec, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec – Direction des communications, et Écho sondage. (2007c). Évaluation des services du Club des petits déjeuners du Québec : rapport (p. 54). Québec (Québec) : Gouvernement du Québec.

- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport – Direction de la promotion de la sécurité Québec, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec – Direction des communications, et Léger Marketing (2007d). Évaluation des services du Club des petits déjeuners du Québec : 1^{er} volet entrevues auprès de représentants du CPD au national et d'animateurs de camps JeunEstime (p. 35). Montréal (Québec) : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale; Ministère de la Santé et des Services sociaux; Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; Léger Marketing.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport Québec (MELS) (2012a). Pour un virage santé à l'école – Bilan de la mise en œuvre de la Politique-cadre : Thème 1 : Environnement scolaire – Volet Mode de vie physiquement actif (p. 7). Québec (Québec) : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport Québec (MELS) (2012b). Pour un virage santé à l'école – Bilan de la mise en œuvre de la Politique-cadre : Thème 1 : Environnement scolaire – Volet Saine alimentation (p. 8). Québec (Québec) : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport Québec (2012c). Pour un virage santé à l'école – Bilan de la mise en œuvre de la Politique-cadre : Thème 2 : Éducation, promotion et communication; Thème 3 : mobilisation avec des partenaires (p. 9). Québec (Québec) : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport Québec (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.mels.gouv.qc.ca>
- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MERST) (2013). Pour un virage santé à l'enseignement supérieur : Bilan 2007-2011 de la mise en œuvre du Cadre de référence pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif à l'enseignement supérieur (p. 48). Québec (Québec) : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), Mongeau, L., Fillion, Y., Pageau, M., et Québec en Forme (2012). Pour une vision commune des environnements favorables; à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids. Dans Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec – Gouvernement du Québec (dir.) (p. 25). Québec (Québec) : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Babeux, D., Gagnon, H., Mongeau, L., Pageau, M. de Pokomandy-Morin, C., Fillion, Y., Fontaine, V., Dontigny, A., Arruda, H., Jalbert, Y., et Lapointe, M. (2015). La mobilisation au cœur de l'action – Bilan des réalisations et des retombées du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir – Gouvernement du Québec (dir.) (p. 51). Québec (Québec) : Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001023/?&txt=poids&date=DESC>

- Ministère des Transports du Québec (2008). Politique sur le vélo : du loisir à l'utilitaire : le vélo, un moyen de transport à part entière (p. 32). Québec (Québec) : Gouvernement du Québec.
- Ministère des Transports du Québec (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <https://www.mtq.gouv.qc.ca/Pages/default.aspx>
- Moisson Laurentides (2014). *Accueil*. Dernière visite le 22 août 2014, [en ligne] <http://www.moissonlaurentides.org/outils/>
- Mongeau, L., Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications (1999-), et Québec en Forme (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Québec (Québec) : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
- Moreau, N., Molgat, M., Plante, C., Parlavecchio, L., Cosset, A., Chanteau, O., et collab. (2013). Programme Alter-Action : Projet de recherche-action 2010-2012. DesÉquilibres : les éléments d'une alternative (p. 111). Montréal (Québec) : Groupe DesÉquilibres.
- Morestin, F., Gauvin F.-P. et collab. (2010). Méthodes de synthèse de connaissances sur les politiques publiques. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Rapport. Publié en ligne en septembre 2010. Dernière visite en février 2012, [en ligne] http://www.ccnpps.ca/184/publications.ccnpps?id_article=535
- Morin, P., Tremblay, C., Turcotte, S., Roy, M.-A., Martin, G., Perreault, G., Auger, D., Paulin, L., et Collet, M. (2010). Portrait des jeunes Sherbrookoïses de 4 à 17 ans en matière d'alimentation et d'activité physique et sportive-Rapport final (p. 125) Centre de santé et de services sociaux – Institut de gériatrie de Sherbrooke, Québec en Forme, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Université de Sherbrooke.
- Mozaffarian, D., Afshin, A., Benowitz, N. L., Bittner, V., Daniels, S. R., Franch, H. A., et collab. (2012). Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity, and Smoking Habits: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 126, 1514-1563. doi: 10.1161/CIR.0b013e318260a20b
- Mozaffarian, D. (2014). The Promise of Lifestyle for Cardiovascular Health: Time for Implementation. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(13), 1307-1309. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2014.06.1191>
- Nations Unies – Assemblée Generale (16 septembre 2011). Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles A/66/L.1 : Nations Unies Soixante-sixième session – Point 117 de l'ordre du jour – Suite donnée aux textes issus du Sommet du Millénaire.
- National Institute for Health Care Excellence (NICE). (2009). Promoting physical activity for children and young people (p. 85). London (UK) : NICE.
- National Institute for Health Care Excellence (NICE). (2012 a). Obesity : working with local communities (p. 104). London (UK) : NICE.

- National Institute for Health Care Excellence (NICE) (2012 b). Walking and cycling: local measures to promote walking and cycling as forms of travel or recreation. *NICE public health guidance 41* (p. 126). London (UK): NICE.
- National Institute for Health Care Excellence (NICE) (May 2013). Physical activity: brief advice for adults in primary care NICE public health guidance 44 (p. 63). London (UK): NICE.
- National Institute for Health Care Excellence (NICE) (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.nice.org.uk/>
- Nolin, B., Hamel, D., et Institut national de santé publique du Québec (2009). L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 gains pour tous – ou presque (p. 12). Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Nolin B. (2015). Niveau d'activité physique de la population québécoise: pas d'amélioration depuis 2005 (p. 4), Québec (Québec): Direction du sport, du loisir et de l'activité physique, Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. www.kino-quebec.qc.ca
- Nos petits mangeurs (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.nospetitsmangeurs.org/>
- Office de la protection du consommateur (2008). Cahier à conserver: « Vos enfants et la pub ». Dans P.-V. Les Éditions (dir.) (p. 9). Montréal (Québec): Gouvernement du Québec.
- Office de la protection du consommateur (2012). Publicité destinée aux enfants de moins de 13 ans: guide d'application des articles 248 et 249: Loi sur la protection du consommateur. Dans Protégez-Vous (dir.) (p. 27). Montréal (Québec): Gouvernement du Québec.
- Office de la protection du consommateur (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.opc.gouv.qc.ca/>
- Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) (2012). Rehaussement des compétences en nutrition en santé publique (p. 13). Montréal (Québec): L'Ordre professionnel des diététistes du Québec.
- Olivo, C. (2012). Lutter contre la pression sociale vis-à-vis de l'image des corps: un enjeu de santé publique – Synthèse des chartes et réglementations, programmes gouvernementaux, et actions en France et dans quelques pays (p. 13). Montpellier (France): Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Languedoc-Roussillon.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2014) Obesity update (p. 8) Paris, (France): Organisation for Economic Co-operation and Development <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2010). Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants (p. 14). Genève (Suisse): Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2013). Promotion de l'activité physique chez les groupes socialement défavorisés: principes d'action. Synthèse (p. 13). Copenhague, Danemark: Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe.

- Pan American Health Organization (PAHO), et World Health Organization (WHO) (2014). Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents *53rd Directing Council – 66th Session of the Regional Committee of WHO for The Americas* (p. 24). Washington, D.C., USA: World Health Organization – Regional office for the Americas.
- Perrault, J. et Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention (2005). L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes recommandations: rapport (p. 56). Québec (Québec): l'Équipe de travail.
- Plamondon, L., et Institut national de santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés (2012). Portrait de l'environnement alimentaire dans les écoles primaires du Québec: rapport (p. xii, 47). Montréal (Québec): Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec.
- Plamondon, L., Morin, P., Demers, K., Paquette, M.-C., et Institut national de santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés (2013). Portrait de l'environnement alimentaire dans les écoles secondaires du Québec (p. xi, 51). Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) du centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec de l'Université Laval (2014). *Mission*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <https://www.evaluation-prevention-obesite.ulaval.ca/cms/site/pepo/lang/fr/page83590.html?jsessionid=4F5F072BDB58262CF2A8892D457284CA>
- Poirier, A. (14 juin 2013). *Government Action Plan Investir pour l'avenir & « Québec en Forme »*. Paper presented at the Les défis de l'évaluation d'impact en prévention de l'obésité chez les jeunes: expériences de leaders internationaux et solutions prometteuses pour le Québec organisé par la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité du Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Québec (Québec).
- Poirier, A. (25 novembre 2013). *Évaluer les initiatives en promotion de saines habitudes de vie*. Paper presented at the Contexte récent de l'évaluation d'impact dans le domaine des habitudes de vie au Québec et présentation du programme de la demi-journée aux Journées de la santé publique du Québec organisée par la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité du Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Montréal (Québec).
- Potvin Kent, M., Dubois, L., et Wanless, A. (2011). Food marketing on children's television in two different policy environments. *Int J Pediatr Obes*, 6, e433-441. doi: 10.3109/17477166.2010.526222. Publié le 10 novembre 2010.
- Potvin Kent, M., Dubois, L., et Wanless, A. (2012). A nutritional comparison of foods and beverages marketed to children in two advertising policy environments. *Obesity (Silver Spring)*, 20, 1829-1837. doi: 10.1038/oby.2011.161. Publié le 30 juin 2011.
- Programme DUX. (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://programmedux.com>
- Provencher, V., Bégin, C., Tremblay, A., Mongeau, L., Corneau, L., Dodin, S., Boivin, S. et Lemieux, S. (2009). Health-At-Every-Size and eating behaviors: 1-year follow-up results of a size acceptance intervention. *J Am Diet Assoc*. Nov;109(11):1854-61. doi: 10.1016/j.jada.2009.08.017.

- Québec en Forme (non daté). Le Point sur le monde de l'éducation, Encart Québec en Forme inclus au volume 16, numéro 4.
- Québec en Forme (2010). Projet d'apprentissage sur la gouvernance des regroupements soutenus par Québec en Forme. Document interne à l'intention de la direction et du personnel de l'organisation. Rapport final. Trois-Rivières (Québec): Québec en Forme, Secteur de l'Évaluation.
- Québec en Forme, Darvida Conseil, Turbine, B., Ribaux, S. et Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie (2012a). Sensibilisation aux environnements favorables aux saines habitudes de vie – Cahier du participant (p. 42). Trois-Rivières (Québec): Québec en Forme.
- Québec en Forme (2012b). État de la situation. Collecte d'informations auprès des centres de la petite enfance du Québec volet installation. Rapport provincial. Trois-Rivières (Québec): Québec en Forme, Secteur de l'Évaluation.
- Québec en Forme (2013a). 158 regroupements locaux de partenaires sont en action dans 17 régions administratives du Québec ainsi qu'auprès de communautés autochtones (p. 8). Trois-Rivières (Québec): Québec en Forme.
- Québec en Forme (2013b). État de la situation 2010-2011 : Collecte de données auprès des jeunes du 3^e cycle du primaire – Activité physique Alimentation Image corporelle – Rapport provincial (p. 44). Trois-Rivières (Québec): Québec en Forme.
- Québec en Forme (2013d). Rapport annuel de performance 2012-2013 (p. 61). Trois-Rivières (Québec): Déposé au Conseil d'administration de Québec en Forme à la séance du 10 octobre 2013.
- Québec en Forme (2013e). L'environnement municipal : Portrait des politiques, mesures et caractéristiques de l'environnement bâti favorables à la saine alimentation et au mode de vie physiquement actif des jeunes – Rapport provincial (p. 81). Trois-Rivières (Québec): Québec en Forme.
- Québec en Forme (2014a). *Accueil*. Dernière visite le 2 septembre 2014, [en ligne] www.quebecenforme.org
- Québec en Forme (2014b). *Historique* (p. 2). Trois-Rivières (Québec): Québec en Forme. Dernière visite le 13 août 2014, [en ligne] <http://www.quebecenforme.org/a-propos/historique.aspx>
- Québec en Forme (2014c). *Communauté de pratiques pour les intervenants en activité physique* (p. 3). Trois-Rivières (Québec): Québec en Forme. Dernière visite le 13 août 2014, [en ligne] <http://www.quebecenforme.org/media/116330/communaute-de-pratique-intervenants-act-phys.pdf>
- Québec en Forme (2014c). État de situation des résultats visés par Québec en Forme chez les regroupements locaux – Déposé au Conseil d'administration de Québec en Forme en vue de la séance du 19 juin 2014.
- Québec en Forme, WIXX Mag (2014f). *Accueil*. Dernière visite le 2 septembre 2014, [en ligne] <http://www.wixxmag.ca/>
- Regroupement des Cuisines Collectives du Québec (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.rccq.org>
- Réseau du sport étudiant du Québec RSEQ(2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://rseq.ca/>

- Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ) (2013a). Phase 1-2: Projet : PLATEFORME WEB « En forme avec Myg et Gym » – Rapport final (p. 3). Saint-Léonard (Québec): RSEQ provincial.
- Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ) (2013b). Projet de dénormalisation de la malbouffe auprès des jeunes « Gobes-tu ça ? » – Rapport d'évaluation final (p. 8). Saint-Léonard (Québec): RSEQ provincial.
- Réseau québécois de Villes et Villages en santé (2014). *Accueil*. Dernière visite le 14 août 2014, [en ligne] <http://www.rqvvs.qc.ca>
- Richard, C., Badlissi, D., et Cousineau, A. (2011). Évaluation du programme OLO dans les centres de santé et de services sociaux du Québec *La Fondation OLO* (p. 86). Montréal (Québec): Fondation OLO et Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation et Service prévention-promotion.
- Roberge, M.-C., et Choinière, C. (2009). Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé (p. 231). Québec (Québec): Institut national de santé publique du Québec – Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Robitaille, É., Bergeron, P., Lasnier, B., et Institut national de santé publique du Québec (2009). Analyse géographique de l'accessibilité des restaurants-minute et des dépanneurs autour des écoles publiques québécoises : rapport (p. 19). Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Robitaille, É., Laguë, J., et Institut national de santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés (2012). Portrait de l'environnement bâti et de l'environnement des services : un outil d'analyse pour améliorer les habitudes de vie (p. xiv, 75). Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Robitaille, É., Bergeron, P., Laguë, J., et Institut national de santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés. (2013). Accessibilité géographique aux commerces alimentaires au Québec : analyse de situation et perspectives d'interventions (p. vii, 47). Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Robitaille, É., Bergeron, P., Laguë, J., et Institut national de santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés (2015). Potentiel piétonnier et utilisation des modes de transport actif pour aller au travail au Québec : état des lieux et perspectives d'interventions (p. viii, 109). Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Roblain, S. (2013). Projet Bonne Boîte Bonne Bouffe Lanaudière-Laurentides – Rapport final d'évaluation (p. 23). Joliette (Québec): Présenté à Québec en Forme par la Table des partenaires du développement social de Lanaudière.
- Roof, J. (2010). Recommandations au réseau Kino-Québec pour la promotion des modes de déplacements actifs au Québec. (p. 349), Thèse: Université Laval département de Santé communautaire. Québec (Québec).
- Royer, A. (2006). *Approche «École en santé»: Analyse d'un milieu scolaire au primaire*. (M. Sc.), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières (Québec).

- Royer, A., Turcotte, M., Manceau, L. M., Dugal, S., et Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale – Direction régionale de santé publique (2009). Évaluation d'une mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé dans le cadre de l'approche 0-5-30 Combinaison prévention de la région de la Capitale-Nationale (p. 83). Québec (Québec): Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale – Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Royer, A., Manceau, L. M., Gilbert, G., et Barbonne, R. (2011). Évaluation de la mise en œuvre du programme Mon école à pied, à vélo! dans 40 écoles primaires des régions de la Capitale-Nationale et de Montréal (p. 91). Québec (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique.
- Rudd Center for Food Policy & Obesity, Obesity Society, et Obesity Action Coalition (RCFPO) (2013). Guidelines for Media Portrayals of Individuals Affected by Obesity (p. 10). USA: Rudd Center for Food Policy & Obesity, Obesity Society, Obesity Action Coalition.
- Sallis, J. F., et Glanz, K. (2009). Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic. *The Milbank Quarterly*, 87(1), p. 123-154.
- Saint-Laurent, L., Damasse, J., Philibert-Lajoie, M., Bertrand, L., Bouzidi, M., et Savoie, M. (2013). Évaluation de l'implantation du Plan gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir: rapport synthèse (p. 34). Montréal (Québec): Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications. Gouvernement du Québec.
- Saint-Pierre, L. (2012). L'approche pangouvernementale pour la santé – Le cas du Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes liés au poids du Québec (p. 71). Québec (Québec): Centre collaborateur de l'OMS pour les politiques relatives à la prévention des maladies chroniques non transmissibles, Agence de santé publique du Canada, Organisation panaméricaine de la santé, Juin 2012.
- Santé Canada (2014). *Aliments et nutrition*. Dernière visite le 13 août 2014, [en ligne] <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/index-fra.php>
- Sasseville, N. (2014). Interventions en milieu municipal sur les saines habitudes de vie: État de situation et synthèse des consultations auprès des acteurs municipaux (p. 101). Québec (Québec): Réseau québécois Villes et villages en santé.
- Sassi, F., et Organisation for Economic Co-operation Development (OCDE) (2010). Obesity and the economics of prevention: Fit not fat. In Edward Elgar (dir.) (p. 268). Cheltenham (UK): OCDE.
- Sauvageau, C., et Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale – Direction régionale de santé publique (2007). Rapport d'évaluation d'une intervention réalisée auprès des médecins œuvrant en cabinet privé dans la région de la Capitale-Nationale: 0-5-30 combinaison prévention (p. 192). Québec (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale Direction régionale de santé publique.

- Schaefer, C., Mongeau, L., et Association pour la santé publique du Québec (2000). L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids : éléments d'une problématique et réflexions pour l'action (p. xvi, 87). Montréal (Québec) : Collectif Action alternative obésité.
- Sharma, M. (2011). Dietary Education in School-Based Childhood Obesity Prevention Programs. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 2(2), 207S-216S. doi: 10.3945/an.111.000315
- Shemilt, I., Hollands, G. J., Marteau, T. M., Nakamura, R., Jebb, S. A., Kelly, M. P., et collab. (2013). Economic instruments for population diet and physical activity behaviour change : a systematic scoping review. *PLoS One*, 8, e75070. doi: 10.1371/journal.pone.0075070. eCollection 2013.
- Sport-Québec (2013). Rapport final – Québec en Forme | COFJQ – Saguenay hiver 2013, La 48^e finale des Jeux du Québec (p. 29). Montréal (Québec) : Sport-Québec.
- Sport-Québec (2014). *Jeux du Québec*. Dernière visite le 13 août 2014, [en ligne] <http://www.jeuxduquebec.com>
- Summerbell, C. D., Moore, H. J., Vogle, C., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Manios, Y., et collab. (2012). Evidence-based recommendations for the development of obesity prevention programs targeted at preschool children. *Obes Rev*, 13 Suppl 1, 129-132. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00940.x
- Task Force on Community Preventive Services (TFPCS). (2009). A Recommendation to Improve Employee Weight Status Through Worksite Health Promotion Programs Targeting Nutrition, Physical Activity, or Both. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(4), 358-359. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.07.004>
- Tennis Québec (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.tennis.qc.ca>
- Thérien, F. (2012). Plan régional de santé publique 2010-2015 – Un environnement urbain favorable à la santé – Orientation 5 – Une ville et des quartiers sécuritaires qui favorisent un mode de vie physiquement actif (p. 25). Montréal (Québec) : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Thibaut, M., et Joly, J. (2013). Rapport d'étape de l'évaluation de l'implantation portant sur les ateliers 1 à 10 et sur le défi de la Foire alimentaire (p. 68). Longueuil (Québec) : La Tablee des Chefs.
- Toupin, L., et Beauchemin, É. (2012). Développement et implantation du cadre de référence pour les camps de jour municipaux – Rapport final (p. 34). Montréal (Québec) : présenté par l'Association québécoise du loisir municipal (AQLM) et l'Association des camps certifiés du Québec (ACCCQ) à Monsieur François Cloutier, conseiller à la Direction du sport, du loisir et de l'activité physique Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et à Monsieur Steeve Ager, conseiller provincial en activité physique Québec en Forme.
- Tourigny, A., Anstett, É., Namoro, A., Arsenault, P.-É., Héronneau, C., Guilbert-Couture, A., et collab. (2014). La prévention de l'obésité au Québec : Portrait analytique des initiatives et politiques gouvernementales visant les jeunes (p. 176). Québec (Québec) : Rapport présenté par l'École nationale d'administration publique en juillet 2014 à la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO).

- Traoré I., Nolin, B. et Pica, L. A. (2012). «Activité physique de loisir et de transport», dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Tome 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 97-120.
- Tremblay, É., Navert, P., Blackburn, M., Dufort, J., Drapeau, J.-B., Noisel, N., et collab. (2014). Évaluation d'impact sur la santé du projet Quartier TOD à Sainte-Catherine – Rapport sur les impacts potentiels et recommandations (p. xii-94). Montréal (Québec) : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Tremplin Santé. (2014). *Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.tremplinsante.ca/accueil>
- Trudel C. (2012). Identification des besoins de soutien prioritaires des responsables des Tables intersectorielles régionales sur les saines habitudes de vie au Québec (p. v, 40). Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue de l'obtention du grade de maîtrise en santé communautaire, Département de médecine sociale et préventive Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Trudel, M., et Blanchet-Cohen, N. (2012). *Quartiers Verts, Actifs et en Santé – Modifier l'environnement bâti afin d'accroître le transport actif sécuritaire – Rapport d'évaluation final* (p. 29). Montréal (Québec) : Centre d'écologie urbaine de Montréal.
- Trust for America's Health (TFAH) (2009). *Prevention for a Healthier America : Investments in Disease Prevention Yield Significant Savings, Stronger Communities* (p. 70). Washington, DC : Trust for America's Health.
- Union des municipalités du Québec (2013). *Le metro Bus de Gustave*. Dernière visite le 12 août 2014, [en ligne] <http://www.umq.qc.ca/nouvelles/actualite-municipale/le-metro-bus-de-gustave-30-05-2013>
- Unité Régionale de Loisir et de Sport en Chaudière-Appalaches (TSHDV). (2013). *QUI FAIT QUOI – Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie en Chaudière-Appalaches* (p. 16). Lévis (Québec) : Unité Régionale de Loisir et de Sport en Chaudière-Appalaches.
- Vélo-Ville. (2014). *mobili-T – gestion des déplacements*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.mobili-t.com/services/velo-ville>
- Vélo Québec (2014). *Accueil*. Dernière visite le 6 août 2014, [en ligne] <http://www.velo.qc.ca>
- Vérificateur général du Québec (2015). *Rapport du commissaire au développement durable – Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016, printemps 2015. Chapitre 2 : Promotion d'une saine alimentation comme mesure de prévention en santé*. Dernière visite le 8 septembre 2015, [en ligne] http://www.vgq.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_index.aspx?Annee=2015
- Veugelers, P.J., et Schwartz, M. E. (2010). Approche globale de la santé en milieu scolaire au Canada – COMMENTAIRE. *Revue canadienne de santé publique*, 101(Suppl 2), S5-S8.
- Viens, C., Smuga, K., Archambault, M., Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie – Direction de santé publique, CRÉ Vallée-du-Haut-Saint-Laurent, C. RÉ-agglomération de Longueuil, et collab. (2014). *Évaluation du Projet montérégien en saines habitudes de vie : volet Cour d'école – Rapport final* (p. 15). Montérégie (Québec) : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie,

- Direction de santé publique, CRÉ agglomération de Longueuil, Vallée-du-Haut-Saint-Laurent et Montérégie Est.
- Voyagez futé. (2014). *Centre de gestion des déplacements – Accueil*. Dernière visite le 7 août 2014, [en ligne] <http://www.voyagezfute.ca>
- Waters, E., de Silva-Sanigorski, A., Hall, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao, Y., et collab. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*, CD001871. doi: 10.1002/14651858.CD001871.pub3.
- White House Task Force on Childhood Obesity Report to the President. (May 2010). Solving the problem of childhood obesity within a generation: White House Task Force on Childhood Obesity report to the President (p. 120). Washington DC : Executive Office of the President of the United States <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/childhood-obesity-task-force-unveils-action-plan-solving-problem-childhood-obesity->.
- Wikicipal. (2014). *ACTI-MENU*. Dernière visite le dernière visite le 6 août 2014, [en ligne] <http://www.wikicipal.com/Wikicipal/>
- Wilson, M. G., Guindon, G. E., Baskerville, N. B., et Gauvin, F-P. (2012b). Synthèse portant sur les données probantes : Promouvoir un poids santé par des interventions populationnelles au Canada (p. 103). Hamilton (Ontario) : McMaster Health Forum.
- Wilson, S., Devaux, M., Cecchini, M., et Sassi, F. (June 2014). Obesity Update (p. 8). Paris (France) : OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.
- World Cancer Research Fund (WCRF), et American Institute for Cancer Research (AICR). (2007). Summary – Food, Nutrition, and Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective (p. 16). Washington DC : AICR.
- World Cancer Research Fund (WCRF), et American Institute for Cancer Research (AICR) (2009). Policy and Action for Cancer Prevention. Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective (p. xii, 188). Washington DC : AICR.
- World Health Organization (WHO) (2009). Interventions on diet and physical activity: what works – Summary report (p. 42). Geneva (Switzerland) : World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010 (p. xii-164). Geneva (Switzerland) : World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2012). Population-based approaches to childhood obesity prevention (p. 52). Geneva (Switzerland) : World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2015). *Global Health Observatory (GHO) data – Deaths from NCDs*. Geneva, Switzerland : World Health Organization. Dernière visite le 27 août 2014, [en ligne] http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total/en/

ANNEXE 1

Grille utilisée pour la sélection finale du recueil de publications scientifiques internationales

Dans le cadre de notre sélection finale de littérature internationale, la grille de notation ci-dessous a été utilisée :

A – Publication relativement récente (5 dernières années), soit de 2009 à 2014 ;

Cote :

- 1 = avant 2009 (à exclure)
- 2 = 2009-2010
- 3 = 2011-2012
- 4 = 2013-2014

B – Appui sur une revue de littérature systématique ou tout au moins exhaustive, avec une identification claire des références bibliographiques dans le texte ;

Cote :

- 1 = pas de revue de littérature apparaissant dans le document (à la fin ou dans le texte)
- 2 = revue de littérature régulière (type article scientifique), «non systématique et peu exhaustive»
- 3 = revue de littérature exhaustive, mais non systématique
- 4 = revue de littérature systématique

C – Inclusion explicite et détaillée d’informations sur des bonnes pratiques à suivre ou des recommandations portant sur une large diversité d’interventions, émanant si possible d’un processus de concertation explicite entre experts

Cote :

- 1 = pas de section de recommandations identifiée dans la publication
- 2 = intervention (trop) spécifique
- 3 = la production de recommandations ou l’identification de pratiques prometteuses n’est pas centrale dans le document. Tout au plus, elle se résume à quelques pistes amenées dans la discussion ou ne passe pas en revue une grande diversité d’interventions. Si les recommandations sont centrales, elles portent davantage sur la recherche que sur la pratique.
- 4 = la production de recommandations (par les auteurs eux-mêmes) est centrale dans le document ou, à défaut d’avoir des recommandations explicites, l’identification de pratiques prometteuses est centrale et passe en revue une grande diversité d’interventions.
- 5 = la production de recommandations est centrale, porte sur une grande diversité d’interventions et émane d’un processus de consultation entre experts (p. ex., comité d’experts de l’IOM cité dans le document)

D – Facteur d’impact

Les documents devaient avoir été publiés dans une revue avec facteur d’impact ≥ 3 ou par une organisation reconnue à l’échelle internationale pour son expertise sur le sujet. À titre exceptionnel, quelques rapports de littérature grise ne remplissant pas ces critères ont pu être retenus lorsqu’ils abordaient un sujet émergent ou peu abordé par ailleurs (p. ex., image corporelle).

Voici le tableau résumant les résultats du processus ayant conduit à retenir 58 publications :

PUBLICATIONS RETENUES SI CRITÈRE A ≥ 2, B ≥ 3, C ≥ 4 ET D ≥ 3 OU SUR JUSTIFICATION				
58 PUBLICATIONS D'INTÉRÊT MAJEUR	A. ANNÉE DE PUBLICATION	B. REVUE DE LITTÉRATURE	C. RECOMMANDATIONS	D. FACTEUR D'IMPACT (2012)
Heath et collab. (2012)	3	4	4	39,06
Gortmaker et collab. (2011)	3	3	4	39,06
Mozzafarian et collab. (2012)	3	4	5	15,2
Gundersen et collab. (2010)	2	3	4	7,85
Khambalia et collab. (2012)	3	4	4	7,85
Lovasi et collab. (2009)	2	4	4	7,33
Summerbell et collab. (2012)	3	3	4	6,87
King et collab. (2011)	3	3	4	6,87
Durand et collab. (2011)	3	4	4	6,87
Graff et collab. (2011)	3	3	4	6,62
Dobbins et collab. (2013)	4	4	4	5,79
Waters et collab. (2014)	4	4	4	5,79
Haemer et collab. (2011)	3	3	4	5,29
Sallis et Glanz (2009)	2	3	4	5,06
Sharma (2011)	3	3	4	4,89
Capacci et collab. (2012)	3	3	4	4,6
Ding et collab. (2011)	3	3	4	4,28
Task Force on Community Preventive Services (2009)	2	4	5	4,28
Brennan et collab. (2014)	4	3	4	3,94
Shemilt et collab. (2013)	4	4	4	3,73
Faulkner et collab. (2011)	3	3	5	3,58
Jones et collab. (2011)	3	3	4	3,02
OMS (2009)	2	4	5	*
IOM (2013)	4	3	5	*
OMS (2013)	4	3	5	*
IOM (2012)	3	3	5	*
NICE (2012a)	3	3	5	*
WHO (2012)	3	3	4	*
Wilson et collab. (2012)	3	4	4	*

58 PUBLICATIONS D'INTÉRÊT MAJEUR	A. ANNÉE DE PUBLICATION	B. REVUE DE LITTÉRATURE	C. RECOMMANDATIONS	D. FACTEUR D'IMPACT (2012)
IOM (2011)	3	3	5	*
CDC (2011c)	3	3	5	*
De Schutter (2011)	3	3	5	*
OMS (2011)	3	3	4	*
Sassi (2010)	2	3	5	*
Étiévant et collab. (2010)	2	3	5	*
WCRF/AICR (2009)	2	4	5	*
NICE (2009)	2	3	5	*
OMS (2010)	2	3	5	*
Loring et Robertson (2014)	4	3	4	*
City of New York (2010)	2	3	5	**
HSPH (2014)	4	3	4	*
GAIN (2013)	4	4	4	**
CDC (2011a)	3	3	4	*
CDC (2011b)	3	3	4	*
Hawkes (2013)	4	3	4	*
Rudd Center for Food Policy and Obesity (2013)	4	3	4	**
Global Advocacy for Physical Activity (2011)	3	3	4	*
ÉquiLibre (2013)	4	3	4	**
NICE (2012b)	3	4	4	*
NICE (2013)	4	4	4	*
Olivo (2012)	3	3	4	**
Consumers International and World Obesity Federation (2014)	4	3	5	*
Friedman et Puhl (2012)	3	3	4	**
White House Task Force on Childhood obesity (2010)	2	3	4	*
PAHO (2014)	4	3	4	*
Active Healthy Kids Canada (2012)	3	3	4	*
Keener et collab. (2009)	2	3	5	*
IOM (2009)	2	3	5	*

* organisation à forte crédibilité sur le plan international

** documents retenus notamment car ils abordaient un sujet émergent ou peu abordé par ailleurs

ANNEXE 2

Critères pour la sélection d'interventions à intégrer au portrait de l'*Expérience québécoise* et pour la sélection de documents s'y rapportant

1. **Sélection des interventions à intégrer au portrait de l'*Expérience québécoise***

Les interventions retenues doivent remplir l'ensemble des critères suivants :

- Être des politiques, programmes ou actions ;
- Être mis en œuvre au Québec ;
- Être mis en œuvre entre 2006 et 2014 (bien qu'ayant pu être amorcés avant 2006) ;
- Être portés par des organisations publiques ou par des organisations à but non lucratif avec la collaboration formelle du secteur public (nous entendons par collaboration formelle un lien institutionnel fort (p. ex., présence significative au conseil d'administration) ou le partage/la mise à disposition de ressources financières ou matérielles ou humaines (p. ex., subventions, participation significative à des activités de planification, de coordination, de mise en œuvre ou d'évaluation, etc.)) ;
- Avoir parmi ses principaux objectifs la promotion de saines habitudes de vie en matière d'alimentation ou d'activité physique ou la prévention primaire de l'embonpoint et de l'obésité ;

- Être mis en œuvre dans des conditions de vie réelles et non à des fins premières de recherche ou à titre expérimental.

2. **Sélection de documents utiles au portrait de l'*Expérience québécoise***

Les documents retenus doivent remplir l'ensemble des critères suivants :

- Être des documents portant en tout ou en partie sur des interventions à intégrer au portrait de l'*Expérience québécoise* (voir point 1);
 - > incluant plus particulièrement les documents qui mettent l'accent sur des actions de prévention primaire mises en œuvre à l'échelle locale auprès des jeunes et de leur famille ;
 - > incluant plus particulièrement les documents renvoyant à des interventions ou des regroupements d'interventions de grande envergure, c'est-à-dire dont la population ciblée est particulièrement importante (plusieurs milliers de personnes) ou dont la mise en œuvre est particulièrement étalée dans le temps (plusieurs années) ou dans l'espace (regroupement de municipalités, échelle régionale ou provinciale);
 - > incluant les documents de recherche seulement à condition que cette dernière porte sur des interventions existantes et mises en œuvre dans des conditions réelles et non seulement à titre expérimental ;
 - > excluant les documents qui ne font pas état de la planification, de la mise en œuvre ou de l'évaluation d'une intervention ou qui traitent trop spécifiquement d'interventions de prévention secondaire (p. ex., interventions auprès des jeunes en embonpoint ou obèses) ou tertiaire (p. ex., interventions de prise en charge clinique de l'obésité);
 - > excluant les documents faisant référence à des initiatives trop restreintes en ce qui concerne la population ciblée (moins d'une centaine de personnes) ou dont la mise en œuvre est particulièrement limitée dans le temps (un événement unique) ou dans l'espace (limitée à une seule municipalité ou école sans connexion avec un mouvement ou programme plus largement répandu).

- Être préférentiellement des rapports/publications de synthèse/présentations/bilans d'activité décrivant la mise en œuvre ou les résultats de certaines interventions, y compris les évaluations de processus ou les évaluations des effets de ces interventions;
 - > excluant les sources d'informations secondaires ou peu fiables (médias, sites Web autres que ceux de l'organisation porteuse du projet);
 - > excluant les publications qui ne sont pas suffisamment précises ou ciblées (ne renvoyant qu'à une partie de l'intervention, qu'à une partie de la population ciblée, qu'à une courte période sur la durée totale de l'intervention ou qu'à une petite partie du territoire concerné par l'intervention);
 - > excluant les documents portant sur des activités qui se sont déroulées avant 2006 (à moins qu'ils ne renseignent sur des caractéristiques de l'intervention qui sont toujours d'actualité).

ANNEXE 3

Liste des 166 interventions de *l'Expérience québécoise* aux échelles provinciale et régionale et références bibliographiques associées

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
1	<p>Production du document « Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids »</p> <p>MSSS (2012)</p>
2	<p>Vision de la saine alimentation – Pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014); MSSS (2015); MSSS (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/62c2cf260b418eab852576c400736b7b?OpenDocument</p>
3	<p>Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif – Pour un virage santé à l'école</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014); Bernier, S. (2011); MSSS (2015); MELS., et collab. (2012a); MELS., et collab. (2012b); MELS, et collab. (2012c); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013); MELS (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.mels.gouv.qc.ca/dossiers-thematiques/virage-sante-a-lecole/bilan-de-la-politique-cadre/</p>
4	<p>Cadre de référence pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif – Pour un virage santé à l'enseignement supérieur</p> <p>MSSS (2015); MERST (2013)</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
5	Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées MSSS (2015); Lamari, M., et collab. (2014)
6	Cadre de référence pour créer des environnements favorables à la saine alimentation, au jeu actif et au développement moteur dans les services de garde éducatifs à l'enfance – Gazelle et Potiron MSSS (2015); Martin, V., et collab. (2014)
7	Politique québécoise du transport collectif (maintenant Stratégie nationale de mobilité durable) Lamari, M., et collab. (2014); MSSS (2015); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013)
8	Politique sur le vélo Lamari, M., et collab. (2014); MSSS (2015); MTQ (2008); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013)
9	Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée Lamari, M., et collab. (2014); MSSS (2015); Gauvin et Steiger (2012); Baril, G., et collab. (2012)
10	Programme de soutien aux installations sportives et récréatives Lamari, M., et collab. (2014); MSSS (2015)
11	Programme d'aide financière dans les communautés autochtones pour promouvoir un mode de vie physiquement actif MSSS (2015)
12	Déploiement du Programme Choisir de maigrir? dans les CSSS MSSS (2015); Lamari, M., et collab. (2014); Provencher et collab. (2009)
13	Guide d'application des dispositions visant à interdire la publicité destinée aux enfants : Publicité destinée aux enfants de moins de 13 ans MSSS (2015); OPC (2008); OPC (2012); Caron, L. (2008)
14	Programme de surveillance relativement aux produits, services et moyens amaigrissants MSSS (2015)
15	Guide pour l'aménagement, l'organisation et l'animation des cours d'école primaire – Ma cour : un monde de plaisir! MSSS (2015) - Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Kino-Québec, Ma cour : un monde de plaisir! (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.kino-quebec.qc.ca/courEcole.asp

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
16	Guide d'implantation de trajets scolaires favorisant les déplacements actifs et sécuritaires vers l'école primaire : Redécouvrir le chemin de l'école MSSS (2015)
17	Guide de détermination des limites de vitesse sur les chemins du réseau routier municipal MSSS (2015)
18	Campagne Au Québec, on aime la vie! MSSS (2015)
19	Tournée d'ambassadeurs en vue d'inciter des municipalités du Québec à poursuivre et à intensifier leurs efforts en matière de promotion de saines habitudes de vie MSSS (2015)
20	Brochure Vos enfants et la pub MSSS (2015)
21	Guide pédagogique La publicité, la reconnaître et la démystifier MSSS (2015)
22	Zone enseignants sur le nouveau site Web de l'OPC MSSS (2015) - Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Office de la protection du consommateur (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) http://www.opc.gouv.qc.ca/a-propos/zone-enseignants/rechercher-activite/ (2) http://www.opc.gouv.qc.ca/a-propos/zone-enseignants/liste-activites/
23	Sensibilisation d'acteurs d'établissements d'enseignement professionnel et collégial MSSS (2015)
24	Table de concertation nationale sur le mode de vie physiquement actif MSSS (2015)
25	Mécanisme de concertation sur les enjeux de la pérennisation et le développement des sentiers et des lieux de pratique des loisirs en plein air MSSS (2015)
26	Comités interministériels et intersectoriels visant le développement de grandes orientations en matière de saine alimentation au Québec MSSS (2015)
27	Programmes de recherche répondant à des besoins spécifiques du PAG MSSS (2015)

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
28	<p>Répertoire des plans d'action gouvernementaux et de la littérature grise en matière d'alimentation, d'activité physique et d'obésité</p> <p>MSSS (2015); Institut national de santé publique Québec (2014). Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention https://www.inspq.qc.ca/pag</p>
29	<p>Portail de l'environnement bâti et de l'environnement des services</p> <p>MSSS (2015)</p>
30	<p>Collection TOPO (habitudes de vie et prévention des maladies chroniques)</p> <p>MSSS (2015); Wikicipal (2014)</p>
31	<p>Veille scientifique NAPP (nutrition-activité physique-poids)</p> <p>MSSS (2015)</p>
32	<p>Approche École en santé</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013); Deschesnes, M., et collab. (2013); Roberge et Choimière (2009)</p>
33	<p>Journée nationale du sport et de l'activité physique</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014); Deschesnes, M., et collab. (2013); MELS (2014)</p>
34	<p>Kino-Québec</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014); Roof, J. (2010); Belzile D, Fafard A. (2009); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013)</p>
35	<p>Mesure d'embellissement des cours d'école</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014)</p>
36	<p>Normes et programme Entreprise en santé</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014)</p>
37	<p>Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG)</p> <p>Lachance, B., et collab. (2006); Lamari, M., et collab. (2014); Lachance, B. (2008); Lachance, B., Pageau, M., Roy, S. (2012); Fung, C., et collab. (2012)</p>
38	<p>Programme d'aide gouvernementale aux modes de transport alternatifs à l'automobile</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014); Fung, C., et collab. (2012)</p>
39	<p>Programme d'infrastructures Québec-Municipalités</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014); Fung, C., et collab. (2012); Gouvernement du Québec (2014a)</p>
40	<p>Programme Écoles en forme et en santé</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014); Fung, C., et collab. (2012); Royer, A. (2006); Désy, M. (2009); Désy, M., et collab. (2009b)</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
41	1, 2, 3, Géant Campagne 1-2-3 Géants (2014); QeF (2013a)
42	Programme OLO et 1000 jours pour savourer la vie! QeF (2013 a); QeF (2013d); Richard, C., Badliissi, D., et Cousineau, A. (2011); Gouvernement du Québec (2014b) Accueil Portail Québec – hyperlien spécifique à cette intervention http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctype=sujet&sqcid=11 ; Avenir d'enfants (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) http://www.avenirdenfants.org/salle-de-presse/archives/1000-jours-pour-savourer-la-vie-avec-la-fondation-olo.aspx (2) http://www.avenirdenfants.org/que-faisons-nous/soutenir-des-projets-en-transfert-et-appropriation-des-connaissances/soutenir-des-projets-en-transfert-et-appropriation-des-connaissances/1000-jours-pour-savourer-la-vie.aspx - Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Fondation OLO (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.fondationolo.ca/fr/publications/Pourquoi-OLO---ceuf-lait-orange--html
43	À pied, à vélo, ville active! QeF (2013a); QeF (2013d); Roof, J. (2010); Royer, A. et collab. (2011); Bergeron, J. et collab. (2013); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/a-pied-a-velo-ville-active.aspx ; Vélo Québec (2014); Wikicipal (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.wikicipal.com/Wikicipal/recherche/detailOutil/376?q=&themes=26&orientations=&services=
44	Choisir de gagner QeF (2013a); QeF (2013d); AlterGo (2014); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/choisir-de-gagner.aspx (2) http://www.quebecenforme.org/media/138051/choisir_de_gagner.pdf - Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Choisir de gagner (2014) http://www.choisirdegagner.com/
45	Communauté de pratique pour les intervenants en activité physique QeF (2013d); QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/communaute-de-pratique-pour-les-intervenants-en-activite-physique.aspx (2) http://www.quebecenforme.org/media/116330/communaute-de-pratique-intervenants-act-phys.pdf
46	Découvrir l'activité physique dans le plaisir QeF (2013a); QeF (2013d); Fillactive (2014); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/decouvrir-l-activite-physique-dans-le-plaisir.aspx (2) http://www.quebecenforme.org/media/116303/fillactive.pdf

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
47	<p>Diplôme d'aptitude aux fonctions d'animateur (DAFA). Programme de formation en animation en loisir et en sport du Québec (PFALSQ)</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Conseil québécois du loisir (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/diplome-d-aptitudes-aux-fonctions-d-animateurs.aspx</p>
48	<p>Intervention ciblée s'adressant aux intervenants du préscolaire en vue d'augmenter l'activité physique des jeunes enfants</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/elaboration-implantation-et-evaluation-d-une-intervention-ciblee-s-adressant-aux-intervenants-du-prescolaire.aspx</p>
49	<p>Formation sur les environnements favorables</p> <p>QeF (2012a); QeF (2013a); QeF (2013d); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention : http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/formation-sur-les-environnements-favorables-coordination-nationale.aspx</p>
50	<p>En forme avec Myg et Gym</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Réseau du sport étudiant du Québec (2013b); Réseau du sport étudiant du Québec (2013a); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/gym-en-forme-phase-2.aspx</p>
51	<p>La santé au menu</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); JFL Consultants (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention : http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/la-sante-au-menu.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : La santé au menu (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.lasanteaumenue.com/category/qui-sommes-nous</p>
52	<p>La tournée de tennis scolaire</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/la-tournee-de-tennis-scolaire-presentee-par-les-producteurs-laitiers-du-canada.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Tennis Québec (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.tennis.qc.ca/tourn%C3%A9e-de-tennis-scolaire</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
53	<p>Le jardin de Pirouette et Cabriole</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/le-jardin-de-pirouette-et-cabriole.aspx</p>
54	<p>Les filles dans la mire!</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Égale Action (2012a); Égale Action, en collaboration avec l'ACAFS (2012b); Égale Action (2014); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/les-filles-dans-la-mire.aspx</p>
55	<p>Les saines habitudes de vies et politique familiale municipale</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013c); QeF (2013d); Gouvernement du Québec (2014a); Carrefour action municipale et familiale (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/les-saines-habitudes-de-vie-un-axe-strategique-des-politiques-familiales-municipales.aspx</p>
56	<p>Ma caravane Jeux du Québec</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d)</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Jeux du Québec (2014) Accueil http://www.jeuxduquebec.com/</p>
57	<p>Défi santé 5-30-Équilibre (dont le Volet Municipalités et familles)</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Défi Santé (2014); Capsana (2014); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/municipalites-et-familles-ensemble-pour-des-enfants-en%C2%A0sante.aspx</p>
58	<p>Offres et pratiques alimentaires dans les CPE</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Marquis, M. et Grand, P. (2013); Extenso (2011a); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/offres-et-pratiques-alimentaires-revues-dans-les-services-de-garde-du-quebec-%E2%80%94-phase-2-pre-transfert-de-connaissances.aspx</p>
59	<p>Petits cuistots/Parents en réseaux</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Lemay, J.F. (2013); Bisset, S. et collab. (2008); Lapierre, J., et Dionne, M. (2014); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/petits-cuistots-parents-en-reseaux.aspx/ (2) http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/consortium-jeunesse-de-la-terre-a-la-table.aspx</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
60	<p>« Bien dans sa tête, bien dans sa peau » (BTBP)</p> <p>Lapierre, J., et Dionne, M. (2014); QeF (2013a); QeF (2013d); Gagnon, J., et collab. (2011); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/pour-des-environnements-favorables-au-developpement-d-une-image-corporelle-positive-chez-les-jeunes.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : ÉquiLibre (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.equilibre.ca/programmes-et-ateliers/bien-dans-sa-tete-bien-dans-sa-peau/</p>
61	<p>Programme de développement des jeunes du Nunavik Kuujjuaq (Québec)</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/programme-de-developpement-des-jeunes-du-nunavik.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Gouvernement du Canada Affaires autochtones et du Nord Canada (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014549/1100100014555#trs</p>
62	<p>Programme DUX-rayonnement des <i>leaders</i> en agroalimentaire</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Programme DUX (2014); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/programme-dux-nourrir-par-l-excellence.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : communiqué de presse 2013 DUX http://www.newswire.ca/fr/news-releases/le-concours-dux-celebre-les-leaders-de-l-alimentation-au-quebec---devoilement-des-gagnants-de-la-toute-premiere-edition-511848901.html</p>
63	<p>Programme Melior</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Lemay, J.F. et Gosselin E. (2012); Consultants, J., Lemay, J.-F., et Gosselin, É. (2012); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/programme-melior.aspx</p>
64	<p>Projet Espaces</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Alliance québécoise du loisir public (2014)</p>
65	<p>Stratégies collectivités viables</p> <p>QeF (2013 a); QeF (2013 d); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/strategie-collectivites-viables-%C2%A0mieux-construire-nos-maisons-nos-rues-nos-quartiers-nos-ville-%C2%A0.aspx</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
66	<p>Tremplin Santé</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Tremplin Santé (2014); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/tremplin-sante.aspx</p>
67	<p>Trottibus</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Tremplin Santé (2014); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/trottibus-l-autobus-qui-marche.aspx</p>
68	<p>Un trésor dans mon jardin</p> <p>QeF (2013a); Lapierre, J., et Dionne, M. (2014); Jeunes Pousses (2014); QeF (2013d); Lemay, J.F. (2013)</p>
69	<p>Une cantine pour tous, de saines habitudes alimentaires à l'école et pour la vie</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Lemay, J.F. (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/une-cantine-pour-tous-de-saines-habitudes-alimentaires-a-l-ecole-et-pour-la-vie.aspx (2) http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/consortium-jeunesse-de-la-terre-a-la-table.aspx</p>
70	<p>Contextes de repas conviviaux dans les écoles</p> <p>QeF (non daté); QeF (2013d); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/mobilisation-des-acteurs-pour-la-creation-de-contextes-de-repas-conviviaux-dans-les-ecoles-du-quebec.aspx</p>
71	<p>Programme de rehaussement des compétences professionnelles en nutrition en santé publique. Soutenu par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) et son Comité sur la nutrition publique (CNP)</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Ordre professionnel des diététistes du Québec (2012); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/programme-de-rehaussement-des-competences-professionnelles-en-nutrition-en-sante-publique.aspx</p>
72	<p>Petite enfance grande forme</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/petite-enfance-grande-forme.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Association québécoise des CPE (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.aqcpe.com/</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
73	<p>Promotion des habitudes de vie et pérennité des Jeux du Québec dans une communauté (48^e FINALE DES JEUX DU QUÉBEC – SAGUENAY 2013)</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Sports-Québec (2013); Sports-Québec (2014); Gaboury, S. (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/promotion-des-habitudes-de-vie-et-perennite-des-jeux-du-quebec-dans-une-communaute.aspx</p>
74	<p>Quartiers verts, actifs et en santé – Projet de transfert de connaissances</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Trudel, M., Blanchet-Cohen, N. (2012); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/quartiers-verts-actifs-et-en-sante/C2%A0-projet-de-transfert-de-connaissances.aspx</p>
75	<p>Référentiel pour les camps de jour municipaux</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Association québécoise du loisir municipal (2012); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/referentiel-pour-les-camps-de-jour-municipaux.aspx</p>
76	<p>Campagne WIXX</p> <p>Campagne WIXX (2014); QeF (2013d); QeF (2014b); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/campagne-sociale-aupres-des-9-13-ans.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : QeF, WIXXMag (2014f) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.wixxmag.ca/</p>
77	<p>Les Brigades culinaires</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Lemay, J.F. (2013); Conseil québécois du loisir (2013); Thibaudeau, M., et Joly, J. (2013); Archambeault, J.F. (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/cuisiner-pour-mieux-manger.aspx (2) http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/les-brigades-culinaires.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : La Tablée des Chefs (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.tabledeschefs.org/</p>
78	<p>Programme 0-5-30 Combinaison Prévention</p> <p>Dubois, N et Masse Jolicoeur, M. (2008); Royer, A., et collab. (2009); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013); Sauvageau, C., et collab. (2007)</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
79	<p>Ça mijote en Mauricie!</p> <p>QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/ca-mijote-en-mauricie.aspx</p>
80	<p>Accès bouffe santé, Centre du Québec</p> <p>QeF (2013a); Lemelin G. (2014); Développement bioalimentaire Centre-du-Québec, et Groupe de travail consultatif et facilitateur (2014)</p>
81	<p>Saines habitudes de vie et développement durable, Capitale-Nationale</p> <p>QeF (2013a)</p>
82	<p>Bien manger, bien bouger, Estrie</p> <p>QeF (2013a); Auger, D. et collab. (2013)</p>
83	<p>Inter'Actions Jeunesse, Gaspésie-Les Îles</p> <p>QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/inter-actions-jeunesse-gaspesie-les-iles.aspx</p>
84	<p>Allaiter partout à Montréal</p> <p>QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/allaiter-partout-a-montreal.aspx</p>
85	<p>Bouger, manger... plaisir assuré! Montréal</p> <p>QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/bouger-manger-plaisir-assure.aspx</p>
86	<p>À nos marmites 1-2-3... santé!</p> <p>QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/a-nos-marmites-1-2-3sante.aspx</p>
87	<p>Déclic Loisir, Montréal</p> <p>QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/declic-loisir-du-temps-libre-pour-ta-sante.aspx</p>
88	<p>Opération Fais-toi entendre, Montréal</p> <p>QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/operation-fais-toi-entendre.aspx</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
89	Transfert de connaissances en développement moteur, Montréal QeF (2013a); QeF (2014 a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/transfert-de-connaissances-en-developpement-moteur.aspx
90	Training plan for local recreation coordinators, Nord du Québec QeF (2013a)
91	Familles outaouaises actives et en santé, Outaouais QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/familles-outaouaises-actives-et-en-sante.aspx
92	Cultivons et cuisinons du lac au fjord, Saguenay, Lac-Saint-Jean QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/cultivons-et-cuisinons-du-lac-au-fjord.aspx
93	S'entraider et s'outiller pour mieux manger, Laurentides QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/s-entraider-et-s-outiller-pour-mieux-manger.aspx - Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Moisson Laurentides (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.moissonlaurentides.org/outils/
94	Soutenons l'action pour des environnements alimentaires sains, Laval QeF (2013a)
95	Projet montréalais en saines habitudes de vie, Montréal QeF (2013a); Viens, C. et K. Smuga (2014)
96	Formation en cuisine santé, Abitibi-Témiscamingue QeF (2013a); Ferreira, V. (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/formation-en-cuisine-sante.aspx
97	Le metro Bus de Gustave, Saguenay, Lac-Saint-Jean Union des municipalités du Québec (2013) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.umq.qc.ca/nouvelles/actualite-municipale/le-metro-bus-de-gustave-30-05-2013/ ; Lapierrre, J. et Dionne, M. (2014)
98	Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR) Trudel, C. (2012); Lapierrre, J., et Dionne, M. (2014); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013)

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
99	Bonne boîte, bonne bouffe – Lanaudière-Laurentides, Montréal Roblain S. (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/bonne-boite-bonne-bouffe-bbbb.aspx
100	Fruits et légumes en vedette (FLV) Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (2013); Babeux, D et collab. (2011)
101	Campagne médiatique de promotion des saines habitudes de vie nommée Vas-y! Fais-le pour toi! Québec Czaplicki, G., et collab. (2012)
102	Loi sur la protection du consommateur, Québec Potvin, M., et collab. (2011); Potvin Kent, M., et collab. (2012); Laperrrière, J.-P. et collab. (2010)
103	Crédit d'impôt remboursable pour les activités des jeunes Lamari, M., et collab. (2014)
104	Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie Lamari, M., et collab. (2014)
105	Initiative Amis des bébés Lamari, M., et collab. (2014)
106	Lignes directrices sur l'allaitement Lamari, M., et collab. (2014)
107	Loi de santé publique (article 54 notamment) Lamari, M., et collab. (2014)
108	Site Internet «Nutrition et Alimentation» Lamari, M., et collab. (2014); Gouvernement du Québec (2014c) Accueil Portail santé mieux-être – hyperlien spécifique à cette intervention http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/alimentation-saine-et-equilibree/
109	Programme de soutien aux événements sportifs internationaux ou pancanadiens Lamari, M., et collab. (2014)
110	Programme La culture du sport à l'école secondaire publique Lamari, M., et collab. (2014)
111	Programme national de santé publique (PNSP) Lamari, M., et collab. (2014); Bouzidi et collab. (2013); Gauthier, J. et collab. (2008); Lemire, M. et Morissette (2014)

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
112	<p>Québec en Forme (QeF)</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014); QeF (2010); QeF (2013d); QeF (2014c); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecen-forme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus.aspx</p>
113	<p>Grand Défi Pierre Lavoie (GDPL) dont la tournée dans les écoles</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014); QeF (2013a)</p>
114	<p>Banques alimentaires du Québec</p> <p>Lamari, M., et collab. (2014)</p>
115	<p>Politique de souveraineté alimentaire du Québec</p> <p>MSSS (2015)</p>
116	<p>Programme de soutien aux fédérations sportives québécoises (PSFSQ)</p> <p>Charest, D. et collab. (2010)</p>
117	<p>Programme de soutien au développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal, 2008-2012</p> <p>Gaudet, J. et collab. (2012)</p>
118	<p>Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes</p> <p>Dorray, G. et Chaumette, P. (2008); Lamontagne, C., et collab. (2008); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013)</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Réseau du sport étudiant du Québec (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://rseq.ca/</p>
119	<p>Une ville et des quartiers qui favorisent l'accès aux aliments santé et leur consommation : Programme de soutien aux initiatives locales 2013-2018</p> <p>Marier, C., et collab. (2013)</p>
120	<p>Ensemble d'actions de la Coalition québécoise sur la problématique du poids (CQPP)</p> <p>Baril, G., et collab. (2012b)</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Coalition québécoise sur la problématique du poids (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.cqpp.qc.ca/</p>
121	<p>Ensemble d'actions du Regroupement des cuisines collectives du Québec (RCCQ)</p> <p>Regroupement des cuisines collectives du Québec (2014)</p>
122	<p>Ensemble d'actions du Réseau québécois des Villes et Villages en santé (RQVVS)</p> <p>Réseau québécois des Villes et Villages en santé (2014); Wikicipal (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.wikipical.com/Wikipical/recherche/detailOutil/243?q=&themes=27&orientations=&services=</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
123	<p>Ensemble d'actions du Conseil québécois sur le poids et la santé (CQPS)</p> <p>Conseil québécois sur le poids et la santé (2014)</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Conseil québécois sur le poids et la santé (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://cqps.qc.ca/</p>
124	<p>En ville sans ma voiture</p> <p>Roof, J. (2010); Le Devoir (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.ledevoir.com/politique/montreal/411517/l-amt-laisse-tomber-la-journee-en-ville-sans-ma-voiture</p>
125	<p>Ensemble d'actions des Centres de Gestion des Déplacements du Québec en faveur des déplacements actifs</p> <p>Roof, J. (2010); Vélo-Ville (2014); Voyagez futé (2014)</p>
126	<p>BIXI Montréal</p> <p>Roof, J. (2010); Bixi Montréal (2014)</p>
127	<p>La virée du Maire de Trois-Rivières</p> <p>Roof, J. (2010); La Virée du Maire (2014)</p>
128	<p>Semaine des transports actifs et collectifs, opérationnels dans la Région de Québec</p> <p>Roof, J. (2010); Accès transports viables (2014); Unité régionale de loisir et de sport en Chaudière-Appalaches (2013)</p>
129	<p>Alter Action</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); Moreau, N. et collab. (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/alter-action.aspx</p>
130	<p>Carrefour promotion santé globale</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/carrefour-promotion-sante-globale.aspx</p>
131	<p>Relais de la flamme et Projet éducatif</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); La Société hôte des Jeux d'été du Canada, et Conseil des Jeux du Canada (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/relais-de-la-flamme-et-projet-educatif.aspx</p>
132	<p>Partage de connaissances – programme Accès-Loisirs</p> <p>QeF (2013a); QeF (2013d); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/partage-de-connaissances-%E2%80%93-programme-acces-loisirs.aspx</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
133	<p>Qu'est-ce qu'on mange? Pour une meilleure alimentation des jeunes Lavallois</p> <p>QeF (2013a); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/qu-est-ce-qu-on-mange-pour-une-meilleure-alimentation-des-jeunes-lavallois.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site: Groupe Promo-Santé Laval (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://gpslaval.com/nutrition-2/quest-ce-quon-mange-0-5-ans</p>
134	<p>Transport actif écoresponsable (TAER)</p> <p>QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/transport-actif-ecoresponsable-taer.aspx</p>
135	<p>Un marché de produits frais près de chez vous</p> <p>Équiterre (2012); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/un-marche-de-produits-frais-pres-de-chez-vous.aspx</p>
136	<p>Projet/Recherche action en lien avec l'urbanisme et l'environnement alimentaire autour des écoles. Trois villes pilotes: Baie-Saint-Paul, Gatineau et Lavaltrie</p> <p>Association pour la santé publique du Québec (2011); Association québécoise des CPE (2014); Wikicipal (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.wikicipal.com/Wikicipal/recherche/detailOutil/233?q=&themes=27&orientations=&services=</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site: Association pour la santé publique du Québec (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.aspq.org/fr/dossiers/problematique-du-poids/urbanisme-et-environnement-alimentaire</p>
137	<p>Consortium Jeunesse «de la terre à la table», Transfert de connaissances</p> <p>Lemay J.F. (2013); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-termines/consortium-jeunesse-de-la-terre-a-la-table.aspx</p>
138	<p>Tout le monde à table</p> <p>Extenso (2011a); Extenso (2011b)</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site: Extenso (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.extenso.org/</p>
139	<p>Gobes-tu ça?</p> <p>RSEQ (2013b)</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site: Réseau du sport étudiant du Québec RSEQ (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://rseq.ca/viesaine/initiatives/gobestuca/</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
140	<p>La caravane du goût</p> <p>Jeunes Pousses (2014)</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : La Caravane du goût (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=flk7kqFD2tg</p>
141	<p>Derrière le miroir</p> <p>ÉquiLibre (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.equilibre.ca/nos-campagnes/derriere-le-miroir/; QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/section-outils/pour-que-les-jeunes-aient-une-perception-positive-de-leur-corps.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Derrière le miroir (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.derrierelemiroir.ca/</p>
142	<p>Épluche ta ville</p> <p>QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/que-faisons-nous/projets-soutenus/projets-soutenus-en-cours/epluche-ta-ville-vitrine-sur-l-alimentation-saine-et-locale-a-montreal.aspx; Équiterre (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.equiterre.org/actualite/epluche-ta-ville-un-tout-nouveau-projet-dequiterre; Équiterre (2014b)</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Épluche ta ville (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://eplucheta-ville.org/</p>
143	<p>Croq'Plaisir en Montérégie</p> <p>Équiterre (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) http://www.equiterre.org/actualite/lancement-du-projet-croquplaisir (2) http://www.equiterre.org/fiche/croquplaisir-volet-approvisionnement-local</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Nos petits mangeurs (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.nospetitsmangeurs.org/formations-croqu-plaisir/</p>
144	<p>Cuisiner pour bien manger</p> <p>QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://blogue.quebecenforme.org/2015/01/apprendre-aux-adolescents-bien-manger-une-competition-entre-les-ecoles-secondaires-avec-les-brigades-culinaires/; La Table des Chefs (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.tabledeschefs.org/fr/formation-culinaire/cuisine-manger-mieux</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Le portail Veille Action (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://veilleaction.org/fr/les-fiches-pratiques/saine-alimentation/l-education-a-la-saine-alimentation-a-l-ecole.html#</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
145	<p>Saveurs santé</p> <p>Lemire, M., et Morisset, J. (2014)</p>
146	<p>Je m'Active dans le quartier</p> <p>Campeau-Vallée, A., et Équiterre (2012); Équiterre (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.equiterre.org/projet/campagne-je-mactive-dans-mon-quartier</p>
147	<p>La prévention et la gestion des maladies chroniques : Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015</p> <p>ASSS de Montréal (2012 b)</p>
148	<p>Stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé 2007-2012 incluant le Plan d'action sur les saines habitudes de vie Côte-Nord</p> <p>Caron, L. (2008)</p>
149	<p>Plan régional de santé publique, Orientation 5, environnement urbain favorable à la santé</p> <p>Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011); Thérien, F. (2012); Bertrand, L., et Marier, C. (2012) DSP-Montréal (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications_resume.html?tx_wfqbe_pil%5Buid%5D=1326</p>
150	<p>En route vers la santé</p> <p>Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2014)</p>
151	<p>Projet Kirano</p> <p>Cardinal, L., et collab. (2003); Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) https://www.cssspnql.com/nouvelles-media/unique/2013/05/22/bilan-positif-du-projet-kirano (2) https://www.cssspnql.com/champs-intervention/sante/habitudes-vie/activite-physique</p>
152	<p>Veille action sur les saines habitudes de vie</p> <p>Le portail Veille Action (2014)</p>
153	<p>Répertoire sur les saines habitudes de vie (outils)</p> <p>Le portail Veille Action (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://veilleaction.org/fr/repertoire-recherche.html</p>
154	<p>Étude d'impact sur la santé des plans d'aménagements, de développement et de revitalisation</p> <p>Tremblay, É., et collab. (2014)</p>

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
155	Quartiers 21 Gosselin, C., et collab. (2009); Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (2013)
156	Audit du potentiel piétonnier actif et sécuritaire Direction de santé publique de Montréal (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/environnement_urbain/thematiques/audit_de_potentiel_pietonnier_actif_securitaire/documentation.html
157	Campagne Bien entourés Extranet santé services sociaux Montérégie (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/saines-habitudes-vie/index.fr.html
158	Guide de bonnes pratiques sur l'aménagement territorial et le développement durable Boucher, I. et Fontaine, N. (2011)
159	Campagnes Plaisirs sur glace, plaisirs d'hiver Jalbert, Y., et collab. (2008)
160	Club des petits déjeuners MELS, et collab. (2007a); MELS, et collab. (2007b); MELS, et collab. (2007c); MELS, et collab. (2007d) - Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Club des petits déjeuners – Québec (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.breakfastclubcanada.org/fr/
161	Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, contribution aux fins de parcs et espaces naturels Fontaine, N. et collab. (2011)
162	Centres d'éducation à la santé Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2012)
163	Municipalités actives Gouvernement du Québec (2014b) Accueil Portail Québec – hyperlien spécifique à cette intervention http://www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctype=sujet&sqcid=681 ; Gouvernement du Québec (2014a) - Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Kino-Québec (2014). Municipalité Active. Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.kino-quebec.qc.ca/municipaliteActive.asp

N°	NOM DE L'INTERVENTION ET RÉFÉRENCES ASSOCIÉES
164	<p>Programme d'aide au transport collectif</p> <p>Ministère des Transports du Québec (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention (1) https://www.mtq.gouv.qc.ca/partenairesprives/entrepriseservicestransportroutier/programmes-aide/Pages/Amelioration-transport-commun.aspx (2) https://www.mtq.gouv.qc.ca/partenairesprives/entrepriseservicestransportroutier/programmes-aide/Pages/default.aspx (3) https://www.mtq.gouv.qc.ca/partenairesprives/entrepriseservicestransportroutier/programmes-aide/Pages/Transport-collectif-personnes-SOFIL.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Ma Municipalité Efficace (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.municipaliteefficace.ca/28-programmes/mtq-programme-daide-gouvernementale-au-transport-collectif-regional-pagtr-.html</p>
165	<p>Plan régional saines habitudes de vie – Outaouais</p> <p>QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/media/258418/concertation-shv-outaouais.pdf</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Concertation pour de saines habitudes de vie en Outaouais (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.saineshabitudesoutaouais.com/#!qui-sommes-nous/cawj</p>
166	<p>Plan d'action pour les saines habitudes de vie Montérégie Est</p> <p>Viens, C. et collab. (2014); CRÉ Montérégie Est (2011); QeF (2014a) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.quebecenforme.org/actualites/actualites/2012/03/monteregie-est-71-000-investis-pour-le-developpement-de-saines-habitudes-de-vie.aspx</p> <p>- Pour en savoir plus sur cette intervention, visitez le site : Forum Jeunesse Montérégie Est (2014) Accueil – hyperlien spécifique à cette intervention http://www.fjme.ca/nouvelles.php?q=NzQzNmN6MjEyMSE=</p>

ANNEXE 4

Grille de codage – recommandations internationales

1. N° du document
2. Auteur(s)
3. Titre
4. Année de publication
5. Référence complète
6. Émetteur
 - a. Équipe(s) de recherche
 - b. Institut de recherche
 - c. Organisation multigouvernementale
 - d. Organisation gouvernementale
 - e. Société savante
7. Objet central
 - a. Promotion de saines habitudes alimentaires
 - b. Promotion de l'activité physique
 - c. Promotion de saines habitudes alimentaires et de l'activité physique
 - d. Prévention de l'obésité
 - e. Prévention des maladies chroniques
8. Bénéficiaire ultime
 - a. Population générale
 - b. Enfants (0-12 ans)
 - c. Adolescents (13-18 ans)
 - d. Enfants et adolescents

- e. Petite enfance (0-2 ans)
 - f. Groupes socioéconomiquement défavorisés
 - g. Adultes
 - h. Autres
9. Est-ce que le document interpelle spécifiquement certains milieux/certaines parties prenantes? (absence : 0/présence : 1)
- a. Milieu gouvernemental
 - b. Milieu municipal
 - c. Réseau de santé publique
 - d. Communautés
 - e. Milieu scolaire
 - f. Milieu de garde
 - g. Milieu de soins
 - h. Milieu de travail
 - i. Milieu associatif
 - j. Milieu universitaire
 - k. Secteur privé
 - l. Médias
 - m. Milieu familial et individus
10. Est-ce que le document identifie des pratiques prometteuses/émet des recommandations concernant des dimensions transversales? (absence : 0/présence : 1)
- a. Approche globale et systémique
 - b. Mobilisation de ressources
 - c. Approche intersectorielle et intégrée
 - d. Leadership, gouvernance et transparence
 - e. Contextualisation et établissement de priorités
 - f. Renforcement des capacités des parties prenantes
 - g. Vision à long terme et pérennisation
 - h. Équité et inclusion
 - i. Recherche, surveillance et évaluation

11. Est-ce que le document identifie des pratiques prometteuses/émet des recommandations concernant la saine alimentation? (absence : 0/présence : 1)
 - a. Ciblant les médiateurs cognitifs des individus (connaissances, intentions, attitudes, compétences, etc.)
 - b. Ciblant l'environnement physique
 - c. Ciblant l'environnement socioculturel
 - d. Ciblant l'environnement politique
 - e. Ciblant l'environnement économique
12. Est-ce que le document identifie des pratiques prometteuses/émet des recommandations concernant l'activité physique? (absence : 0/présence : 1)
 - a. Ciblant les médiateurs cognitifs des individus (connaissances, intentions, attitudes, compétences, etc.)
 - b. Ciblant l'environnement physique
 - c. Ciblant l'environnement socioculturel
 - d. Ciblant l'environnement politique
 - e. Ciblant l'environnement économique
13. Est-ce que le document identifie des pratiques prometteuses/émet des recommandations concernant l'image corporelle? (absence : 0/présence : 1)
 - a. Ciblant les médiateurs cognitifs des individus (connaissances, intentions, attitudes, compétences, etc.)
 - b. Ciblant l'environnement physique
 - c. Ciblant l'environnement socioculturel
 - d. Ciblant l'environnement politique
 - e. Ciblant l'environnement économique

ANNEXE 5

Grille de codage – *Expérience québécoise*

1. N° de l'intervention
2. Intitulé de l'intervention
3. Échelle de l'intervention
 - a. locale
 - b. régionale
 - c. provinciale
 - d. fédérale (interventions exclues)
4. Organisation instigatrice
5. Période de mise en œuvre
6. Information sur le budget
7. Sources d'information sur l'intervention
8. Types d'interventions (instruments)
 - a. Communication sur la santé
 - b. Apport en main-d'œuvre et formation
 - c. Financement
 - d. Promotion d'environnements favorables (politiques publiques)
 - e. Partenariat, réseautage, coordination
 - f. Développement de systèmes et d'outils de soutien à la mise en œuvre
 - g. Développement de leadership et de gouvernance
 - h. Autres

9. Bénéficiaire ultime
 - a. Population générale
 - b. Enfants (0-12 ans)
 - c. Adolescents (13-18 ans)
 - d. Enfants et adolescents
 - e. Petite enfance (0-2 ans)
 - f. Groupes socioéconomiquement défavorisés
 - g. Adultes
 - h. Autres
10. Intervention sujette à une évaluation (oui/non)
11. Si oui, quels types d'évaluations (à venir)
12. Milieux de mise en œuvre des interventions
 - a. Milieu gouvernemental
 - b. Milieu municipal
 - c. Réseau de santé publique
 - d. Communautés
 - e. Milieu scolaire
 - f. Milieu de garde
 - g. Milieu de soins
 - h. Milieu de travail
 - i. Milieu associatif
 - j. Milieu universitaire
 - k. Secteur privé
 - l. Médias
 - m. Milieu familial et individus
13. Est-ce que l'intervention porte sur des objets transversaux?
 - a. Approche globale et systémique
 - b. Mobilisation de ressources
 - c. Approche intersectorielle et intégrée
 - d. Leadership, gouvernance et transparence
 - e. Contextualisation et établissement de priorités
 - f. Renforcement des capacités des parties prenantes
 - g. Vision à long terme et pérennisation
 - h. Équité et inclusion
 - i. Recherche, surveillance et évaluation

ANNEXE 6

Liste des participants au processus délibératif CFM

1	Natalie Alméras	Professeure-chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
2	Luc Berghmans	Professeur d'université, École de Santé publique, Université Libre de Bruxelles (Belgique)
3	Marie-France Boudreault	Chef d'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique
4	Michel Chauliac	Coordonnateur du Programme national nutrition santé (PNNS) Direction générale de la santé (France)
5	Sylvain Deschênes	Directeur de l'accompagnement, Québec en Forme
6	Carole Després	Professeure titulaire, École d'architecture, Université Laval
7	Guy Desrosiers	Chef de la direction, Capsana
8	André Dontigny	Directeur du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux
9	Monique Dubuc	Coordonnatrice nationale, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
10	Richard Flibotte	Vice-Président, Fédération des commissions scolaires du Québec
11	France Gagnon	Professeure, École des sciences de l'administration, TÉLUQ
12	Lucie Granger	Directrice générale, Association pour la santé publique du Québec
13	Serge Herberg	Directeur de l'Équipe de Recherche en Épidémiologie Nutritionnelle (EREN), UMR U1153 Inserm/U1125 Inra/Cnam/Univ Paris 13 (France)
14	Judith Lapierre	Professeure agrégée et chercheuse, Faculté des Sciences infirmières, Université Laval, Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité

15	Suzanne Lemire	Directrice, Conseil québécois sur le poids et la santé
16	Évangéline Lévesque	Directrice de la planification, ministère des Transports
17	Lyne Mongeau	Conseillère senior en saines habitudes de vie, ministère de la Santé et des Services sociaux
18	Pascale Morin	Professeure agrégée, Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation physique et sportive
19	Réal Morin	Directeur scientifique, Institut national de la santé publique du Québec
20	Jean Perrault	Ex-maire de Sherbrooke
21	Véronique Provencher	Professeure-chercheuse, Université Laval, Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation
22	Marie Rochette	Conseillère stratégique et scientifique, Québec en Forme
23	Corinne Voyer	Directrice, Coalition québécoise sur la problématique du poids
24	Philippe De Wals	Directeur scientifique, Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité
25	Johanne Laguë	Chef de l'unité scientifique Habitudes de vie, Institut national de la santé publique du Québec

ANNEXE 7

Liste de 50 pistes pour « faire mieux » et tableaux analytiques

ANNEXE 7A

50 pistes à privilégier pour « faire mieux » en promotion d'une saine alimentation, de l'activité physique et en prévention de l'obésité au Québec

Dans un contexte où les ressources sont limitées, mais où de nombreux progrès restent à accomplir en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité au Québec, le projet CFM a permis d'aboutir à des pistes visant parfois à renforcer la sensibilisation et l'éducation du public, mais aussi, et surtout, à se tourner vers des actions plus structurelles, parfois réglementaires, touchant une large part de la population sur le long terme et à un coût raisonnable. Ces pistes visent à créer des environnements favorables à une saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif, notamment en matière d'offre alimentaire et d'aménagement du territoire. Voici le détail des 50 pistes qui ont été retenues pour « faire mieux ».

LÉGENDE

- ➔ Essentiel de maintenir les efforts engagés
- ➡ Essentiel de renforcer les efforts existants ou de mettre en place de nouvelles actions
- ➡➡ Incontournable de renforcer les efforts existants ou de mettre en place de nouvelles actions

POPULATIONS À CIBLER

1. Conserver une approche préventive qui cible l'ensemble de la population →
2. Inclure des efforts spécifiques en direction des jeunes et des groupes de population vulnérables et défavorisés sur le plan socio-économique →

MILIEUX D'INTERVENTION PRIORITAIRES

3. La promotion des saines habitudes alimentaires et de l'activité physique requiert l'implication d'une grande diversité de parties prenantes à toutes les échelles (nationale, régionale, municipale). Au Québec, une grande variété d'interventions touchent déjà le milieu scolaire et la communauté dans son ensemble : cela doit rester une priorité →
4. En revanche, il convient d'accroître spécifiquement les efforts en matière d'aménagement et de développement du territoire favorable à l'activité physique, en matière d'offre alimentaire saine (en incluant la participation du secteur privé) et en intervenant davantage dans l'environnement socioculturel ↗

PROMOTION DE SAINES HABITUDES ALIMENTAIRES

À l'échelle de l'individu

5. Maintenir les efforts existants en matière de promotion de l'allaitement maternel →
6. Maintenir les efforts existants en matière d'éducation alimentaire, sensorielle, culinaire et nutritionnelle chez les jeunes →
7. Renforcer les efforts engagés par le gouvernement provincial auprès de ses employés en matière d'information et de sensibilisation sur les saines habitudes de vie ↗
8. Renforcer les actions de promotion d'une saine alimentation en milieux de soins, notamment par l'extension du counseling sur la saine alimentation à toute la province ↗

À l'échelle de l'Environnement physique

9. Maintenir les efforts visant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans les écoles et les milieux de garde, notamment en limitant la disponibilité de produits au profil nutritionnel peu favorable à la santé (forte teneur en graisses ou en sucres ajoutés ou en sel) ➔
10. Réaménager les infrastructures des milieux scolaires et des services de garde éducatifs à l'enfance afin d'offrir des espaces propices aux repas conviviaux ➔ ➔
11. Investir dans la surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons afin de favoriser la reformulation des aliments transformés ➔ ➔
12. Maintenir les efforts existants en matière d'aménagement d'espaces privatifs réservés à l'allaitement maternel dans les lieux publics ➔
13. Accroître les efforts visant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans les lieux publics et les établissements gouvernementaux, notamment en limitant la disponibilité de produits au profil nutritionnel peu favorable à la santé (forte teneur en graisses ou en sucres ajoutés ou en sel) ➔
14. Modifier la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme afin d'y inclure des critères favorisant la saine alimentation dans le processus d'élaboration des schémas d'aménagement et de développement (SAD) ➔

À l'échelle de l'Environnement socioculturel

15. Organiser une campagne de sensibilisation de masse véhiculant une série de repères simples et positifs sur la saine alimentation, en misant dans la mesure du possible sur des médias novateurs et moins coûteux ➔ ➔
16. Renforcer l'application de la loi sur la publicité ciblant les enfants afin de tenir compte des nouveaux médias et de contrer certaines nouvelles techniques de marketing ➔

À l'échelle de l'Environnement politique

17. Renforcer les politiques incitatives en matière d'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre d'aliments et de boissons dans les écoles ↗
18. Instaurer une politique réaménageant les horaires d'écoles afin de favoriser un temps de repas suffisamment long et convivial ↗

À l'échelle de l'Environnement économique

19. Renforcer la qualité nutritionnelle dans les programmes d'aide alimentaire et accroître les efforts visant à assurer l'accès économique à une saine alimentation pour les groupes de la population défavorisés sur le plan socioéconomique ↗
20. Instaurer une taxe sur les boissons sucrées dont les recettes seront réinvesties en promotion de la santé ↗

PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

À l'échelle de l'individu

21. Maintenir les efforts de promotion d'un mode de vie physiquement actif, du jeu actif et de réduction de la sédentarité à l'échelle individuelle dans toute la population →
22. Renforcer les actions de promotion de l'activité physique en milieux de soins, notamment par l'extension du counseling sur l'activité physique à toute la province ↗

À l'échelle de l'Environnement physique

23. Élaborer une politique d'aménagement du territoire favorisant une mixité d'utilisation des sols raisonnée (densité d'habitation modérée, potentiel piétonnier satisfaisant, implantation de bureaux, d'écoles, de garderies, d'épiceries, de supermarchés et autres commerces et services de proximité) ↗ ↗
24. Réaménager les infrastructures et renforcer l'offre d'animations, d'équipement et de matériel afin de stimuler l'activité physique dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance ↗ ↗

25. Inciter les municipalités à tirer davantage parti de leurs politiques familiales, schémas d'aménagement et de développement (SAD) et plans d'urbanisme pour développer l'offre d'activités physiques sportives et récréatives, le transport actif, les parcs, les aires de jeux et les espaces verts (↗ ↗)
26. Inciter les commissions scolaires à mettre moins d'accent sur le transport scolaire et davantage sur le transport public afin de favoriser le déplacement actif des écoliers (↗)

À l'échelle de l'Environnement socioculturel

27. Maintenir les efforts de sensibilisation de masse faisant la promotion de l'activité physique, en privilégiant des repères simples et positifs, et en misant dans la mesure du possible sur des médias novateurs et moins coûteux (→)

À l'échelle de l'Environnement politique

28. Instaurer une politique renforçant le temps d'activité physique sur le temps scolaire, périscolaire, et dans les milieux de garde (↗ ↗)
29. Renforcer les ententes entre municipalités et commissions scolaires, afin de favoriser la mutualisation des ressources en matière d'infrastructures de sports et loisirs (↗)
30. Instaurer une politique réaménageant les horaires d'écoles afin d'encourager l'activité physique de loisirs sur le temps périscolaire, et afin de stimuler le transport actif (↗)
31. Réviser les cadres normatifs qu'utilisent les urbanistes et architectes dans la planification des villes et des bâtiments publics afin de favoriser l'activité physique, le transport actif et le transport public (↗)

À l'échelle de l'Environnement économique

32. Maintenir l'accès à des activités physiques ou sportives de loisirs gratuites ou à prix abordable dans les municipalités (→)

PROMOTION D'UNE SAINTE IMAGE CORPORELLE

- 33.** Les efforts d'intervention focalisés sur l'image corporelle et les préoccupations excessives à l'égard du poids doivent être maintenus au Québec. Néanmoins, une réflexion spécifique devrait être engagée afin de savoir si ces efforts sont tous pertinents et suffisants ➔

DIMENSIONS TRANSVERSALES DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE

Approche globale et systémique

- 34.** Renforcer l'approche systémique québécoise en promotion des saines habitudes de vie, reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'intervention ↻ ↻
- 35.** Tirer parti des synergies potentielles entre la promotion des saines habitudes de vie et d'autres domaines d'intervention politique tels que la réussite et la persévérance scolaire, le transport en remplacement de l'automobile et le développement durable ↻

Approche intersectorielle et intégrée

- 36.** L'action intersectorielle devrait s'inscrire dans le cadre d'une politique de prévention implantée sous l'égide du plus haut palier gouvernemental (c'est-à-dire par le premier ministre du Québec) ↻ ↻
- 37.** Reconduire l'approche et les structures de concertation intersectorielles existantes à tous les paliers en promotion des saines habitudes de vie (comités interministériels, tables intersectorielles régionales, regroupements locaux de partenaires) ↻
- 38.** Privilégier une animation des structures ou des comités intersectoriels par un coordonnateur neutre extérieur au réseau de santé publique ↻

Leadership, gouvernance et transparence

- 39.** Créer une structure de coordination pour la promotion des saines habitudes de vie, incluant les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, afin de renforcer la concertation des parties prenantes ainsi que la cohérence et la synergie des actions mises en œuvre ↻ ↻

40. Faire des municipalités des partenaires incontournables pour intervenir en promotion des saines habitudes de vie →

Contextualisation et établissement de priorités

41. Fixer des objectifs de santé publique concernant la saine alimentation et l'activité physique qui soient chiffrés, ambitieux mais atteignables et mesurables, afin de guider l'action et mesurer les progrès accomplis ↗
42. Faire adopter par les structures intersectorielles des objectifs tangibles, à court terme, et tenant compte des besoins exprimés sur le terrain afin d'interpeller et mobiliser les partenaires les plus pertinents ↗

Équité et inclusion

43. Maintenir les efforts de prévention et de promotion existants en faveur de groupes de population vulnérables et défavorisés sur le plan socioéconomique →
44. Cibler prioritairement les groupes de population défavorisés sur le plan socioéconomique dans le cadre d'interventions où des inégalités sociales significatives ont été documentées (p. ex., offre alimentaire dans les écoles) ↗

Mobilisation de ressources

45. Élaborer une stratégie de communication soulignant, statistiques à l'appui, l'importance d'investir davantage en prévention des maladies chroniques au Québec ↗
46. S'assurer qu'une partie importante des revenus de la taxation du tabac est investie en prévention et promotion de la santé →

Renforcement de la capacité des parties prenantes

47. Poursuivre les efforts de formation des acteurs de terrain sur les environnements favorables à la santé, en optimisant les actions de formation et d'accompagnement de l'ensemble des parties prenantes à l'échelle régionale afin de ne pas sursolliciter les acteurs municipaux →

Vision à long terme et pérennisation

- 48.** Assurer la pérennité des stratégies, des mécanismes de travail, et de la capacité d'intervention des parties prenantes qui ont été créés et développés depuis une dizaine d'années au Québec au prix d'une mobilisation de ressources sans précédent 📈📈

Recherche, surveillance et évaluation

- 49.** Renforcer les capacités d'évaluation des parties prenantes de l'*Expérience québécoise* et favoriser une évaluation plus systématique des processus et des effets des interventions mises en œuvre 📈📈
- 50.** Mettre en œuvre des projets pilotes et des études d'impact prospectives sur la santé avant de déployer des interventions novatrices à grande échelle 📈

ANNEXE 7B

*Analyse comparative des recommandations internationales, du portrait de l'Expérience québécoise et des principales propositions issues du forum délibératif « Comment Faire Mieux » en matière de **promotion de saines habitudes alimentaires***

Légende :

- ➔ Essentiel de maintenir les efforts engagés ;
- ➦ Essentiel de renforcer les efforts existants ou de développer de nouvelles actions ;
- ➦➦ Incontournable de renforcer les efforts existants ou de développer de nouvelles actions.

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPIÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la santé maternelle et infantile par la promotion de l'allaitement maternel et la saine alimentation des nouveau-nés A 	<p style="text-align: center;">MESURES CIBLANT LES INDIVIDUS</p> <ul style="list-style-type: none"> À l'exception d'une initiative «phare», le portrait recense peu de mesures en matière de promotion de l'allaitement maternel et d'une saine alimentation des nouveau-nés. 	<ul style="list-style-type: none"> Il est important que les efforts engagés au Québec par les organismes actifs en matière de promotion de l'allaitement maternel soient poursuivis. 	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir les efforts existants en matière de promotion de l'allaitement maternel A
<ul style="list-style-type: none"> Développer l'éducation alimentaire des jeunes par le jardinage, l'éducation au goût, la participation à la confection des repas A Renforcer l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire, en combinaison avec de multiples actions A 	<ul style="list-style-type: none"> Beaucoup d'interventions (15) sont recensées en matière d'éducation alimentaire et nutritionnelle des jeunes. C'est aussi le cas dans l'inventaire des 5482 actions locales identifiées par Québec en Forme en 2014-15. L'intervention publique en matière d'étiquetage nutritionnel des aliments est essentiellement de compétence fédérale au Canada*, ce qui explique en grande partie l'absence d'interventions à cet effet dans le portrait. 	<ul style="list-style-type: none"> L'étiquetage nutritionnel des aliments et boissons distribués en magasin devrait être simplifié et visuellement explicite (p. ex., utilisation de couleurs). 	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir les efforts existants en matière d'éducation alimentaire, sensorielle, culinaire et nutritionnelle chez les jeunes A
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'information et la sensibilisation en milieu de travail, en combinaison avec de multiples actions B 	<ul style="list-style-type: none"> Le portrait recense un petit nombre d'interventions en milieu de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> Étant donné que le gouvernement provincial est un employeur important, il devrait jouer un rôle exemplaire en implantant des initiatives de promotion des saines habitudes de vie qui ont fait leurs preuves. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les efforts engagés par le gouvernement provincial auprès de ses employés en matière d'information et de sensibilisation sur les saines habitudes de vie A

* Santé Canada élabore les règlements sur l'étiquetage nutritionnel, tandis que l'Agence canadienne d'inspection des aliments est responsable de leur mise en application. Pour davantage de renseignements à cet égard : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/nutrition/reg/index-fra.php>

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPERIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> • Développer les services de conseil nutritionnel B • Renforcer la prévention de l'embonpoint et de l'obésité auprès de publics à risque accru (conseils, messages, renforcement des capacités) B 	<ul style="list-style-type: none"> • Le portrait recense un petit nombre d'interventions dans les milieux de soins. • Les Directions régionales de santé publique (DSP) et les Centres de santé et services sociaux (CSSS) mettent en œuvre une diversité de mesures afin d'encourager le counseling sur les saines habitudes alimentaires, avec un succès inégal à travers la province. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les milieux de soins, il est essentiel de poursuivre les nombreux efforts engagés, par exemple en matière de counseling sur la saine alimentation, notamment par les outils et formations pour les cliniciens. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Renforcer les actions de promotion d'une saine alimentation en milieux de soins, notamment par l'extension du counseling nutritionnel à toute la province
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE			
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans les écoles et les milieux de garde A 	<ul style="list-style-type: none"> • Quatre mesures (dont 3 régionales et une politique-cadre) visent spécifiquement à favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans les écoles et les milieux de garde. Par ailleurs, cet objet représente 9% du financement des 5482 actions prévues par les regroupements locaux de partenaires de Québec en Forme pour 2014-2015. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il conviendrait de réaménager les infrastructures des écoles et services de garde éducatifs à l'enfance afin d'offrir des espaces propices aux repas conviviaux (style « familial ») 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Maintenir les efforts visant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans les écoles et les milieux de garde, notamment en limitant la disponibilité de produits au profil nutritionnel peu favorable à la santé (forte teneur en graisses ou en sucres ajoutés ou en sel) ➔ Réaménager les infrastructures des milieux scolaires et des services de garde éducatifs à l'enfance afin d'offrir des espaces propices aux repas conviviaux

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPIÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la reformulation nutritionnelle et la réduction de la taille de portion de certains produits A 	<ul style="list-style-type: none"> Deux programmes incitant l'industrie agroalimentaire à la reformulation nutritionnelle sont recensés dans le portrait 	<ul style="list-style-type: none"> Afin de favoriser la reformulation des aliments transformés, il conviendrait d'investir davantage dans la surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons. 	<ul style="list-style-type: none"> A Investir dans la surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons afin de favoriser la reformulation des aliments transformés
<ul style="list-style-type: none"> Faciliter l'accès à des espaces privés et chaleureux dédiés à l'allaitement maternel dans les lieux publics B 	<ul style="list-style-type: none"> Trois interventions visant à faciliter l'allaitement maternel sont recensées dans le portrait 	<ul style="list-style-type: none"> Il est important que les efforts engagés au Québec par les organismes actifs en matière de promotion de l'allaitement maternel soient poursuivis. 	<ul style="list-style-type: none"> A Maintenir les efforts existants en matière d'aménagement d'espaces privés réservés à l'allaitement maternel dans les lieux publics
<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans le milieu de travail B Favoriser la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans les lieux publics/établissements gouvernementaux B 	<ul style="list-style-type: none"> Peu d'interventions visent spécifiquement l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre d'aliments et de boissons dans les lieux publics/établissements gouvernementaux, ou le milieu de travail 	<ul style="list-style-type: none"> Étant donné que le gouvernement provincial est un employeur important, il devrait jouer un rôle exemplaire en implantant des initiatives de promotion des saines habitudes de vie qui ont fait leurs preuves 	<ul style="list-style-type: none"> A Accroître les efforts visant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et boissons offerts dans les lieux publics et les établissements gouvernementaux, notamment en limitant la disponibilité de produits au profil nutritionnel peu favorable à la santé (forte teneur en graisses ou en sucres ajoutés ou en sel)

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'accès à des jardins potagers et marchés de proximité B 	<ul style="list-style-type: none"> Quatre interventions (dont 3 régionales) visent à favoriser l'accès à des jardins potagers et marchés de proximité À l'échelle des municipalités, les politiques familiales, les schémas d'aménagement et de développement (SAD) et les plans d'urbanisme comptent peu d'actions favorables à la saine alimentation. Par exemple, seulement 3 % des SAD et 5 % des plans d'urbanisme incluent l'aménagement de marchés publics dans leurs orientations. Aucun ne mentionne des restrictions quant à la présence de dépanneurs ou de restaurants-minute près des écoles. 	<ul style="list-style-type: none"> Dans nos quartiers et nos banlieues, il conviendrait de favoriser une mixité d'utilisation des sols raisonnée afin de favoriser la saine alimentation. Cela demande notamment une densité d'habitation modérée, un potentiel piétonnier satisfaisant, l'implantation de bureaux, d'écoles, de garderies, d'épiceries, de supermarchés et d'autres commerces et services de proximité. 	<ul style="list-style-type: none"> Modifier la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme afin d'y inclure des critères favorisant la saine alimentation dans le processus d'élaboration des SAD
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL			
<ul style="list-style-type: none"> Développer des campagnes médiatiques s'appuyant sur de multiples canaux (impressions, radio, télévision, Internet, etc.) A Implanter un climat favorable aux saines habitudes alimentaires dans les milieux de vie B 	<ul style="list-style-type: none"> Cinq campagnes provinciales et 3 campagnes régionales ont été recensées dans le portrait 	<ul style="list-style-type: none"> Dans toute action de sensibilisation de masse, il conviendrait de mieux communiquer sur les effets néfastes pour la santé du ou des comportements que l'on tente de modifier. On devrait miser davantage sur les médias sociaux et des moyens innovateurs moins coûteux. Une campagne de sensibilisation pourrait être développée au Québec pour diffuser dans la durée une série de repères simples et positifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser une campagne de sensibilisation de masse véhiculant une série de repères simples et positifs sur la saine alimentation, en misant dans la mesure du possible sur des médias novateurs et moins coûteux

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPERIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> Réguler les pratiques de marketing et de publicité alimentaires ciblant les enfants A Soutenir le rôle des coalitions et des organisations de plaidoyers faisant la promotion d'une saine alimentation B 	<ul style="list-style-type: none"> Il existe une loi québécoise restreignant la publicité ciblant les enfants. Des études suggèrent qu'elle ne réduit pas l'exposition des enfants aux publicités alimentaires. Par contre, les techniques de marketing qui ciblent directement les enfants sont moins utilisées et la composition nutritionnelle des aliments auxquels les enfants sont exposés par la publicité est marginalement meilleure. Le portrait recense un ensemble d'actions de plaidoyer d'une coalition à l'échelle provinciale 	<ul style="list-style-type: none"> Il faudrait davantage réglementer le marketing de la « malbouffe ». 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'application de la loi sur la publicité ciblant les enfants afin de tenir compte des nouveaux médias et de contrer certaines nouvelles techniques de marketing
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT POLITIQUE			
<ul style="list-style-type: none"> Instaurer des politiques d'éducation alimentaire et des politiques favorisant une offre alimentaire de qualité en milieu scolaire A 	<ul style="list-style-type: none"> Des politiques alimentaires ciblant le milieu scolaire ont été déployées à l'échelle provinciale. À l'échelle régionale, les directions de santé publique œuvrent également en ce sens. 	<ul style="list-style-type: none"> Les horaires d'écoles et de transport scolaire devraient être réaménagés afin de favoriser un temps de repas suffisamment long et convivial. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les politiques incitatives en matière d'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre d'aliments et de boissons dans les écoles Instaurer une politique réaménageant les horaires d'écoles afin de favoriser un temps de repas suffisamment long et convivial

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPIÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer des politiques pour une offre alimentaire de qualité et facilitant l'allaitement maternel dans les milieux de travail B 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'interventions visent spécifiquement l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre d'aliments et de boissons dans les lieux publics/établissements gouvernementaux (2), ou le milieu de travail (1) • Trois interventions visant à faciliter l'allaitement maternel sont recensées dans le portrait 	<ul style="list-style-type: none"> • Étant donné que le gouvernement provincial est un employeur important, il devrait jouer un rôle exemplaire en implantant des initiatives de promotion des saines habitudes de vie qui ont fait leurs preuves. • Il est important que les efforts engagés au Québec par les organismes actifs en matière de promotion de l'allaitement maternel soient poursuivis. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Maintenir les efforts existants en matière d'aménagement d'espaces privatifs réservés à l'allaitement maternel dans les lieux publics
<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer des politiques nutritionnelles ciblant la production, le marketing, et la distribution des aliments et des boissons A 	<ul style="list-style-type: none"> • Le portrait recense peu de mesures ciblant le secteur privé et, lorsque c'est le cas, elles sont plutôt incitatives que coercitives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il faudrait davantage réglementer le marketing de la « malbouffe ». • On devrait adopter une taxe sur les boissons sucrées au niveau provincial afin de réduire leur consommation et afin d'utiliser les recettes fiscales en promotion des saines habitudes de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Instaurer une taxe sur les boissons sucrées dont les recettes seront réinvesties en promotion de la santé ➔ Renforcer l'application de la loi sur la publicité ciblant les enfants afin de tenir compte des nouveaux médias et de contrer certaines nouvelles techniques de marketing

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> • Restaurer des politiques de production, de transformation et de distribution des aliments et des boissons favorables à la santé B • Restaurer des politiques de formation et d'équipement favorisant la promotion de la santé en milieux de soins B • Restaurer des politiques économiques, sociales et d'urbanisme favorables à l'alimentation, notamment des groupes défavorisés B 	<ul style="list-style-type: none"> • Le portrait recense peu de politiques alimentaires ou nutritionnelles touchant les autres milieux d'intervention, qu'il s'agisse des producteurs et des distributeurs d'aliments, du milieu de travail, ou plus globalement de politiques économiques et sociales visant la saine alimentation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans nos quartiers et nos banlieues, il conviendrait de favoriser une mixité d'utilisation des sols raisonnée afin de favoriser la saine alimentation. Cela demande notamment une densité d'habitation modérée, un potentiel piétonnier satisfaisant, l'implantation de bureaux, d'écoles, de garderies, d'épiceries, de supermarchés et d'autres commerces et services de proximité. 	<ul style="list-style-type: none"> ➊ Modifier la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme afin d'y inclure des critères favorisant la saine alimentation dans le processus d'élaboration des schémas d'aménagement et de développement (SAD) ➋ Investir dans la surveillance de la qualité nutritionnelle des aliments et des boissons afin de favoriser la reformulation des aliments transformés
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE			
<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'accès à des aliments favorables à la santé à prix compétitif B 	<ul style="list-style-type: none"> • À l'exception d'une initiative régionale et de quelques programmes d'aide alimentaire auprès de groupes défavorisés, aucune initiative du portrait réalisé ne vise le prix des aliments favorables à la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les initiatives de changement des environnements doivent être concentrées prioritairement dans les milieux défavorisés, incluant les investissements pour l'amélioration des environnements physiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ➊ Renforcer la qualité nutritionnelle dans les programmes d'aide alimentaire et accroître les efforts visant à assurer l'accès économique à une saine alimentation pour les groupes de la population défavorisés sur le plan socioéconomique
<ul style="list-style-type: none"> • Limiter la surconsommation de boissons sucrées au moyen d'une taxe dont les recettes seront réinvesties en promotion de la santé B 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune mesure de type « taxe nutritionnelle » n'a été recensée 	<ul style="list-style-type: none"> • On devrait adopter une taxe sur les boissons sucrées au niveau provincial afin de réduire leur consommation et afin d'utiliser les recettes fiscales en promotion des saines habitudes de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> ➋ Instaurer une taxe sur les boissons sucrées dont les recettes seront réinvesties en promotion de la santé

ANNEXE 7C

*Analyse comparative des recommandations internationales, du portrait de l'Expérience québécoise et des principales propositions issues du forum délibératif « Comment Faire Mieux » en matière de **promotion de l'activité physique***

Légende :

- ➔ Essentiel de maintenir les efforts engagés ;
- ➡ Essentiel de renforcer les efforts existants ou de développer de nouvelles actions ;
- ➡➡ Incontournable de renforcer les efforts existants ou de développer de nouvelles actions.

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPERIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> Encourager l'usage des escaliers au moyen de signaux incitatifs dans tous les lieux et bâtiments A Renforcer l'enseignement en éducation physique et sportive dans le milieu scolaire A Promouvoir un mode de vie physiquement actif chez les jeunes en encourageant les activités non sédentaires et le jeu actif B Prévenir la sédentarité au quotidien en régulant le temps passé par les jeunes devant les écrans B Promouvoir la participation des jeunes, des adultes et des familles à des activités physiques et sportives organisées B 	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'interventions recensées en matière de renforcement du temps d'éducation physique à l'école (exception faite des mesures visant à rendre le temps de récréation plus actif) Grand nombre de mesures recensées en matière de promotion d'un mode de vie physiquement actif, de promotion du jeu actif et de réduction de la sédentarité chez les jeunes (7) ou plus globalement dans la population générale (11) La sensibilisation auprès des individus sur le transport actif fait spécifiquement l'objet de 4 interventions (dont 2 régionales) 	<ul style="list-style-type: none"> Les propositions issues du forum délibératif se concentrent davantage sur des mesures ciblant les environnements que sur des mesures ciblant les individus 	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir les efforts de promotion d'un mode de vie physiquement actif, du jeu actif et de réduction de la sédentarité à l'échelle individuelle dans toute la population
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les conseils personnalisés en promotion de l'activité physique, notamment par l'intermédiaire des professionnels de santé B 	<ul style="list-style-type: none"> Les mesures impliquant les professionnels de santé sont peu nombreuses dans notre inventaire de 166 mesures. Toutefois, les Directions régionales de santé publique (DSP) et les Centres de santé et services sociaux (CSSS) mettent en œuvre une diversité de mesures afin d'encourager le counseling qui touche la promotion de l'activité physique, avec un succès inégal à travers la province 	<ul style="list-style-type: none"> Dans les milieux de soins, il est essentiel de poursuivre les nombreux efforts engagés, par exemple en matière de counseling sur l'activité physique (notamment par la formation des professionnels et les outils mis à leur disposition); 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les actions de promotion de l'activité physique en milieux de soins, notamment par l'extension du counseling sur l'activité physique à toute la province

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer une politique d'aménagement urbain favorable à l'activité physique A Aménager les quartiers, les rues et les routes de manière à optimiser le potentiel piétonnier A Développer l'offre de parcs, d'aires de jeux et d'infrastructures de loisirs A Développer l'offre d'animations, d'équipement et de matériel stimulant l'activité physique sur le temps scolaire et périscolaire A Développer un système de transport urbain favorable aux déplacements actifs B Développer les programmes de pédibus scolaires B 	<p>MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> Le portrait ne recense pas de politique provinciale dédiée à un aménagement urbain favorable à l'activité physique, à l'exception d'une initiative montréalaise (évaluée positivement) visant à apaiser la circulation et à favoriser le transport actif. Néanmoins, 5 mesures d'envergure provinciale concernent l'offre d'infrastructures sportives et récréatives de loisirs. 10 mesures (dont 4 régionales) visent l'animation, la découverte ou l'offre de matériel et équipement favorisant l'activité physique chez les jeunes. 6 mesures (dont 2 régionales) portent sur la promotion du transport actif ou collectif (dont le transport en remplacement de l'automobile). Enfin, un programme provincial dédié au pédibus scolaire a été recensé. Par ailleurs, parmi les 5482 actions locales prévues par Québec en Forme pour 2014-2015, plus de 40% des fonds sont destinés à augmenter l'offre d'occasions d'être actif. 	<ul style="list-style-type: none"> Dans nos quartiers et nos banlieues, il conviendrait de favoriser une mixité d'utilisation des sols raisonnée afin de favoriser les déplacements actifs et l'activité physique de loisirs. Cela demande notamment une densité d'habitation modérée, un potentiel piétonnier satisfaisant, l'implantation de bureaux, d'écoles, de garderies, d'épiceries, de supermarchés et d'autres commerces et services de proximité. Il conviendrait de réaménager les infrastructures des écoles et services de garde éducatifs à l'enfance afin d'offrir des espaces propices à l'activité physique Les commissions scolaires devraient mettre moins d'accent sur le transport scolaire et davantage sur le transport public, ce dernier favorisant le déplacement actif des écoliers Les programmes de pédibus n'ont pas été plébiscités lors du forum 	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer une politique d'aménagement du territoire favorisant une mixité d'utilisation des sols raisonnée (densité d'habitation modérée, potentiel piétonnier satisfaisant, implantation de bureaux, d'écoles, de garderies, d'épiceries, de supermarchés et autres commerces et services de proximité) Réaménager les infrastructures et renforcer l'offre d'animations, d'équipement et de matériel afin de stimuler l'activité physique dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> • Développer des campagnes médiatiques s'appuyant sur de multiples canaux (impressions, radio, télévision, Internet, etc.) A • Faire de la promotion de l'activité physique un domaine d'action publique prioritaire B • Développer une atmosphère favorable à l'activité physique dans les milieux de vie B 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfin, les municipalités et MRC jouent un rôle-clé par les quelques orientations favorables à l'activité physique prises dans les politiques familiales municipales, les schémas d'aménagement et de développement (SAD), les plans d'urbanisme et par l'application de la loi sur l'aménagement et l'urbanisme. Toutefois, selon les cas, ces dispositifs laissent place à de l'amélioration en matière d'offre d'activités physiques sportives et récréatives (avec des différences entre milieux urbains et ruraux), de transport actif, et en matière d'exigence de développements de parcs, de terrains de jeux ou d'espaces "nature" auprès des promoteurs de projets résidentiels. 		<ul style="list-style-type: none"> ➡ Inciter les municipalités à tirer davantage parti de leurs politiques familiales, schémas d'aménagement et de développement (SAD) et plans d'urbanisme pour développer l'offre d'activités physiques sportives et récréatives, le transport actif, les parcs, les aires de jeux et les espaces verts ➡ Inciter les commissions scolaires à mettre moins d'accent sur le transport scolaire et davantage sur le transport public afin de favoriser le déplacement actif des écoliers
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL			
<ul style="list-style-type: none"> • Développer des campagnes de sensibilisation de masse faisant la promotion de l'activité physique, en privilégiant des repères simples et du possible sur des médias novateurs et moins coûteux 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans toute action de sensibilisation de masse, il conviendrait de mieux communiquer sur les effets néfastes pour la santé du ou des comportements que l'on tente de modifier. • On devrait miser davantage sur les médias sociaux et des médias innovateurs moins coûteux. • Une campagne de sensibilisation pourrait être développée au Québec pour diffuser régulièrement une série de repères simples et positifs sur l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans toute action de sensibilisation de masse, il conviendrait de mieux communiquer sur les effets néfastes pour la santé du ou des comportements que l'on tente de modifier. • On devrait miser davantage sur les médias sociaux et des médias innovateurs moins coûteux. • Une campagne de sensibilisation pourrait être développée au Québec pour diffuser régulièrement une série de repères simples et positifs sur l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> ➡ Maintenir les efforts de sensibilisation de masse faisant la promotion de l'activité physique, en privilégiant des repères simples et du possible sur des médias novateurs et moins coûteux

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPIÉRIENCE QUÉBÉCOISE	MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT POLITIQUE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> • Développer des standards en matière de comportements actif et sédentaire B 	<ul style="list-style-type: none"> • Des standards en matière de comportements actif et sédentaire existent au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • Une politique en matière de comportements ministériels visant à promouvoir l'activité physique sur le temps scolaire, périscolaire, ou dans les milieux de garde ont été élaborés et diffusés auprès des réseaux publics concernés. Des activités de soutien à la mise en œuvre ont également été déployées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une politique renforçant le temps d'activité physique à l'école devrait être adoptée, sans que celle-ci soit trop prescriptive • Les ententes entre municipalités et commissions scolaires devraient être renforcées, afin de favoriser la mutualisation des ressources en matière d'infrastructures de sports et loisirs. • Les horaires d'écoles et de transport scolaire devraient être réaménagés afin d'encourager l'activité physique de loisirs sur le temps périscolaire, et afin de stimuler le transport actif 	<ul style="list-style-type: none"> • ➔ Instaurer une politique renforçant le temps d'activité physique sur le temps scolaire, périscolaire, et dans les milieux de garde • ➔ Renforcer les ententes entre municipalités et commissions scolaires, afin de favoriser la mutualisation des ressources en matière d'infrastructures de sports et loisirs • ➔ Instaurer une politique réaménageant les horaires d'écoles afin d'encourager l'activité physique de loisirs sur le temps périscolaire, et afin de stimuler le transport actif

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPIÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer des politiques renforçant l'offre d'activités physiques et sportives, et facilitant l'accès aux infrastructures récréatives B • Instaurer des politiques d'aménagement du territoire favorables à l'activité physique B • Instaurer des politiques de transport favorables à l'activité physique B 	<ul style="list-style-type: none"> • En dépit du très fort potentiel d'influence sur l'environnement bâti, l'environnement politique fait l'objet de peu d'initiatives, à l'exception de quelques mesures incitatives et parfois coercitives issues de politiques provinciales (sur les transports collectifs, le vélo, les parcs et les espaces naturels) ou issues de politiques et mouvements municipaux (concernant notamment les pistes cyclables, les espaces verts et les sentiers piétonniers) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les cadres normatifs qu'utilisent les urbanistes/architectes dans la planification des villes/bâtiments publics devraient être révisés pour favoriser l'activité physique, le transport actif /transport public 	<ul style="list-style-type: none"> ➡ Réviser les cadres normatifs qu'utilisent les urbanistes/architectes dans la planification des villes/bâtiments publics afin de favoriser l'activité physique, le transport actif /transport public
MESURES CIBLANT L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE			
<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer des subventions ou gratuités facilitant l'accès à des activités physiques ou sportives de loisirs B 	<ul style="list-style-type: none"> • Bien que non recensées dans notre portrait, de nombreuses municipalités offrent un accès à des activités physiques gratuites ou à prix abordable (p. ex., piscines intérieures et extérieures, patinoires et aréas, aires de glissades, parcs, gymnases, camps d'été) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cette dimension n'a pas été particulièrement abordée lors du forum délibératif. 	<ul style="list-style-type: none"> ➡ Maintenir l'accès à des activités physiques ou sportives de loisirs gratuites ou à prix abordable dans les municipalités

ANNEXE 7D

Analyse comparative des recommandations internationales, du portrait de l'*Expérience québécoise* et des principales propositions issues du forum délibératif « Comment Faire Mieux » renvoyant aux **dimensions transversales de l'intervention**

Légende :

- ➔ Essentiel de maintenir les efforts engagés ;
- ➡ Essentiel de renforcer les efforts existants ou de développer de nouvelles actions ;
- ➡➡ Incontournable de renforcer les efforts existants ou de développer de nouvelles actions.

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> Adopter une approche systémique reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'intervention A 	<p>APPROCHE GLOBALE ET SYSTÉMIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> Depuis de nombreuses années, la nécessité de développer une approche globale et systémique en promotion des saines habitudes de vie s'est imposée au Québec, tel que l'ont illustré les travaux du Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (G'TPPP, 2003, 2005), le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG, 2006) et, plus récemment, la Vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids, développée par le MSSS en collaboration avec Québec en Forme et l'INSPQ (2012). Cette approche se retrouve parfois à l'échelle d'interventions spécifiques (p. ex., Normes Entreprises en santé). Il ressort des rapports d'évaluation consultés un besoin d'arrimage entre les trois grands cadres de référence qui orientent l'<i>Expérience québécoise</i> (PNSP, PAG, Québec en Forme). Un processus conjoint de planification stratégique est proposé. La promotion des saines habitudes de vie semble encore peu intégrée à d'autres domaines d'intervention politique complémentaires, bien que l'on note quelques cas intéressants en matière de réussite scolaire (p. ex., Approche "École en santé") ou encore en matière de sécurité et de développement durable au niveau régional et local (p. ex., Quartiers verts, actifs et en santé; Quartiers 21) 	<ul style="list-style-type: none"> Il faudrait maximiser l'impact positif sur les environnements favorables des investissements réalisés par les acteurs extérieurs au secteur de la santé. Par exemple, le ministère des Transports a prévu de poursuivre ses investissements dans les transports actifs et collectifs. Les synergies potentielles entre la promotion des saines habitudes de vie, la réussite éducative et la persévérance scolaire devraient être davantage soulignées et concrétisées. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'approche systémique québécoise en promotion des saines habitudes de vie, reposant sur la combinaison de multiples stratégies et canaux d'intervention A
<ul style="list-style-type: none"> Adopter une approche globale intégrant la promotion des saines habitudes de vie à d'autres domaines complémentaires B 			<ul style="list-style-type: none"> Tirer parti des synergies potentielles entre la promotion des saines habitudes de vie et d'autres domaines d'intervention politique tels que la réussite et la persévérance scolaire, le transport en remplacement de l'automobile et le développement durable

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPIÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une approche mobilisant de nombreux secteurs d'activités et de nombreux acteurs à l'échelle nationale, régionale et locale A 	<p>APPROCHE INTERSECTORIELLE ET INTÉGRÉE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parmi les interventions recensées, il favorisent explicitement une approche intersectorielle et intégrée en promotion des saines habitudes de vie aux échelles provinciale (p. ex. le PAG, la Table de concertation nationale sur le mode de vie physiquement actif), régionale (p. ex., les Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie) et locale (p. ex., les Regroupements locaux de partenaires de Québec en Forme) • À travers plusieurs rapports d'évaluation, l'action intersectorielle dans l'<i>Expérience québécoise</i> apparaît cruciale, mais difficile à mettre en œuvre. Six éléments favorables à l'action intersectorielle sont soulignés : 1) un signal clair des leaders politiques quant au nouveau mandat nécessitant des actions intersectorielles ; 2) une définition très claire des rôles et responsabilités de chacun ; 3) la stabilité des acteurs impliqués ; 4) l'atteinte de résultats tangibles et concrets, à court terme ; 5) le leadership du directeur national de santé publique et des directeurs régionaux ; 6) la nécessité de trouver des points de convergence entre les objectifs des différents partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'action intersectorielle en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité doit être décidée et demandée au plus haut niveau politique, c'est-à-dire par le premier ministre du Québec. Idéalement, elle devrait se concrétiser dans une politique de prévention. • Les regroupements locaux de partenaires et les tables régionales de concertation sont des moteurs-clés pour la mise en œuvre des actions en ce qui concerne les communautés. Il faudrait continuer à soutenir ces groupes. Ils facilitent la prise en considération des besoins exprimés sur le terrain, les parties prenantes, favorisent la mobilisation des ressources, et renforcent la capacité des intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> A L'action intersectorielle devrait s'inscrire dans le cadre d'une politique de prévention implantée sous l'égide du plus haut palier gouvernemental (c'est-à-dire par le premier ministre du Québec) B Renforcer l'approche et les structures de concertation intersectorielles existantes à tous les paliers en promotion des saines habitudes de vie (comités interministériels, tables intersectorielles régionales, regroupements locaux de partenaires)

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPIÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR «FAIRE MIEUX»
<ul style="list-style-type: none"> Adopter une démarche préventive intégrée de «santé dans toutes les politiques» B 	<ul style="list-style-type: none"> Une démarche intégrée de «santé dans toutes les politiques» transparaît dans l'article 54 de la loi de Santé publique de 2001, qui contraint les ministères à s'assurer que leurs décisions législatives n'ont pas d'effets négatifs sur la santé de la population. 	<ul style="list-style-type: none"> Les actions intersectorielles ne doivent pas être portées uniquement par les acteurs du réseau de santé publique. Les partenaires des autres secteurs doivent prendre un rôle de meneur. Des structures ou comités intersectoriels animés par un coordinateur extérieur au réseau de santé publique sont un atout 	<ul style="list-style-type: none"> Privilégier une animation des structures ou des comités intersectoriels par un coordinateur extérieur au réseau de santé publique
LEADERSHIP, GOUVERNANCE ET TRANSPARENCE			
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le leadership des responsables politiques, des autorités et des acteurs de santé publique B Favoriser la mise en place de structures de concertation et de coordination dédiées aux paliers gouvernemental et local B Favoriser la participation des représentants de la communauté et du public ciblé à la planification de l'action B Renforcer la transparence et la responsabilité de toutes les parties prenantes, notamment du secteur privé B 	<ul style="list-style-type: none"> Le PAG a été lancé sous l'impulsion du premier Ministre du Québec, et associe de nombreux partenaires (Santé et Services sociaux; Education, Loisir et Sport; Agriculture, Pêcheries et Alimentation; Famille, Aînés et Condition féminine; Affaires municipales et des Régions; Emploi et Solidarité sociale; Transports; Jeunesse; Protection du consommateur; INSPQ) En cohérence avec l'approche intersectorielle décrite ci-dessus, les diverses tables et divers comités régionaux sont des structures de concertation et de coordination qui jouent un rôle-clé dans l'<i>Expérience québécoise</i>, et les nombreux regroupements locaux de partenaires favorisent la participation des représentants de la communauté et du public 	<ul style="list-style-type: none"> Une structure simple de coordination nationale sur la promotion des saines habitudes de vie, qui incluent les acteurs non gouvernementaux, devrait être mise en place. Cette structure devrait renforcer la concertation des parties prenantes ainsi que la cohérence et la synergie des actions mises en œuvre. Elle devrait résister à l'alternance politique et devenir incontournable. Les municipalités constituent un partenaire incontournable pour intervenir à l'échelle des communautés. 	<ul style="list-style-type: none"> Créer une structure de coordination sur la promotion des saines habitudes de vie incluant les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, afin de renforcer la concertation des parties prenantes ainsi que la cohérence et la synergie des actions mises en œuvre. Faire des municipalités des partenaires incontournables pour intervenir en promotion des saines habitudes de vie

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
CONTEXTUALISATION ET ÉTABLISSEMENT DE PRIORITÉS			
<ul style="list-style-type: none"> Établir des objectifs prioritaires d'intervention en tenant compte des données probantes disponibles A Établir des objectifs prioritaires d'intervention en tenant compte de la situation sanitaire et des interventions en cours A Développer les interventions en tenant compte des caractéristiques et des besoins de la population ciblée A Faire de la promotion des saines habitudes de vie et de la prévention de l'obésité une priorité B Tenir compte de la faisabilité et de l'acceptabilité sociale et politique des interventions B 	<ul style="list-style-type: none"> Le PAG et la création de Québec en Forme ont hissé les saines habitudes de vie au niveau d'une priorité de santé publique. Les tables régionales intersectorielles et les regroupements locaux de partenaires ont développé des interventions en tenant compte des besoins de la population. Par contre, il est difficile de porter un jugement éclairé sur la proportion d'interventions appuyées sur des données probantes dans le portrait de l'<i>Expérience québécoise</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Fixer des objectifs de santé publique chiffrés, ambitieux mais atteignables et mesurables pourrait aider à rendre la prévention des maladies chroniques prioritaire et à mesurer les progrès accomplis Les structures intersectorielles doivent avoir des objectifs tangibles, à court terme, et tenir compte des besoins exprimés sur le terrain afin d'interpeller et mobiliser les partenaires les plus pertinents. 	<ul style="list-style-type: none"> Fixer des objectifs de santé publique concernant la saine alimentation et l'activité physique qui soient chiffrés, ambitieux mais atteignables et mesurables, afin de guider l'action et mesurer les progrès accomplis Faire adopter par les structures intersectorielles des objectifs tangibles, à court terme, et tenant compte des besoins exprimés sur le terrain afin d'interpeller et de mobiliser les partenaires les plus pertinents

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPERIENCE QUEBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
ÉQUITÉ ET INCLUSION			
<ul style="list-style-type: none"> • Développer un ensemble d'interventions permettant de toucher à la fois la population générale et des groupes plus spécifiques A • Rendre prioritaire l'intervention auprès de certains groupes d'âge, en particulier les jeunes B • Réduire les inégalités territoriales de santé en matière d'offre alimentaire, d'environnement bâti et de services favorables à l'activité physique B 	<ul style="list-style-type: none"> • La priorité d'intervention auprès des jeunes se reflète dans le fait que 69 des mesures du portrait de l'<i>Expérience québécoise</i> ciblent cette population. D'autre part, 3 interventions du portrait ciblent spécifiquement des groupes socioéconomiquement défavorisés (p. ex., Banques alimentaires) et certaines ciblent d'autres groupes spécifiques (p. ex., jeunes ayant une limitation fonctionnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les initiatives de changement des environnements doivent être concentrées prioritairement dans les milieux défavorisés, incluant les investissements pour l'amélioration des environnements physiques. • La qualité de l'offre alimentaire des écoles situées en milieux défavorisés devrait être améliorée. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Maintenir les efforts de prévention et de promotion existants en faveur de groupes de population vulnérables ou défavorisés sur le plan socioéconomique ➔ Cibler prioritairement les groupes de population défavorisés sur le plan socioéconomique dans le cadre d'interventions où des inégalités sociales significatives ont été documentées p. ex., offre alimentaire dans les écoles)
MOBILISATION DE RESSOURCES			
<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser des financements dédiés à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention de l'obésité B • Solliciter une réallocation de fonds en provenance d'autres secteurs au profit de la santé publique B 	<ul style="list-style-type: none"> • Selon le portrait, 20 interventions mettent du financement à la disposition des acteurs afin d'investir dans différents domaines, tels que la construction d'infrastructures sportives ou le transport actif. • Selon une entente de partenariat signée en 2007, le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon (FLAC) se sont engagés à investir chacun \$ 20 millions par année sur 10 ans dans la promotion des saines habitudes de vie, une somme exceptionnelle en regard du financement généralement alloué à cette fin dans d'autres pays. Selon cette entente, 75 % des ressources financières devaient être allouées à des projets de mobilisation des communautés, soutenus par l'organisation Québec en Forme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une stratégie de communication doit mettre en lumière, statistiquement à l'appui, qu'il est inacceptable que les ressources mises à la disposition de la prévention des maladies chroniques soient si minces en comparaison aux ressources investies dans le soin. • Il faudrait s'assurer qu'une partie importante des revenus de la taxation du tabac soit investie en prévention et promotion de la santé, comme cela a été fait lors de la création de Québec en Forme. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Élaborer une stratégie de communication soulignant, statistiques à l'appui, l'importance d'investir davantage en prévention des maladies chroniques au Québec ➔ S'assurer qu'une partie importante des revenus de la taxation du tabac est investie en prévention et promotion de la santé

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités des professionnels travaillant auprès des jeunes, notamment en milieu scolaire A Renforcer les connaissances et les compétences de toutes les parties prenantes dans la communauté B Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de la santé B 	<p>RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ DES PARTIES PRENANTES</p> <ul style="list-style-type: none"> Selon le portrait, de nombreuses interventions offrent de la formation aux professionnels des milieux scolaires ou périscolaires (27 mesures) ou à l'échelle de la communauté ou des municipalités (22 mesures). Par ailleurs, les DSP soutiennent les acteurs municipaux, scolaires et des communautés afin d'agir sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie. Enfin, parmi les 5482 actions locales prévues par les regroupements locaux de partenaires de Québec en Forme en 2014-2015, 21 % des fonds étaient alloués à la formation d'intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> On devrait poursuivre les efforts de formation des acteurs de terrain sur les environnements favorables à la santé, afin de leur faire prendre conscience du rôle qu'ils peuvent jouer Afin d'éviter de sur solliciter les acteurs municipaux, il faudrait optimiser les actions de formation et d'accompagnement de l'ensemble des parties prenantes à l'échelle régionale, à l'instar de ce qui s'est fait dans les milieux scolaires avec l'approche «École en santé» 	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre les efforts de formation des acteurs de terrain sur les environnements favorables à la santé, en optimisant les actions de formation et d'accompagnement de l'ensemble des parties prenantes à l'échelle régionale afin de ne pas sur solliciter les acteurs municipaux
<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions sur le long terme A Favoriser une approche préventive « tout au long de la vie » B 	<p>VISION À LONG TERME ET PÉRENNISATION</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune des mesures recensées n'est identifiée dans cette dimension, mais cela n'indique pas que cette préoccupation est absente de l'Expérience québécoise. L'entente de partenariat sur 10 ans signée en 2007 entre le gouvernement du Québec et la FLAC en est un exemple. Néanmoins, aucune prolongation de ce financement n'a pour l'heure été annoncée Par ailleurs, le manque de ressources financières pour la mise en œuvre de certaines composantes des interventions est une constante qui se dégage des rapports d'évaluation consultés. Une redistribution des ressources financières plus équilibrée entre les divers paliers engagés dans l'intervention (national, régional et local) est également recommandée 	<ul style="list-style-type: none"> Une stratégie de communication efficace doit être mise en place afin de souligner l'urgence et l'importance d'investir durablement dans la prévention des maladies chroniques et de l'obésité 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la pérennité des stratégies, des mécanismes de travail, et de la capacité d'intervention des parties prenantes qui ont été créés et développés depuis une dizaine d'années au Québec au prix d'une mobilisation de ressources sans précédent

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE NIVEAU A OU B	FAITS SAILLANTS DU PORTRAIT DE L'EXPIÉRIENCE QUÉBÉCOISE	PRINCIPALES PROPOSITIONS ISSUES DU FORUM DÉLIBÉRATIF	PISTES À PRIVILÉGIER POUR « FAIRE MIEUX »
<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre et approfondir la recherche sur les saines habitudes de vie et la prévention de l'obésité A • Consolider les dispositifs de surveillance des habitudes de vie et du statut pondéral A • Systématiser et renforcer l'évaluation des processus et des impacts des interven- tions A 	<p style="text-align: center;">RECHERCHE, SURVEILLANCE ET ÉVALUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le portrait de l'<i>Expérience québécoise</i> concerne uniquement des interventions et excluait les études et projets de recherche. Cela explique en grande partie que peu d'initiatives aient été associées à cette dimension • Néanmoins, comme l'indique la section 3.10, l'évaluation de l'impact des interventions mises en œuvre demeure un défi à relever plutôt qu'une pratique implantée de façon systématique au Québec • Lorsqu'elles portent sur une intervention particulière, les évaluations concernent très majoritairement l'implantation et non les impacts des interventions 	<ul style="list-style-type: none"> • En prévention des maladies chroniques, il convient d'évaluer qualitativement la combinaison de l'ensemble des interventions de l'<i>Expérience québécoise</i> et de ne pas seulement se limiter aux devis évaluatifs inspirés du modèle biomédical cherchant à isoler les effets d'interventions spécifiques. • Des études d'impact prospectives sur la santé devraient être plus souvent réalisées avant l'adoption de mesures publiques au niveau local, régional ou provincial. On devrait favoriser des outils simples d'études d'impact qui permettent d'impliquer plusieurs acteurs dans leur réalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités d'évaluation des parties prenantes de l'<i>Expérience québécoise</i> et favoriser une évaluation plus systématique des processus et des effets des interventions mises en œuvre • Mettre en œuvre des projets pilotes et des études d'impact prospectives sur la santé avant de déployer des interventions novatrices à grande échelle

ANNEXE 8

Termes de référence et typologies utilisés dans la codification des recommandations internationales et des interventions québécoises

La présente annexe décrit les termes de références et typologies ancrés dans la littérature qui ont été utilisés pour le codage, l'extraction et l'interprétation des recommandations internationales et de l'*Expérience québécoise*¹ qui ont fait l'objet du projet «Comment Faire Mieux». Elle aborde successivement les termes et typologies se référant aux aspects suivants : (1) **Thématiques d'intervention** ; (2) **Cibles d'intervention** ; (3) **Types d'interventions** ; (4) **Dimensions transversales d'intervention** ; (5) **Milieus et parties prenantes**.

N.B. Tous les mots soulignés renvoient à des concepts définis dans cette annexe.

1. THÉMATIQUES D'INTERVENTION

Saine alimentation

La thématique «saine alimentation» renvoie aux actions visant les environnements, habitudes ou comportements alimentaires pouvant avoir une influence sur l'amélioration ou le maintien de la qualité nutritionnelle de l'alimentation des individus (Lachance et collab., 2006). Selon Lachance et ses collaborateurs (2006, p. 41), les habitudes alimentaires se définissent par le «*choix récurrent que fait une personne, ou un ensemble de personnes, quant aux aliments qu'elle consomme, à la fréquence de leur consommation et à la quantité absorbée chaque fois, et quant aux modes de préparation de ces aliments et aux lieux de consommation*». Cette thématique inclut les

1. Pour mémoire, dans ce livre, le vocable d'«Expérience québécoise» est utilisé pour désigner l'ensemble des politiques, des programmes et des interventions publiques (possiblement en collaboration avec les secteurs associatifs ou privés) ayant notamment pour objectif la promotion de saines habitudes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique, d'image corporelle ou la prévention de l'obésité.

actions visant les individus, les familles, les milieux et acteurs impliqués dans la production, transformation, distribution, promotion et consommation d'aliments et de boissons non alcoolisées. Les actions visant l'insécurité alimentaire sont également incluses dans cette thématique (Lachance et collab., 2006).

Activité physique

La thématique «activité physique» renvoie aux actions visant les environnements, habitudes ou comportements pouvant avoir une influence sur le niveau d'activité physique et de sédentarité des individus. L'activité physique s'oppose à la sédentarité et, selon l'*Institute of Medicine* (2012, *traduction libre*), elle est constituée «*de sports, de loisirs, des travaux ménagers, du transport ou des activités professionnelles qui nécessitent des compétences physiques et utilisent la force, la puissance, l'endurance, la vitesse, la souplesse, l'amplitude des mouvements, ou l'agilité*». Cette thématique inclut les actions visant les individus, milieux et acteurs impliqués dans le développement, la distribution, la promotion et l'utilisation d'infrastructures et de services favorisant l'activité physique (incluant les modes de vie physiquement actifs, l'éducation physique, le transport actif, l'activité physique de loisirs, etc.) (Lachance et collab., 2006).

Image corporelle

La thématique «image corporelle» renvoie aux actions visant les facteurs pouvant influencer la «*[...] perception cognitive et affective, consciente et inconsciente, qu'un individu a de son corps, acquise au cours de son développement et à travers ses relations sociales*», et pouvant avoir une influence sur sa santé (Lachance et collab., 2006, p. 41). Les interventions relatives à cette thématique ont pour objectif d'améliorer l'estime de soi et l'image corporelle chez les jeunes, mais également dans la population générale.

2. CIBLES D'INTERVENTION

Interventions concernant l'individu

Cette catégorie renvoie aux actions de sensibilisation, d'information et d'éducation ciblant les médiateurs cognitifs des comportements en matière d'alimentation et d'activité physique, notamment l'intention, l'attitude, les normes et le contrôle perçu à l'échelle de l'individu (Godin, 2012). Cela inclut les interventions de communication en santé visant à transmettre un message relatif à la santé à un public cible, pour l'informer et le convaincre d'améliorer sa santé en changeant ses comportements. Cela inclut également les interventions d'éducation à la santé basées sur des expériences d'apprentissage conscientes et planifiées visant à prédisposer et rendre une personne apte à adopter volontairement et durablement des comportements favorables à la santé (Rootman et collab., 2012). Par exemple, un programme d'éducation physique réfère à un programme planifié d'études et de directives dont le but est d'aider les élèves à

développer des connaissances, attitudes et compétences nécessaires à l'adoption et au maintien d'un style de vie physiquement actif. De même, l'éducation nutritionnelle vise à informer les individus sur ce qui constitue une alimentation saine et équilibrée, afin de les inciter à améliorer leurs habitudes alimentaires et leur mode de vie (Kremers et collab. 2006 ; IOM, 2012 ; Capacci et collab., 2012). **N.B.** Dans le cadre du projet CFM, nous avons fait le choix de ne pas inclure ici les campagnes médiatiques de grande envergure, visant généralement l'évolution des normes sociales à l'échelle d'une population (voir environnement socioculturel).

Interventions concernant l'environnement

Selon Mongeau et collab. (2012, p. 9), l'environnement se définit comme « l'ensemble des éléments qui entourent un être vivant ». Selon les mêmes auteurs (2012, p. 14-17), un environnement favorable à l'alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids réfère à « l'ensemble des éléments de nature physique, socioculturelle, politique et économique qui exercent une influence positive sur l'alimentation, la pratique d'activités physiques, l'image corporelle et l'estime de soi ». Les auteurs précisent que les éléments peuvent faire partie du micro ou du macro-environnement : les microenvironnements correspondent à des « milieux de vie [qui] sont généralement distincts géographiquement et de petite taille: l'école, le quartier, le milieu de travail, le voisinage, le détaillant alimentaire, le centre sportif du coin, etc. » tandis que les macro-environnements correspondent à des secteurs « [...] aux paliers régional, national et international, [p. ex.], le gouvernement, le secteur industriel, le secteur des services, les médias, les centres de décision pour les infrastructures et les technologies, la commercialisation des aliments, les réseaux de transport, etc. » (Mongeau et collab., 2012, p. 14-17).

Interventions concernant l'environnement physique

Selon Mongeau et collab. (2012, p. 10), il est ici question des interventions concernant l'environnement physique qui « comprend les éléments naturels et artificiels de l'environnement ». Les éléments naturels comprennent « l'air, l'eau, le sol, la forêt, la flore, la faune, la topographie, le climat, la température, le bruit, l'électricité, le magnétisme, les ressources naturelles, les radiations, etc. ». Les éléments artificiels comprennent ce qui est bâti et aménagé, ce qui est créé, transformé ou organisé par l'être humain tel que « les édifices, les divers types d'aménagement du territoire (urbains et ruraux), les infrastructures, les voies de communication et les systèmes de transport, les industries, les systèmes de traitement des déchets et des eaux, etc. ». Les auteurs précisent que l'environnement physique comprend également les éléments artificiels technologiques, par exemple « les produits de la transformation comme les aliments, les médicaments, les matériaux, les textiles, les produits chimiques, les outils et les appareils électriques, électroniques et de télécommunication, les véhicules, les équipements de sport, de loisir, de cuisine et de soins, etc. » (Mongeau et collab., 2012, p. 10).

Interventions concernant l'environnement socioculturel

Selon Mongeau et collab. (2012, p. 11), il est ici question des interventions concernant l'environnement socioculturel qui « *comprend les éléments relatifs aux structures et aux modes de fonctionnement des individus ou des groupes d'individus ainsi qu'à la culture qui en est issue* ». Les auteurs précisent que l'environnement socioculturel a trait aux rapports sociaux déterminés par exemple par « *la démographie, la diversité ethnoculturelle, les structures familiales, les relations sociales (de voisinage, de travail, d'amitié), la coopération et la compétition, le racisme, le sexisme, les préjugés, les mouvements de société, la solidarité, l'entraide, etc.* ». Ils ajoutent qu'il concerne également les normes et les conventions renvoyant aux « *attitudes, valeurs et croyances, les coutumes et traditions, les pratiques religieuses, le climat social, la stratification sociale, etc.* » et qu'il peut concerner la vision et la représentation de la réalité, véhiculées par « *la communication, les médias, la publicité, les arts, la culture, etc.* ». (Mongeau et collab., 2012, p. 11)

N.B. Dans le cadre du projet CFM, les campagnes médiatiques de grande envergure ainsi que les campagnes de marketing social ont été classées dans cette catégorie. En effet, celles-ci visent généralement une contribution à l'évolution des normes sociales à l'échelle d'une population. Il a donc été convenu que ces interventions relevaient davantage de l'environnement socioculturel que d'interventions ciblant directement les individus (ASPQ, 2006, p. 52; WHO, 2012, p. 33).

Interventions concernant l'environnement politique

Selon Mongeau et collab. (2012, p. 12), il est ici question des interventions concernant l'environnement politique qui « *comprend les structures et les modes de fonctionnement liés à l'organisation et à l'exercice du pouvoir* ». Selon les auteurs, l'environnement politique inclut le régime politique, les institutions politiques, le modèle de gouvernance, la participation citoyenne, etc. Il inclut par ailleurs les politiques publiques, les lois et les règlements, tels que « *les incitatifs financiers, et autres instruments qui permettent d'atteindre les objectifs et de faire observer les lois* » (Mongeau et collab., 2012, p. 12). Ils ajoutent qu'il comprend aussi les grands systèmes qui découlent des cadres politiques, des valeurs d'un pays ou d'une société telles que « *les systèmes juridique, agroalimentaire, d'éducation et de garde à l'enfance, de santé et de services sociaux, d'emploi et de solidarité sociale, etc.* » ainsi que le droit et les traités internationaux tels que « *les accords commerciaux de libre-échange, les droits de l'homme tels que le droit à la santé, à une alimentation saine, etc.* » (Mongeau et collab., 2012, p. 12).

Interventions concernant l'environnement économique

Selon Mongeau et collab. (2012, p. 14), il est ici question des interventions concernant l'environnement économique qui « *comprend les structures et les modes de fonctionnement liés aux activités de production, de consommation et d'utilisation de la richesse ainsi que les valeurs et les motivations qui servent de fondement aux décisions économiques* ». Les auteurs précisent que l'environnement économique concerne par exemple :

«le prix relatif des produits et des services (les aliments, le logement, les biens essentiels, etc.), le niveau de revenu et la distribution de la richesse (degré d'endettement, mesures de sécurité du revenu, etc.), les pratiques commerciales (distribution des biens et des services, l'accès au crédit, les mécanismes de détermination des prix), le marché de l'emploi (la création et la perte d'emplois, l'organisation du travail, le taux de chômage), les institutions (les banques, les coopératives financières, les sociétés à fonds mutuels, les compagnies d'assurance, etc.) ainsi que la structure et la conjoncture économique (le type d'économie, l'importance des secteurs économiques, les cycles économiques, la globalisation des marchés)» (Mongeau et collab., 2012, p. 14).

3. TYPES D'INTERVENTIONS

Communication sur la santé

Sont ici concernées les interventions s'appuyant sur des activités de communication sur la santé (information, sensibilisation, éducation) visant un changement de comportement à l'échelle individuelle. Par exemple, les interventions ayant recours à de l'éducation physique ou à de l'éducation nutritionnelle sont concernées. Notons que les événements ponctuels (p. ex., événement sportif), lors desquels des messages de santé sont communiqués, sont concernés. En revanche, les campagnes médiatiques de grande envergure, visant généralement une contribution à l'évolution des normes sociales à l'échelle d'une population, ne le sont pas (OMS, 1998; Gortmaker et collab., 2011; IOM, 2012; Capacci et collab., 2012, p. 192).

Promotion d'environnements favorables à la santé

Sont ici concernées les interventions s'appuyant sur les activités de promotion de la santé visant un changement de comportement à l'échelle populationnelle. Les interventions des pouvoirs publics (p. ex., politiques, campagnes d'information) ont pour objectif de créer des environnements permettant aux citoyens de faire des choix favorables à la santé. Plusieurs exemples peuvent ici être cités tels que : les politiques de promotion de la santé et de sécurité alimentaire; la création d'environnements favorables au transport public, la marche et le cyclisme; la mise sur pied de politiques fiscales (subventions, taxes, tarifs d'importation) contribuant à réduire les inégalités socioéconomiques de santé; les campagnes de communication de masse (OMS, 1998; Gortmaker et collab., 2011).

Développement du leadership et de la gouvernance

Selon Gortmaker et collab. (2011), sont ici concernées les interventions visant à impliquer des leaders ou des dirigeants dans des actions de prévention de l'obésité, ou encore de s'appuyer sur des structures intersectorielles pour soutenir de telles actions. Par exemple, au Québec, les Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR) s'appuient sur de tels composants (Gortmaker et collab., 2011).

Financement

Sont ici concernées les interventions visant à assurer le financement des activités de prévention et de promotion de la santé. Selon Gortmaker et collab. (2011), il peut s'agir de l'établissement d'un fonds par exemple à partir des revenus de taxes sur des produits de consommation (p. ex., tabac, alcool). Par exemple, au Québec, un Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie a été constitué au moyen de plusieurs sources de financement.

Développement de connaissances et de systèmes d'information

Selon Gortmaker et collab. (2011), sont ici concernées les interventions visant le développement des connaissances et de systèmes d'information dans le cadre de programmes de formation, de surveillance ou de recherche en promotion de la santé et en prévention de l'obésité. Les activités de veille scientifique, de transfert de connaissances, ainsi que la création de répertoires d'information et de sites Internet sont autant d'exemples d'interventions qui s'appuient sur cette composante.

Développement de systèmes et d'outils de soutien à la mise en œuvre d'interventions

Selon Gortmaker et collab. (2011), sont ici concernées les interventions visant le développement de systèmes et d'outils de soutien à la mise en œuvre d'interventions en prévention de l'obésité, tels que la production de guides pédagogiques, de guides d'application, d'aménagement, d'organisation, d'animation, d'implantation, de fixation de normes, etc.

Apport en main-d'œuvre et formation

Selon Gortmaker et collab. (2011), sont ici concernées les interventions qui, le plus souvent, à l'aide de programmes d'aide financière, favorise l'emploi ou la formation de main-d'œuvre spécialisée, la formation d'intervenants, la sensibilisation des enseignants ou encore la coordination de projets en prévention de l'obésité.

Partenariat, réseautage, coordination

Selon Gortmaker et collab. (2011), sont ici concernées les interventions de partenariat, réseautage et coordination qui font appel à l'étroite collaboration de nombreux organismes et groupes ayant à cœur la santé de la population québécoise. Les interventions de ce type peuvent être conduites par certains organismes sans but lucratif, des ordres professionnels, des associations et des fondations, qui se montrent intéressés à travailler avec le gouvernement et les ministères dans la mise en place d'actions reliées à la promotion des saines habitudes de vie et à la prévention des problèmes reliés au poids. Ces interventions prennent différentes formes comme : des tables de concertation nationale ;

des mécanismes de concertation ; des comités interministériels ; des tables intersectorielles régionales (TIR) ; etc. (OMS, 1998 ; Lachance et collab., 2006 ;).

4. DIMENSIONS TRANSVERSALES D'INTERVENTION

Approche globale et systémique (OMS, 2011, Butland et collab., 2007 ; IOM, 2012)

Sont ici concernées les interventions s'appuyant sur une diversité d'actions ciblant les déterminants de l'alimentation, de l'activité physique, de l'image corporelle et des problèmes liés au poids. Ces interventions ciblent divers milieux de vie à différentes échelles (locales/régionales/provinciales). L'approche globale et systématique tient compte du fait que les facteurs de risques de maladies chroniques peuvent toucher toute une population et s'accumuler tout au long de la vie, ce qui justifie des efforts de prévention au moyen de multiples stratégies et dès le plus jeune âge.

Mobilisation de ressources (WHO, 2012)

Sont ici concernées les interventions de mobilisation visant à identifier, mobiliser, sécuriser, allouer ou pérenniser des ressources utiles à la mise en œuvre d'interventions en cours ou à venir. Dans le cas de la prévention de l'obésité infantile, des budgets récurrents peuvent être prévus à cet effet par les gouvernements. Des fonds dédiés à la promotion de la santé peuvent également être constitués grâce à la contribution d'organisations philanthropiques ou à partir d'une partie des revenus des taxes sur le tabac, l'alcool ou d'autres produits de consommation.

Approche intersectorielle et intégrée (Butland et collab., 2007 ; OMS, 2011 ; Lachance et collab., 2006 ; ASPQ, 2006 ; WHO, 2012)

Sont ici concernées les interventions s'appuyant sur la participation, la contribution et l'implication concertée et coordonnée de parties prenantes issues de plusieurs secteurs (au-delà du seul secteur de la santé publique) ou milieux d'activité (au-delà du milieu gouvernemental) qui s'entendent sur la poursuite d'objectifs communs. De nombreuses organisations représentant les secteurs public, associatif et privé sont déjà engagées dans la lutte contre l'obésité : le travail intersectoriel est identifié comme une condition de succès, notamment afin de créer des environnements favorables aux saines habitudes de vie. Par exemple, développer un environnement propice au mode de vie physiquement actif demande l'implication du secteur de l'urbanisme dans une municipalité, de l'éducation et du sport à l'école, du service des transports en commun, etc. Il en va de même pour les divers secteurs impliqués à différentes étapes de la chaîne alimentaire tels que l'agriculture, le commerce, la finance (taxes), les communications (marketing), la restauration, etc.

Leadership, gouvernance et transparence (WHO, 2012; Butland et collab., 2007)

Sont ici concernées les interventions (souvent politiques ou stratégiques) visant à établir ou clarifier des règles et processus de gouvernance, de coordination, de leadership et de transparence dans le financement, la planification, la mise en œuvre et le suivi d'autres interventions. Par exemple, une bonne stratégie de leadership et de gouvernance est souvent requise pour obtenir les soutiens nécessaires à la mise en œuvre d'initiatives de prévention de l'obésité sur le long terme aux échelles nationale, régionale et locale. Par ailleurs, une approche intersectorielle en prévention de l'obésité requiert une définition claire des rôles et responsabilités des acteurs en présence. Il apparaît important que les autorités de santé, en s'appuyant sur des structures de concertation, puissent coordonner les actions avec leadership et diplomatie au sein des divers paliers du gouvernement et entre les secteurs publics et privés. La participation active de la communauté doit également demeurer une préoccupation importante. Quant à la transparence dans les partenariats, elle est également citée comme étant un facteur-clé pour la mise en place de programmes de prévention. Cette transparence est basée par exemple sur l'accès public à l'information concernant les partenaires et la divulgation des mandats.

Contextualisation et établissement de priorités (WHO, 2012; Butland et collab., 2007)

Sont ici concernées les interventions visant à établir un état des lieux (types et sévérité des problèmes, besoins exprimés et non exprimés, forces et ressources en présence, etc.) dans un contexte donné afin de mieux donner la priorité, cibler, planifier, coordonner, mettre en œuvre et évaluer une ou plusieurs interventions. Par exemple, les standards nationaux pour une saine alimentation et l'activité physique sont la pierre angulaire des efforts de prévention contre l'obésité, mais ils doivent être mis à jour et adaptés pour les différents segments de la population.

Renforcement de la capacité des parties prenantes (ASPQ, 2006, IOM, 2012; NICE, 2012a; WHO, 2012)

Il s'agit ici des interventions qui, dans un processus dynamique, aident les individus, groupes, communautés, organisations et gouvernements à atteindre leurs objectifs en matière de santé publique. Ces interventions visent à renforcer le développement de connaissances, d'habiletés, de compétences, de structures, de systèmes et du leadership dans le but de mettre en place des interventions pertinentes et efficaces. Plus spécifiquement, en prévention des problèmes reliés au poids, «*la modification des environnements physique, alimentaire, social, économique et politique constitue un domaine d'intervention relativement nouveau pour beaucoup de professionnels de la santé*» (ASPQ, 2006, p. 54). Le renforcement des connaissances et habiletés spécifiques à ce domaine d'intervention est donc particulièrement nécessaire.

Vision à long terme et pérennisation (ASPQ, 2006; Lachance et collab., 2006; Butland et collab., 2007; WHO, 2012)

Sont ici concernées les interventions visant à favoriser la mise en œuvre d'interventions dans la durée, que ce soit par la mobilisation de ressources financières, par l'engagement formel des décideurs ou par le développement du pouvoir d'agir des acteurs les mieux positionnés pour garantir la continuité des actions entreprises. Divers moyens ou stratégies peuvent être mis en place pour assurer la pérennisation des interventions, tels que la planification et la budgétisation des interventions sur le long terme, la créativité dans la recherche de financements, le renforcement de la capacité des acteurs locaux à développer et à mettre en œuvre des interventions, l'intégration des interventions à des structures et organisations préexistantes, la diffusion et le partage des résultats des interventions dans les communautés.

Équité et inclusion (WHO, 2012, OMS, 1998)

Sont ici concernées les interventions visant à réduire les inégalités de santé observées entre différents groupes de la population du fait de situations sociales, économiques ou de modes de vie différents, en veillant à ne pas exclure certains groupes en raison de leur âge, de leur sexe, de leur situation socioéconomique, de leur langue, de leur culture, ou de leurs aptitudes. Les décideurs et intervenants doivent également porter une attention particulière à ce que les interventions de prévention de l'obésité ne contribuent pas à accroître les inégalités de santé (WHO, 2012). L'équité en santé et l'inclusion réfèrent plus globalement à la stratégie mondiale de l'OMS «la Santé pour tous» (OMS, 1998) qui vise fondamentalement la plus grande équité en matière de santé entre populations, au sein de populations et entre pays.

Recherche, surveillance et évaluation (WHO, 2012; Lachance et collab., 2006)

Sont ici concernées les interventions qui permettent de décrire et d'analyser l'état de santé de la population en ce qui concerne les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances observées. Par exemple, les gouvernements peuvent utiliser des systèmes de surveillance pour suivre la prévalence de l'obésité chez les enfants et les adultes, ainsi que la prévalence des maladies chroniques qui y sont associées. Des recommandations existent également en matière de suivi des habitudes alimentaires et des niveaux d'activité physique de la population ainsi qu'en matière de suivi des caractéristiques des environnements physiques, socioculturels, économiques et politiques qui les influencent. Dans cette dimension, sont aussi concernées les évaluations (formatives ou sommatives) d'interventions ainsi que les recherches portant sur des interventions «pilote» ou déployées à plus grande échelle. Cet ensemble d'actions permet d'éclairer la prise de décision, de guider l'allocation des ressources, de soutenir la planification d'interventions appropriées (ou de bonifier les interventions existantes) à de multiples niveaux et dans différents secteurs.

5. MILIEUX ET PARTIES PRENANTES

Milieu gouvernemental

À l'échelle provinciale, ce milieu regroupe les instances gouvernementales responsables de l'élaboration des politiques et de la prise de décisions, notamment en matière de prévention de l'obésité et de promotion des saines habitudes de vie (Partenariat Canadien contre le Cancer, 2010; ASPQ, 2006).

Milieu municipal

Parmi les différents milieux dans lesquels évoluent les jeunes et leur famille, le milieu municipal peut jouer un rôle-clé pour favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Les acteurs et décideurs relevant des autorités locales ont des leviers pour toucher tous les environnements (physique, socioculturel, politique, économique) pouvant favoriser l'adoption de ces saines habitudes de vie (ASPQ, 2006; Lachance et collab., 2006).

Réseau de santé publique

Dans le cadre du projet CFM, le Réseau de santé publique désigne l'ensemble de l'expertise développée en santé publique au Québec, dont les professionnels et experts œuvrant plus spécifiquement sur la problématique du poids et sur les projets d'intervention dans ce domaine, en interaction avec différents secteurs de la société civile. Ce milieu, par l'intermédiaire de l'Institut national de santé publique du Québec, joue également le rôle de conseiller auprès du ministre de la Santé des Services sociaux et auprès des établissements du réseau (ASPQ, 2006).

Communauté

Les interventions s'appuyant sur l'ensemble de la communauté impliquent une diversité d'acteurs locaux, y compris la population. Elles sont généralement recommandées en prévention de l'obésité. Pour favoriser leur implantation et leur pérennisation, il est notamment suggéré de bien les adapter à la culture et à l'environnement de la communauté, et d'impliquer des leaders et des décideurs locaux (Borys et collab., 2012; IOM, 2012; OMS, 1998; NICE, 2012a; OMS, 2012).

Milieu scolaire

Dans le contexte québécois, selon le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (ASPQ, 2006, p. 35), les principaux acteurs du milieu scolaire sont : «*les commissions scolaires et leur regroupement; la Fédération des commissions scolaires du Québec; les directions d'école et leur regroupement; la Fédération québécoise des directeurs et directrices d'établissement d'enseignement; les conseils d'établissement; les enseignants et le personnel non enseignant; les élèves; les parents et leur regroupement, la Fédération des comités de parents de la province de Québec; les concessionnaires et traiteurs*». Les universités et

autres établissements d'études supérieures sont plutôt catégorisés dans le milieu de travail (Partenariat Canadien contre le Cancer, 2010).

Milieu de garde

Dans le contexte québécois, le milieu de garde accueille les enfants âgés de 0 à 5 ans. Selon Lachance et collab. (2006, p. 20), il comprend les services de garde éducatifs à l'enfance (centres de petite enfance et garderies subventionnés par le Ministère de la Famille) qui ont notamment « [...] la responsabilité d'offrir des repas et collations de bonne qualité nutritive aux enfants qui leur sont confiés ». Selon les mêmes auteurs, « les prestataires de ces services doivent appliquer un programme éducatif qui vise à favoriser le développement de l'enfant, notamment en l'amenant à adopter de saines habitudes de vie (y compris en matière d'alimentation et d'activité physique) et des comportements qui influencent de manière positive sa santé et son bien-être » (Lachance et collab., 2006, p. 20). Il convient de noter que le milieu de garde comprend également d'autres structures de garde privées et indépendantes.

Milieu de soins

Le milieu de soin est composé de nombreux professionnels de la santé et des patients. En matière de promotion des saines habitudes de vie, les interventions qui se produisent dans ce milieu sont très nombreuses et variées. On y retrouve des activités de formation du personnel, ainsi que la création de guides divers ou de cadres de référence contribuant à promouvoir une saine alimentation dans les établissements. D'autres interventions touchent plus spécifiquement des groupes à risque telles que les enfants et les femmes enceintes (ASPQ, 2006; Partenariat Canadien contre le Cancer, 2010).

Milieu de travail

Selon le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (ASPQ, 2006, p. 40), les milieux de travail « diffèrent les uns des autres, notamment par leur taille, leur santé financière, leur culture et donc leurs capacités à implanter des mesures de promotion de la santé ». Toutefois, différentes mesures peuvent être envisagées comme, par exemple, l'installation d'une salle d'entraînement favorisant la pratique d'activité physique au sein de l'entreprise. Les entreprises entrevoient les bénéfices de tels investissements, qui peuvent se traduire par une meilleure productivité et une baisse d'absentéisme chez les employés qui s'impliquent durablement dans ces activités (ASPQ, 2006). Toujours selon le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (ASPQ, 2006, p. 40), les acteurs qui peuvent contribuer à la promotion de la santé des travailleurs sont par exemple : « les dirigeants d'entreprises; les directeurs et responsables des ressources humaines; les responsables de la santé et sécurité du travail; les syndicats; les comités de santé et sécurité du travail; les comités d'employés ».

Milieu associatif

Le milieu associatif est composé d'organisations internationales, nationales et locales issues de la société civile, particulièrement bien placées pour communiquer auprès du public et sensibiliser les décideurs à la prévention de l'obésité et des maladies chroniques associées. On utilise les appellations d'organismes à but non lucratif (OBNL), d'organismes non gouvernementaux (ONG), ou encore d'organismes communautaires, qui ont souvent pour objectif « *l'amélioration d'un aspect de la qualité de vie des citoyens, dans une perspective de changement social* » (ASPQ, 2006, p. 42). Selon le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (ASPQ, 2006, p. 42), les associations utilisent des modes d'action diversifiés tels que l'éducation, le développement local, l'action politique, la création de cuisines collectives et de jardins communautaires, la conception d'infrastructures récréatives, l'aménagement de pistes cyclables et de sentiers piétonniers; etc. La précarité des ressources est une limite importante pour ces organisations. Certains reçoivent un soutien de l'État, ce qui leur accorde un certain degré d'autonomie (Partenariat Canadien contre le Cancer, 2010; OMS, 2011; ASPQ, 2006). **N.B.** Dans le cadre du projet CFM, nous n'avons retenu que les interventions associatives réalisées en collaboration explicite avec des organisations publiques.

Milieu de la recherche

Les principaux acteurs du milieu de la recherche incluent les chercheurs, les universités, les organismes subventionnaires, les fondations et autres bailleurs de fonds. Selon le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (ASPQ, 2006, p. 48), la recherche scientifique « *se caractérise par l'ensemble des activités entreprises dans le but d'améliorer et d'augmenter les connaissances* ». Ce Groupe de travail opère une distinction entre la recherche fondamentale, axée sur le développement de nouvelles connaissances, et la recherche appliquée (incluant la recherche évaluative) qui répond davantage à des préoccupations pratiques (ASPQ, 2006).

Secteur privé

Dans le cadre du projet CFM, le secteur privé particulièrement interpellé par la problématique de l'obésité est l'industrie agroalimentaire, qui implique une diversité d'acteurs travaillant à la production, à la fabrication et à la distribution d'aliments et de boissons (ASPQ, 2006). Dans le cadre du projet CFM, sont également concernées les acteurs de l'industrie du divertissement, des sports et des loisirs (Partenariat Canadien contre le Cancer, 2010; OMS, 2011). **N.B.** Dans le cadre du projet CFM, nous n'avons retenu que les interventions privées réalisées en collaboration explicite avec des acteurs publics.

Médias

Selon le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (ASPQ, 2006), le secteur des médias comprend la radio, la télévision, la télédistribution,

les médias écrits, Internet et plus largement le secteur de la publicité. Ce même Groupe considère que ce secteur peut jouer un rôle positif dans l'évolution des normes sociales en influençant les perceptions et les comportements qu'ont les individus de leur poids, de leur alimentation, de leur pratique d'activité physique et de leur santé (p. ex., publicité sur la nourriture, les restaurants, les produits amaigrissants).

Milieu familial et individus

Les familles et les parents ont un rôle important à jouer dans l'acquisition et le maintien de saines habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique chez les jeunes, et plus particulièrement chez les enfants en bas âge. En effet, ces habitudes s'acquièrent dès les premiers mois de la vie, dans le milieu familial. Les parents sont donc les premiers à pouvoir intervenir. Une saine alimentation durant la grossesse et l'allaitement maternel sont également essentiels (Lachance et collab., 2006). **N.B.** Dans le cadre du projet CFM, nous entendons par « *interventions auprès du milieu familial et des individus* », les interventions touchant directement les familles et les individus, telles que les activités d'information, d'éducation ou de sensibilisation, à la différence des interventions touchant les environnements et n'atteignant qu'indirectement les familles et les individus (p. ex., construction de pistes cyclables).

Devant l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, de l'embonpoint et de l'obésité, le Québec a déployé de nombreux efforts au cours des dernières années. Alors que le Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids est arrivé à son terme en 2012, que le partenariat de Québec en Forme arrive à échéance en 2017 et qu'un nouveau Programme national de santé publique (PNSP) est en préparation, nous nous trouvons à un moment charnière. *Comment le Québec pourrait-il faire mieux ?* est la question fondamentale que se posent actuellement de nombreux intervenants et experts.

Pour tenter d'éclairer les décideurs et les parties prenantes, une démarche d'analyse systématique et de réflexion a été proposée conjointement par la Plateforme d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le projet « COMMENT FAIRE MIEUX ? » (CFM) visait à dresser un portrait macroscopique de l'*Expérience québécoise* en promotion des saines habitudes alimentaires, de l'activité physique et en prévention de l'obésité (2006-2014), et à le comparer à ce qui est recommandé dans les écrits scientifiques et par des organisations de réputation internationale. Les conclusions de cette analyse ont été discutées lors d'un forum délibératif réunissant des acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'*Expérience québécoise* ainsi que des experts dans le domaine de la prévention de l'obésité et des maladies chroniques.

Ces travaux ont permis de faire émerger « 50 pistes pour faire mieux ». Nous mettons l'accent sur 12 d'entre elles qui apparaissent incontournables à la lumière des travaux scientifiques et des particularités propres au contexte québécois.



CENTRE DE RECHERCHE
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



UNIVERSITÉ
LAVAL

ISBN 978-2-923250-48-9



9 782923 250489