



**AGIR
ENSEMBLE**
POUR PRÉVENIR LES
PROBLÈMES
LIÉS AU POIDS

GUIDE POUR LES INTERVENANTS DE SANTÉ PUBLIQUE

Optimiser nos pratiques
Réduire les inégalités sociales de santé
Promouvoir le développement durable

2013

Québec 

AGIR ENSEMBLE POUR PRÉVENIR LES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS

GUIDE POUR LES INTERVENANTS DE SANTÉ PUBLIQUE

Optimiser nos pratiques
Réduire les inégalités sociales de santé
Promouvoir le développement durable

AUTEURES

Pascale Bergeron, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Mélani Alberto, chargée de mission Évaluation, chef de projet transverse nutrition
Agence régionale de santé Île-de-France

Alexandra Auclair, chargée de mission pour l'éducation en santé
Institut national de prévention et d'éducation à la santé, France

Nathalie Sasseville, chercheuse d'établissement
Direction du développement des individus et des communautés, Réseau québécois des villes et villages en santé,
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Évelyne Baillon-Javon, directrice, pôle Prévention et
Promotion de la santé, Agence régionale de santé Île-
de-France

Alain Carrier, directeur adjoint, Direction de santé
publique, Agence de la santé et des services sociaux de
Laval

Johanne Laguë, chef d'unité scientifique, Direction du
développement des individus et des communautés,
Institut national de santé publique du Québec

Lucie Lapierre, responsable de l'innovation, Québec en
Forme

Lyne Mongeau, responsable du Plan d'action
gouvernemental de promotion de saines habitudes de
vie et de prévention des problèmes reliés au poids,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie Pirlet, adjointe du Directeur du pôle Démocratie
sanitaire, Direction de la Démocratie sanitaire, de la
Communication et des Affaires publiques

Hélène Valentini, coordonnatrice à la collaboration
internationale, Vice-présidence aux affaires
scientifiques, Institut national de santé publique du
Québec

MISE EN PAGE

Hélène Fillion, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

En même temps que ce document, paraît une brochure synthèse destinée aux décideurs régionaux ou locaux.



Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-69332-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

RÉSUMÉ

Ce document a été élaboré dans le cadre des travaux de la 63^e Commission permanente de coopération franco-québécoise qui a réuni des partenaires français, l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, et québécois, l'Institut national de santé publique du Québec, le Réseau québécois de Villes et Villages en santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec en Forme ainsi que l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Il s'adresse aux intervenants de santé publique qui travaillent en collaboration avec des partenaires de divers secteurs (municipal/territorial, scolaire, associatif, etc.) pour promouvoir de saines habitudes de vie (pratique d'activité physique et saine alimentation) dans tous les milieux de vie. Il rappelle que plusieurs déterminants jouent en faveur ou défaveur de l'adoption d'habitudes de vie saines et montre qu'agir sur ceux-ci rejoint non seulement les préoccupations liées à la prévention des problèmes liés au poids, mais également celles de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et la promotion du développement durable. Il met de l'avant de nouvelles perspectives stratégiques pour agir sur les problèmes liés au poids et montre comment une meilleure intégration des diverses politiques et stratégies constitue une voie d'action réaliste et prometteuse.

Le présent document soutient les intervenants en proposant des stratégies et des cibles d'interventions prometteuses pour prévenir les problèmes liés au poids, dans une approche globale et partenariale. Ces stratégies, qui devraient orienter la façon dont les interventions sont développées et mises en œuvre, sont la participation citoyenne, l'action intersectorielle et à différents niveaux décisionnels, les interventions ciblées dans un cadre d'universalité et l'action pour soutenir le développement des enfants. Également, plusieurs cibles d'action dans les milieux scolaire et municipal/territorial sont proposées pour prendre en compte le développement durable et la lutte aux inégalités sociales de santé dans les actions de prévention des problèmes liés au poids. Divers outils, comme les outils d'aide à la réflexion sur les inégalités sociales et territoriales de santé et sur le développement durable, ainsi que les évaluations d'impact sur la santé sont également présentés.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 PRÉVENTION DES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS, INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DURABLE - DES PRÉOCCUPATIONS CONVERGENTES.....	3
1.1 La toile causale des problèmes liés au poids	3
1.2 Des inégalités liées au poids	5
1.3 Les déterminants des problèmes liés au poids au cœur du développement durable.....	7
2 COMMENT PRENDRE EN COMPTE LE DÉVELOPPEMENT DURABLE ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS? STRATÉGIES ET CIBLES D’ACTION PROMETTEUSES	9
2.1 Quatre stratégies prometteuses	9
2.1.1 Renforcer la capacité d’agir et la participation citoyenne	9
2.1.2 Favoriser l’action intersectorielle et les interventions à différents niveaux décisionnels	10
2.1.3 Mettre en place des interventions ciblées dans un cadre d’universalité	11
2.1.4 Agir pour soutenir le développement des enfants.....	12
2.2 Des cibles d’actions prometteuses	14
2.2.1 Des cibles d’action dans le milieu scolaire.....	14
2.2.2 Des cibles d’action dans le milieu municipal ou les collectivités territoriales	17
3 DES OUTILS ET RÉFÉRENCES POUR ALLER PLUS LOIN	21
3.1 Une liste de vérification pour la prise en compte du développement durable et des inégalités sociales de santé dans les interventions liées au poids	21
3.2 Des outils d’aide à la réflexion en lien avec les inégalités sociales de santé	22
3.3 Des outils pour un développement durable	24
3.4 Les évaluations d’impact sur la santé (ÉIS) : des outils intégrateurs	24
CONCLUSION	27
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
ANNEXE 1 CADRE CONCEPTUEL DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE POIDS (ADAPTÉ DE FRIEL ET COLLABORATEURS, 2007).....	35
ANNEXE 2 EXEMPLES D’INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR LES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS SELON LEUR APPROCHE POUR RÉDUIRE LES ISS (ADAPTÉ DE BAMBRA ET COLLABORATEURS, 2012)	39
ANNEXE 3 GRILLE D’IDENTIFICATION D’IMPACTS SUR LA SANTÉ, LA QUALITÉ DE VIE ET LES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS - PROJETS MENÉS DANS D’AUTRES DOMAINES QUE LA SANTÉ	43

INTRODUCTION

L'épidémie d'obésité qui affecte nos sociétés est un phénomène inquiétant qui a des conséquences graves sur la santé et la qualité de vie de nos populations ainsi que sur l'état des finances publiques. Bien qu'elle concerne l'ensemble de la population, elle touche souvent de façon plus marquée les personnes les plus défavorisées⁽¹⁻²⁾.

Parallèlement à cette situation, la préoccupation excessive à l'égard du poids est tout aussi alarmante. Elle touche un public de plus en plus jeune et implique, elle aussi, des conséquences importantes sur la santé physique et mentale des personnes qui en souffrent.

On parle de **préoccupation excessive à l'égard du poids** dans le cas où une personne qui, ayant ou non un surplus de poids, en est à ce point préoccupée que cela porte atteinte à sa santé physique et mentale⁽³⁾.

Les problèmes liés au poids¹ ont des causes multiples et complexes. Pour agir efficacement, des politiques globales doivent être adoptées, visant l'ensemble des déterminants se conjuguant en faveur ou défaveur de l'adoption d'habitudes de vie saines (mode de vie physiquement actif et alimentation saine). Plusieurs de ces déterminants sont communs à d'autres grands enjeux de société, notamment le développement durable et les inégalités sociales et territoriales de santé.

Tous les niveaux décisionnels sont concernés : locaux, régionaux, nationaux et même internationaux ainsi que de nombreux acteurs clés d'horizons très différents : l'urbanisme, l'agroalimentaire, le travail, le socioculturel, la santé, etc.

Il s'agit de dépasser les logiques de cloisonnement pour donner un sens concret aux termes de partenariat, d'ouverture et de travail en réseau. Cela consiste à se doter d'objectifs communs et à rendre convergentes et complémentaires les différentes stratégies déployées afin d'éviter la juxtaposition des politiques publiques et des dispositifs qui en découlent. Par une action plus collaborative, des améliorations peuvent être apportées dans une meilleure compréhension des rôles de chacun et par le développement d'actions coordonnées.

Une intégration des politiques et stratégies d'action est non seulement souhaitable et réaliste mais constitue une voie prometteuse pour agir sur différentes problématiques dont celle du poids.

1 L'expression « problèmes reliés au poids » réfère au double problème de l'excès de poids et du désir omniprésent de minceur.

Le présent document s'adresse aux intervenants de santé publique qui travaillent en collaboration avec des partenaires de divers secteurs (municipal/territorial, scolaire, associatif, etc.) pour prévenir les problèmes liés au poids et promouvoir de saines habitudes de vie dans tous les milieux de vie. Il vise principalement à :

- Soutenir les acteurs en proposant des stratégies et des cibles d'intervention prometteuses pour prévenir les problèmes liés au poids, dans une approche globale et partenariale.
- Montrer que l'action sur les déterminants des problèmes liés au poids rejoint les préoccupations du développement durable et celles de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

1 PRÉVENTION DES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS, INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DURABLE - DES PRÉOCCUPATIONS CONVERGENTES

1.1 LA TOILE CAUSALE DES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS

Les problèmes liés au poids ne peuvent être réduits à la simple responsabilité individuelle. En fait, leurs causes sont beaucoup plus complexes et nombreuses. L'effet cumulatif des multiples transformations dans nos sociétés a entraîné les individus dans un mode de vie plus sédentaire et dans une modification profonde des habitudes alimentaires. Par ailleurs, l'environnement dans lequel on vit impose des modèles physiques difficiles à atteindre. Ainsi, au-delà du choix des personnes, notre environnement moderne ne facilite pas les choix favorables au maintien de poids, à l'alimentation saine ou à un mode de vie physiquement actif.

Un **environnement favorable** à l'alimentation saine, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids désigne 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. Ces éléments doivent être considérés dans leur réalité objective ou perçue, ainsi que dans la complexité de leurs interrelations⁽⁴⁾.

La toile causale des problèmes liés au poids, représentée à la figure 1⁽⁵⁾, illustre clairement l'interaction entre les différents déterminants, à la fois individuels et collectifs. Le modèle distingue quatre niveaux de facteurs en jeu dans le développement des problèmes reliés au poids depuis les aspects internationaux jusqu'aux facteurs nationaux et régionaux en passant par les influences locales et les facteurs individuels. Par ailleurs, la représentation des divers facteurs nationaux et régionaux en termes de *politiques sectorielles* permet de mieux identifier les acteurs concernés et favorise une lecture de la toile causale en matière de partage de responsabilités.

Prenons l'exemple de l'activité physique. Au cours des dernières décennies, les dépenses énergétiques attribuables au niveau d'activité physique de la population ont diminué. Des changements liés à l'industrialisation, à la mécanisation, aux moyens de communication, ont bouleversé les modes de vie conduisant à l'augmentation des comportements sédentaires dans les activités domestiques, scolaires et professionnelles. La participation aux activités physiques est rendue difficile par un certain nombre de facteurs urbains, notamment la densité du trafic routier, l'usage massif des transports motorisés, la mauvaise qualité de l'air et le manque d'espaces publics et d'installations sportives/de loisirs sécurisés. Pour plusieurs, il n'est souvent pas possible d'être physiquement actif au quotidien à moins d'une motivation et d'efforts importants. S'ajoute également le développement de loisirs qui nécessitent eux aussi une faible dépense énergétique (télévision, jeux vidéo, etc.).

Tous ces facteurs constituent autant de points d'intervention possibles pour lutter contre les problèmes liés au poids. Afin de les réduire efficacement, il ne suffit pas d'inciter les individus à changer leurs comportements, il faut aussi leur offrir des environnements qui rendent possibles ces changements. Puisque les causes des problèmes liés au poids se trouvent (aussi) dans les environnements, modifier ceux-ci constitue une priorité.

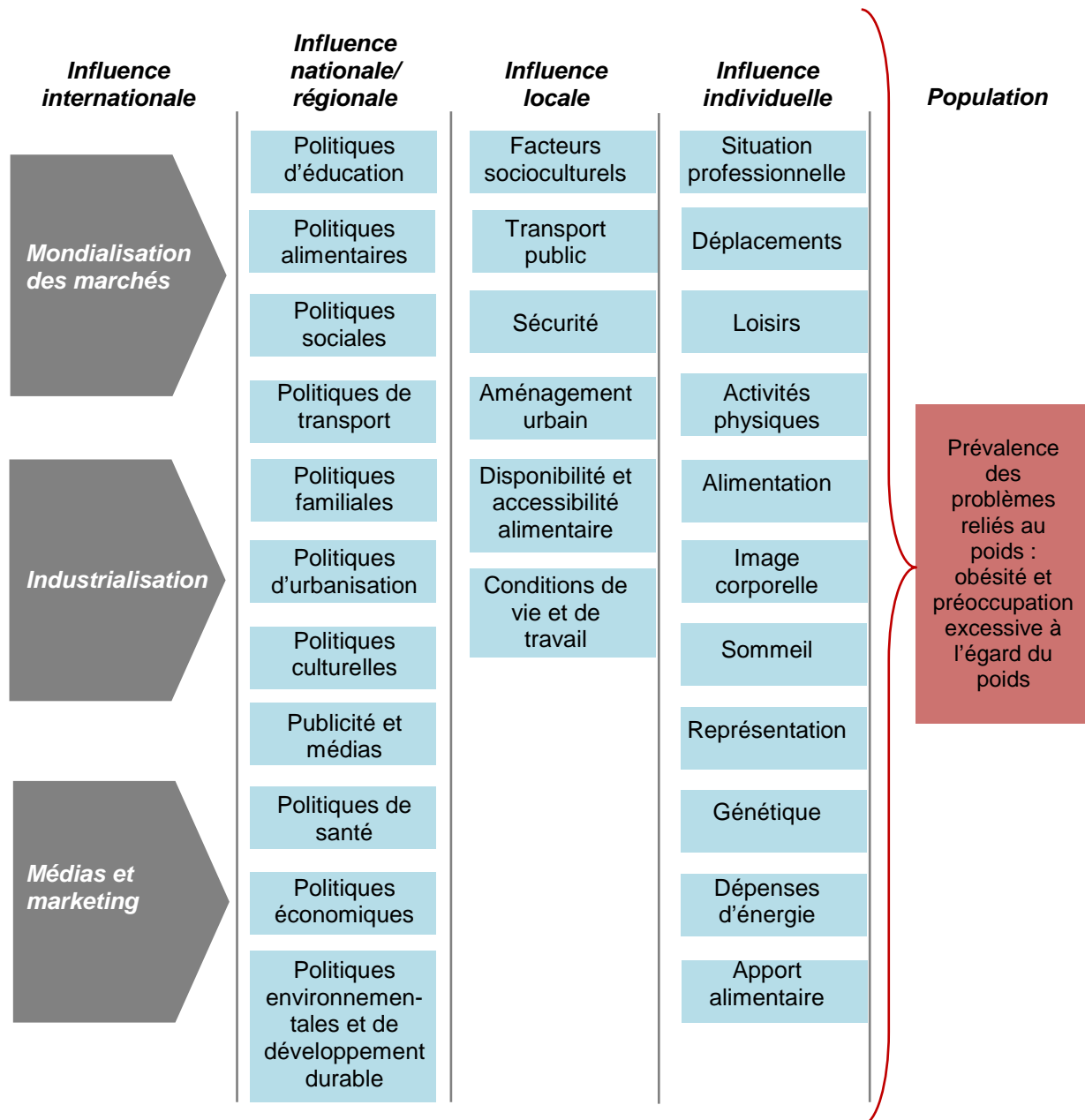


Figure 1 Toile causale des facteurs influençant les problèmes liés au poids

1.2 DES INÉGALITÉS LIÉES AU POIDS

Les déterminants du poids ne se distribuent pas uniformément à travers les groupes sociaux et les territoires (voir annexe 1). Par conséquent, la prévalence des problèmes liés au poids peut ne pas avoir la même intensité dans les différentes strates de la société et ainsi affecter davantage les populations plus défavorisées⁽¹⁾⁽²⁾.

Les **inégalités sociales de santé** font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. Elles se distinguent de la précarité, qui elle fait référence aux groupes les plus vulnérables, et ne se réduisent pas à la question de la pauvreté. Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine de la santé, les inégalités existant entre les groupes sociaux. Elles concernent toute la population selon un gradient social.

La notion de **gradient social** fait référence au lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. La santé est répartie selon un gradient où les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux populations les plus défavorisées.

Quelques chiffres

En France

Selon l'enquête nationale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la prévalence du surpoids (y compris l'obésité) a reculé de 16 % entre 2000 et 2006 chez les jeunes enfants. Cependant, cette baisse a été moins forte pour les enfants issus des milieux défavorisés et pour ceux qui sont scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP), conduisant à un creusement des inégalités sociales. L'enquête montre que la prévalence du surpoids et de l'obésité est moins élevée chez les enfants dont le père est cadre que parmi les enfants d'ouvriers, ce qui reflète des différences d'habitudes de vie (alimentation, sédentarité) déjà marquées à cet âge.

L'enquête Obépi 2012, (plus récente mais axée sur des données déclaratives) montre que l'augmentation de la prévalence de l'obésité a touché entre 1997 et 2012 toutes les catégories de revenus ou d'éducation, même si elle a été moins nette dans les catégories supérieures. Un ralentissement de la progression de la prévalence de l'obésité s'observe dans toutes les catégories sociales. Cependant, d'importantes différences persistent entre les catégories socioprofessionnelles.

Les résultats de l'étude INCA 2 (étude Individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires) 2006-2007 montrent également des disparités géographiques. Un gradient significatif de l'obésité entre le nord et le sud du pays est observé, avec des prévalences plus élevées au nord.

Au Québec

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010 (ESCC) montre que 16,4 % des adultes québécois sont obèses et que cette proportion est toujours en progression (données déclarées par les répondants). La proportion de gens obèses est plus élevée chez les populations défavorisées et moins éduquées et ceci particulièrement chez les femmes⁽⁶⁾. Les résultats montrent également des disparités géographiques dans la prévalence de l'obésité même s'il importe de noter qu'elle a progressé dans tous les milieux depuis les vingt dernières années. Celle-ci est en effet plus importante en milieu rural (19,2 %) qu'urbain (15,8 %) ainsi que dans les secteurs plus défavorisés matériellement (19,1 %) par rapport aux plus favorisés (13,2 %)⁽⁶⁾.

Selon l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, la prévalence du surpoids (y compris l'obésité), qui s'élève à 21 % (données déclarées par les répondants), est plus élevée chez ceux dont les parents n'ont pas de diplôme d'étude secondaire par rapport à ceux dont les parents ont atteint un plus haut niveau de scolarité⁽⁷⁾.

Les résultats de l'EQSJS montrent qu'environ la moitié des élèves du secondaire (tant les garçons que les filles) ne sont pas satisfaits de leur apparence, plusieurs filles désirant des silhouettes plus minces et les garçons des silhouettes plus fortes. Ce serait même environ 43 % des jeunes qui ont un poids normal qui désireraient avoir un autre type de silhouette (plus mince ou plus forte). De plus, 71 % des jeunes déclarent « faire quelque chose » par rapport à leur poids, c'est-à-dire qu'ils essaient d'en perdre ou de le contrôler ou encore d'en gagner⁽⁷⁾.

1.3 LES DÉTERMINANTS DES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS AU CŒUR DU DÉVELOPPEMENT DURABLE

La notion de développement durable est aujourd'hui encore mal connue. Sa portée est souvent limitée aux enjeux environnementaux qui y sont associés, alors même qu'au cœur de ses textes fondateurs on retrouve également les principes du bien-être humain, de la prévention, de la précaution, de l'équité ainsi qu'une perspective à long terme.

Le développement durable est un développement qui s'efforce de répondre aux besoins des générations présentes, à commencer par les plus démunis, sans compromettre la capacité des **générations futures à répondre aux leurs**.

Le **développement** est un processus conduisant à l'amélioration du bien-être des humains. L'activité économique et le bien-être matériel demeurent essentiels, mais la santé, l'éducation, la préservation de l'environnement, l'intégrité culturelle par exemple le sont tout autant. L'adjectif **durable** insiste sur la notion de temps. Il s'agit de promouvoir une amélioration sur le long terme du bien-être de tous.

Le développement durable assure le bien-être de la personne humaine en intégrant le développement social, le développement économique, la conservation et la protection de l'environnement. À ces trois piliers s'ajoute un enjeu transversal, indispensable à la définition et à la mise en œuvre de politiques et d'actions relatives au développement durable : la gouvernance, qui consiste en la participation active de tous les acteurs (citoyens, entreprises, associations, élus...) au processus de décision.

À la page suivante, la figure 2 illustre que les déterminants des problèmes liés au poids et les trois piliers du développement durable sont étroitement associés. Les facteurs qui causent les problèmes liés au poids sont souvent en lien avec des modes non viables de développement, comme les inégalités sociales persistantes, la dégradation des ressources et de l'environnement.

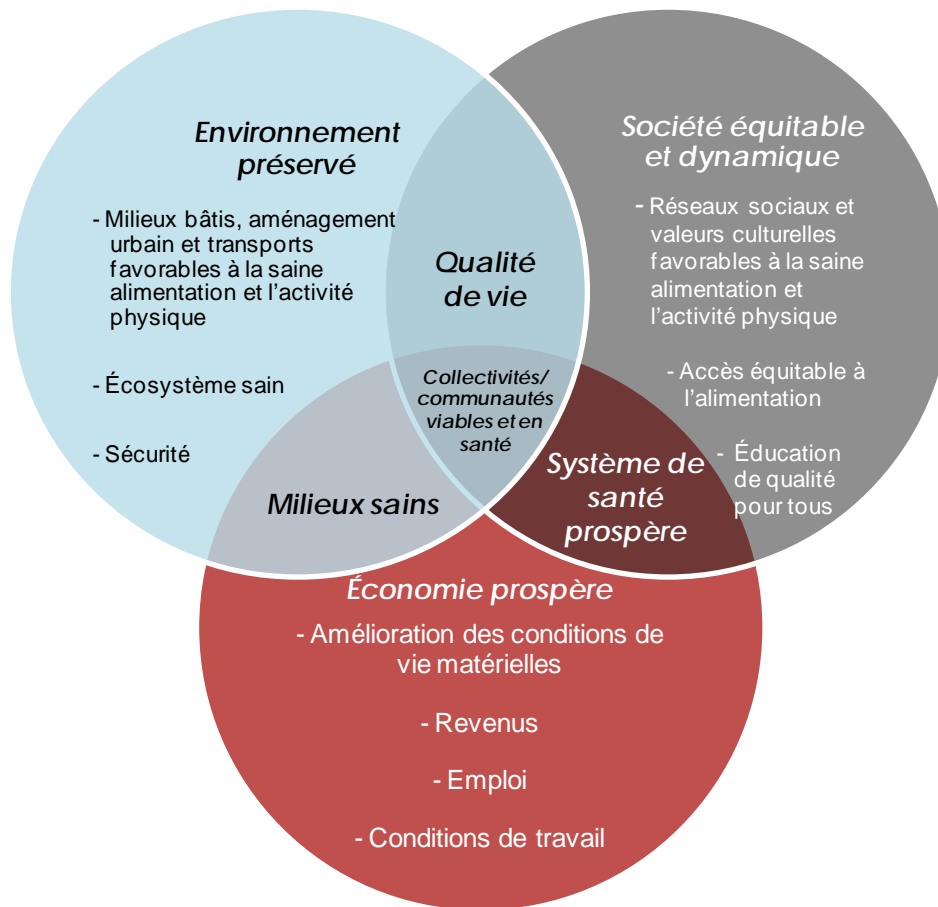


Figure 2 Relation entre les déterminants des problèmes liés au poids et les piliers du développement durable

Agir pour prévenir les problèmes liés au poids et pour promouvoir le développement durable, implique des démarches analogues et indissociables, nécessairement globales, partenariales et participatives. L'un et l'autre nourrissent une même finalité : créer des collectivités viables, équitables et en santé.

2 COMMENT PRENDRE EN COMPTE LE DÉVELOPPEMENT DURABLE ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS? STRATÉGIES ET CIBLES D’ACTION PROMETTEUSES

Dans la présente section, on propose des moyens pour tenir compte du développement durable et de la lutte aux inégalités sociales de santé dans les actions de prévention des problèmes liés au poids et de promotion de saines habitudes de vie. Plus spécifiquement, quatre stratégies prometteuses sont présentées ainsi que des cibles d'action dans deux milieux spécifiques, le milieu scolaire et municipal\ territorial. Également, des outils et des références pour aller plus loin sont proposés.

2.1 QUATRE STRATÉGIES PROMETTEUSES

Quatre stratégies prometteuses pour agir sur les problèmes liés au poids dans une optique de développement durable et de réduction des inégalités sociales de santé ont été identifiées : 1) renforcer la capacité d'agir et la participation citoyenne; 2) favoriser l'action intersectorielle et les actions à différents niveaux décisionnels; 3) mettre en place des interventions ciblées dans un cadre d'universalité et 4) agir pour soutenir le développement des enfants. Ces stratégies devraient orienter la façon dont les interventions sont développées et mises en œuvre.

2.1.1 Renforcer la capacité d'agir et la participation citoyenne

Il est nécessaire de donner les moyens d'agir à tous les groupes de la société en les associant de façon équitable à la prise de décisions et en instaurant un cadre de participation sociale. La participation citoyenne permet de renforcer la capacité d'agir des populations et d'adapter les interventions entreprises aux besoins et contextes locaux. Il s'agit de faire en sorte que les compétences, les savoirs de chacun, soient reconnus et associés au débat et à la recherche de solutions afin que chacun soit en situation d'être acteur des transformations de la société. Voici des actions qui peuvent être mises de l'avant pour que tous, peu importe leur position sociale, puissent influencer la prise de décision :

- Favoriser le développement des compétences par la connaissance et la reconnaissance des forces du milieu et de ses membres, l'accès à la formation, le renforcement de la confiance et des savoir-faire en matière d'action collective;
- Identifier des animateurs, des leaders, ou des projets dans lesquels les gens se reconnaissent sur le territoire et dans les milieux de vie;
- Prévoir des lieux ou des occasions variées et flexibles pour permettre aux personnes de parler, de décider, d'être informées et de se mettre en action;
- Adopter un langage adapté et rendre l'information disponible et compréhensible pour divers groupes;
- Favoriser la communication positive, l'expression de points de vue divergents, l'accès et la circulation libre de l'information ainsi que la transparence;

- Mettre en place des mécanismes qui favorisent l'accessibilité aux activités et initiatives : horaires, transports, etc.

2.1.2 Favoriser l'action intersectorielle et les interventions à différents niveaux décisionnels

L'action intersectorielle est essentielle car bien des leviers pour solutionner les problèmes liés au poids, favoriser la réduction des inégalités sociales de santé et promouvoir le développement durable se trouvent en dehors du secteur de la santé. Par ailleurs, les interventions axées sur une seule stratégie (par exemple le développement de compétences individuelles) ont un impact limité sur des problèmes aussi complexes. Elles doivent être impérativement combinées à des actions agissant sur d'autres déterminants sociaux de la santé. L'une des façons d'y parvenir est par l'adoption de politiques publiques favorables à la santé (lois, règlements, programmes etc.) dans tous les secteurs touchant directement ou indirectement à la santé et au bien-être des populations (transport, emploi, éducation, logement, alimentation etc.). Par conséquent, l'enjeu consiste à faire en sorte que les divers partenaires travaillent ensemble en vue d'atteindre un objectif commun, et ce, malgré leurs différents mandats et objectifs, et parfois l'extrême diversité de leur vision, de leurs priorités, de leurs valeurs, de leurs structures organisationnelles et de leur culture.

Autrement dit, la mobilisation d'autres acteurs clés — du milieu municipal, de l'environnement et des transports, de l'urbanisme, du secteur privé, du secteur scolaire, etc. — et la coordination des actions déployées seront des facteurs de succès. Tel que montré à la figure 3⁽⁵⁾, le partage des responsabilités et la complémentarité dans les actions sont essentielles. Voici des actions qui peuvent être mises de l'avant :

- Mobiliser tous les partenaires essentiels pour bien comprendre le problème et concevoir des solutions adéquates et adaptées au territoire, au milieu de vie, et à la population;
- Se doter d'espace et de lieux pour se concerter en prenant soin d'identifier la capacité d'influence des acteurs en fonction de leur champ de compétence, des ressources et leviers d'actions dont ils disposent;
- Définir un objectif suffisamment global, rassembleur et ambitieux, pour que chaque partenaire puisse remplir son mandat tout en contribuant aux intérêts collectifs;
- Partager entre les acteurs une vision commune des déterminants sociaux de la santé : éviter d'agir uniquement sur les déterminants individuels, mais inclure aussi des actions sur les déterminants sociaux, environnementaux, économiques;
- S'assurer qu'il existe des liens entre les différents niveaux décisionnels (national, régional, local) et les différents secteurs;
- Définir les rôles et responsabilités de chacun des acteurs impliqués.



Figure 3 Partage des responsabilités

2.1.3 Mettre en place des interventions ciblées dans un cadre d'universalité

Puisque l'épidémie d'obésité touche l'ensemble de la société et tous les groupes sociaux, elle nécessite une intervention universelle. Cependant, les personnes qui profitent souvent le plus des interventions de prévention sont celles qui disposent de plus d'argent, de plus de soutien social et qui sont davantage instruites. Dans certains cas, les interventions universelles, peuvent creuser les inégalités sociales de santé en améliorant davantage la santé des personnes plus favorisées. Il serait donc bénéfique pour certains sous-groupes de la population d'être mieux rejoints par des actions plus ciblées. Ainsi, pour réduire les écarts il est nécessaire de combiner des approches universelles et des actions ciblant des sous-groupes prioritaires (voir annexe 2). Voici quelques pistes qui peuvent être prises en compte :

- Identifier les groupes prioritaires au regard des inégalités sociales de santé;
- Documenter avec précision les groupes prioritaires concernés par la problématique (âge, sexe, formation, revenus, environnement culturel, zone de résidence, etc.);
- Identifier les besoins d'intervention particuliers des groupes prioritaires.

2.1.4 Agir pour soutenir le développement des enfants

Les expériences vécues pendant l'enfance se répercutent sur le développement physique, social, émotionnel et cognitif et peuvent donc influencer sur la réussite scolaire, économique, sociale ainsi que la santé. Investir dans le développement des enfants est un puissant moyen pour atteindre l'équité en permettant à un plus grand nombre d'entre eux de devenir des adultes en bonne santé, pouvant apporter une contribution positive à la société, tant socialement qu'économiquement⁽²⁴⁾.

Des outils et références complémentaires concernant les diverses stratégies proposées

- Un *outil diagnostique de l'action en partenariat* a été développé au Québec pour alimenter une réflexion constructive pour tous les organismes membres d'un partenariat <http://www.rgvvs.qc.ca/documents/file/diagnostique-action-partenariat.pdf>
- Le site de l'organisation québécoise *Communagir* fournit plusieurs informations sur la mobilisation et le développement des communautés : <http://www.communagir.org/>
- Le document *Démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en* a été conçu par le Centre de collaboration nationale des déterminants de santé au Canada. Il porte sur les démarches employées dans les organismes de santé publique pour combler l'écart entre les personnes les plus et les moins en santé et pour réduire les disparités observées le long du gradient socioéconomique. <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-universal-and-targeted-approaches>
- Le guide d'autoévaluation *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé?* vise à permettre à chaque association de réaliser volontairement une autoévaluation de ses actions. La recherche de la qualité est un objectif largement partagé par l'ensemble des acteurs en promotion de la santé et nécessite de s'appuyer sur des méthodes structurées et des outils communs. <http://www.inpes.fr/guide-autoevaluation-qualite/guide.asp>
- *Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*
Le modèle de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention a été développé par Promotion Santé Suisse en collaboration avec les instituts de médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne¹. Ce modèle permet d'évaluer les résultats obtenus par des projets de promotion de la santé et de prévention. Il peut servir de manière plus générale à faire l'analyse d'une situation, à planifier une intervention et à évaluer un projet. http://www.inpes.fr/outils_methodo/categorisation/index.asp

Attention à la stigmatisation

Le risque de stigmatisation est bien réel lorsqu'il est question de prévention du surpoids, d'autant plus lorsqu'on traite également d'inégalités sociales, de populations défavorisées et/ou de territoires prioritaires. Dans nos sociétés, des attitudes, des croyances, et des préjugés négatifs envers les gens en surpoids sont de plus en plus répandus et auraient crû au même rythme que la prévalence du surpoids⁽⁸⁻¹⁰⁾. Fréquemment, les individus en surpoids sont blâmés et tenus responsables pour leur condition et ceci tant dans la société en générale⁽¹¹⁾ ⁽¹⁰⁾ que dans les médias⁽¹²⁾ et même de la part de professionnels de la santé⁽⁸⁾.

La stigmatisation à l'égard du poids est préoccupante et entraîne des conséquences néfastes sur la santé des gens qui en sont victimes. Cette stigmatisation a été associée à des troubles psychosociaux importants (dépression, stress, troubles alimentaires, faible estime de soi, insatisfaction de son image corporelle) ainsi qu'à d'autres problèmes de santé comme le risque accru de maladies cardiovasculaires (indépendamment du risque lié au surpoids en soi)⁽⁸⁾⁽¹³⁾. Également, la stigmatisation pourrait mener à des inégalités sociales de santé au même titre que le statut socioéconomique et devrait donc être considérée comme un déterminant social de la santé selon certains chercheurs⁽¹⁴⁾.

Afin de limiter les risques de stigmatisation, des recommandations figurent dans les écrits scientifiques et concernent tout programme ou action, qui émanent du secteur de la santé ou d'autres secteurs :

- **Miser sur l'adoption de meilleures habitudes de vie (alimentation saine et pratique d'activité physique) ainsi que sur l'amélioration de la santé et du bien-être pour tous plutôt que sur la perte de poids**⁽¹²⁻¹³⁾. En effet, des bénéfices peuvent être escomptés pour tout le monde à avoir de meilleures habitudes de vie, peu importe le poids.
- **Prêter attention aux termes utilisés tant dans les programmes que les campagnes et les médias et aborder la question des personnes en surpoids avec respect.** Les messages les plus motivants et ceux qui limitent la stigmatisation sont axés sur l'adoption de saines habitudes de vie, sans référence à la nécessité de perdre du poids. Ces messages évitent le terme *obésité*, ne visent pas à culpabiliser les gens et visent plutôt à encourager la *capacité d'agir* des individus et des populations⁽⁹⁾ ⁽¹⁵⁾.
- **Renforcer le message que le phénomène d'excès de poids est un problème complexe et multifactoriel.** Il vaut mieux renseigner et informer davantage les gens sur les causes environnementales et sociales de l'excès de poids car plusieurs l'attribuent encore à des causes purement individuelles⁽¹⁰⁻¹²⁾.
- **Créer des environnements favorables à l'adoption d'habitudes de vie saines pour tous.** Les connaissances scientifiques actuelles soutiennent que les problèmes de poids sont causés notamment par des environnements physiques, socioculturels, économiques et politiques souvent défavorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie. La création d'environnements et politiques plus favorables peut également limiter la stigmatisation car elle vise tous les individus et est profitable à tous, peu importe leur poids^(12,13,16).

- **Travailler avec des représentants des différents groupes visés pour mieux intégrer dans la réflexion leurs contraintes et attentes, sans partir de représentations biaisées ou préconçues**⁽¹⁶⁾. Prendre en compte les conditions et habitudes de vie des populations c'est aussi en anticiper dans un projet les risques et les opportunités pour chacun des groupes sociaux (selon leur genre, leur âge, leur niveau de revenu, leur niveau d'étude, leurs contraintes de vie).

Références complémentaires

- L'Institut national de santé publique du Québec a développé un outil d'aide à la réflexion pour évaluer le risque de stigmatisation qu'un programme comporte http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1637_DimensionEthiqueStigmatisation_OutilAideReflexion.pdf
- Inégalités sociales et discriminations : la pochette pédagogique http://pmb.santenpdc.org/opac_css/index.php?css=mw&lvl=notice_display&id=48165

2.2 DES CIBLES D' ACTIONS PROMETTEUSES

Des cibles d'actions convergentes pour promouvoir des habitudes de vie saines, réduire les inégalités sociales de santé et promouvoir le développement durable se retrouvent dans plusieurs milieux de vie (quartier, école, milieu de travail, etc.). Les milieux scolaires et municipaux/territoriaux offrent plusieurs opportunités d'actions reconnues par la communauté scientifique, en plus de permettre l'engagement d'une multitude d'acteurs clés dans la prévention des problèmes liés au poids. Ils offrent donc la possibilité de développer des partenariats riches et diversifiés avec les intervenants de santé publique. Plusieurs cibles d'action, touchant différents déterminants sociaux et environnementaux liés à la prévention des problèmes liés au poids, au développement durable et à la réduction des inégalités sociales de santé ont été identifiées dans ces milieux.

2.2.1 Des cibles d'action dans le milieu scolaire

Le milieu scolaire est prioritaire car :

- Plusieurs actions de prévention des problèmes liés au poids en milieu scolaire ont été reconnues prometteuses par la communauté scientifique et ceci également pour les enfants plus démunis.
- L'école est un milieu de vie très important pour les jeunes qui permet de joindre l'ensemble des écoliers, même les plus défavorisés.
- Les interventions de promotion d'habitudes de vies saines s'inscrivent tout à fait dans la mission éducative de l'école, la santé et le bien-être étant fondamentales à la réussite scolaire et au développement de l'enfant.

Des actions prometteuses

- Améliorer l'offre alimentaire à la cafétéria/cantine et dans les distributeurs alimentaires pour réduire l'accès aux aliments gras, salés et sucrés pour tous.
- Implanter des politiques d'achats locaux pour instaurer ou renforcer des circuits courts d'approvisionnement tout en supportant l'économie locale.
- Assurer l'accessibilité financière aux aliments offerts en milieu scolaire pour tous les élèves (par exemple moduler les prix des repas à la cafétéria/cantine selon les revenus des parents).
- Mettre en place des mesures de soutien alimentaire dans les écoles situées en milieux défavorisés (par exemple, petit déjeuner offert à l'école à prix modique).
- Développer des ateliers de cuisine collective pour les jeunes et leurs parents lors d'activités parascolaires, en partenariat avec des organismes du milieu.
- Définir et implanter des stratégies pour éviter le gaspillage alimentaire à l'école.
- Instaurer un potager à l'école en collaboration avec des membres de la collectivité.
- Augmenter le nombre de classes d'activité physique par semaine (tout comme leur qualité) et assurer une offre d'activité variée pouvant plaire à tous, notamment aux filles.
- Augmenter la pratique d'activité physique lors des récréations en aménageant soigneusement les cours d'école, notamment en intégrant des zones d'ombre et de verdure.
- Promouvoir le transport actif sécuritaire des écoliers par des programmes qui favorisent l'implication des membres de la communauté (par exemple les pédibus).
- Favoriser le transport actif des jeunes vers l'école en localisant les nouvelles écoles près des quartiers résidentiels et en sécurisant les trajets menant vers les écoles en collaboration avec le service d'urbanisme de la ville. Installer des supports pour vélos en grand nombre autour des écoles.
- Assurer l'accès aux plateaux sportifs des écoles en dehors des heures de classe pour les membres de la collectivité et les différents organismes du milieu et ceci de façon prioritaire dans les zones défavorisées.
- Établir un climat scolaire respectueux qui contribue à promouvoir une image corporelle saine et diversifiée et qui favorise l'estime de soi.
- Appuyer la création de comités scolaires pour traiter des questions relatives à la promotion de la santé, dont la promotion d'habitudes de vie saines à l'école et la promotion du développement durable dont la composition inclut des représentants de tous les acteurs concernés (personnel scolaire, familles, personnel du service de garde etc.).

ICAPS, un programme efficace pour augmenter la pratique d'activité physique des jeunes

ICAPS, « intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité » est une intervention qui a été **reconnue efficace par l'OMS en 2009**. Elle a consisté à la mise en œuvre par différents partenaires du projet d'une série d'actions ciblant trois niveaux : l'enfant ou l'adolescent lui-même (ses connaissances, ses attitudes et ses motivations), son réseau de soutien social (famille, enseignants, éducateurs, animateurs... pour encourager les jeunes à augmenter leur niveau de pratique) et son environnement physique et organisationnel (pour le rendre favorable à la pratique d'activités physiques). La mise en place de ce type de projet repose sur un large partenariat et une coordination des différents acteurs concernés – communauté éducative, services de santé, collectivités territoriales, associations sportives ou de loisirs, associations de parents d'élèves, agences régionales de santé (ARS), directions régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DRJSCS), etc. – pour identifier les actions et ressources existantes et favoriser les synergies.

Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas d'implanter un nouveau projet ni donc de mobiliser de nouvelles ressources mais, bien plus, de **créer des liens et des complémentarités entre des actions existant déjà**. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a co-rédigé avec l'équipe ICAPS un guide d'aide à l'action pour aider les acteurs de terrain – élus, éducateurs, animateurs, enseignants – et les structures – associations, centres de loisirs, clubs et fédérations sportives, collectivités territoriales... – à construire et à mettre en œuvre une stratégie de promotion de l'activité physique des enfants et des jeunes fondée sur l'expérience ICAPS.

Témoignage de Nadine Canton, chef de service Jeunesse et sport, direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) de Auch, (France, Midi-Pyrénées)

En quoi consiste votre projet en quelques mots?

Le projet consiste à promouvoir sur le territoire l'activité physique et ses bienfaits en proposant des actions concernant différents publics (enfants, adultes, responsables de service sanitaire, éducatif, social, politique...). Avant même de créer de nouveaux projets, un état des lieux des actions déjà existantes a été effectué pour insérer les actions de prévention santé dans ce qui est déjà fait (travail de mutualisation et de communication important). Ainsi, la création de comité de pilotage est essentielle pour concevoir les projets. De plus, il y a une réflexion importante sur la mise en place de projets permettant d'utiliser des outils d'évaluation, ceci nous permet d'adapter les projets en fonction des retours obtenus, de diagnostiquer les territoires les plus démunis et connaître les facteurs clés de réussite d'un projet.

Quels sont les avantages et les inconvénients d'un projet de ce type selon vous?

Les avantages du projet de ce type sont de travailler en réseau, avec plusieurs partenaires de secteurs différents mais en définitive complémentaires, de mutualiser les idées, de lancer des actions en direction de différents publics en même temps pour une meilleure cohérence et un changement de comportement homogène, de proposer des projets qui puissent se greffer à des projets déjà existants, de réfléchir ensemble à des projets cohérents et répondant aux besoins via les comités de pilotage... »

Pour en savoir plus sur ICAPS : <http://www.inpes.sante.fr/icaps/>

2.2.2 Des cibles d'action dans le milieu municipal ou les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales et les municipalités sont essentielles car :

- Elles peuvent mettre en place des politiques d'urbanisme et d'aménagement du territoire ainsi que des politiques de transport favorables à la pratique d'activité physique.
- Elles peuvent utiliser divers outils d'urbanismes pour créer un environnement favorable à la saine alimentation, notamment pour favoriser l'accès à des commerces offrant des aliments nutritifs et à bons prix, situés à proximité des lieux de résidences et de travail.
- Elles sont responsables d'une grande partie de l'offre de cours d'activités physiques, une offre essentielle pour soutenir un mode de vie actif pour les citoyens de tous les groupes sociaux et de tous les âges.
- Elles sont responsables de la construction, de la gestion et de l'entretien de plusieurs infrastructures récréatives et sportives (piscines, parcs et terrains de jeux), essentielles à un mode de vie actif.
- Elles sont près du citoyen, donc susceptibles de pouvoir agir en fonction des véritables besoins des divers groupes, dont les plus vulnérables.

Des actions prometteuses

- Intégrer à l'aménagement du territoire le soutien aux déplacements actifs par la présence et l'entretien de trottoirs, de sentiers pédestres et de pistes cyclables. Soutenir également un développement qui regroupe les lieux de services, de résidences et de travail.
- Implanter des politiques de transport axées sur le développement des services de transport en commun. Penser à des solutions novatrices en milieu rural comme les *taxiBus*² ou encore des *taxiBus* spécifiquement pour les jeunes.
- Préserver un accès à coût moindre au transport en commun pour les résidents plus défavorisés.

2 Un taxibus est un service de transport collectif mis en place dans certaines régions (principalement rurales) où une compagnie privée de taxi en collaboration avec la municipalité offre un service où une voiture de taxi, que partagent plusieurs usagers, dessert un circuit prédéfini.

- Assurer une présence importante d'infrastructures récréatives et sportives (parcs, piscines, aires de jeux, clubs sportifs, etc.) bien aménagées, sécuritaires et répondant aux besoins de plusieurs groupes sociaux différents. Bien connecter ces infrastructures au réseau de transport en commun et au réseau cyclable et piéton.
- S'assurer que les bâtiments et services municipaux soient facilement accessibles pour les cyclistes et les piétons (support à vélo, aménagements pour piétons etc.).
- Augmenter la sécurité dans les quartiers par des mesures d'apaisement de la circulation routière et sécuriser les zones scolaires par divers aménagements favorisant le transport actif sécuritaire des écoliers.
- Inclure beaucoup d'îlots de fraîcheur et de verdure comme des parcs et espaces verts, dans les plans d'aménagement et de revitalisation du territoire.
- Porter une attention particulière aux quartiers plus défavorisés. En effet, l'environnement bâti présent dans ces zones pourrait être moins propice à l'adoption et au maintien d'habitudes de vie saines selon plusieurs écrits scientifiques. Cet environnement pourrait être moins sécuritaire (mesures d'apaisement de la circulation moins présentes et circulation routière plus dense, présence moindre d'éclairage, entretien déficient, etc.). Certaines études ont également montré une présence moins importante de parcs, d'espaces verts et d'infrastructures récréatives et sportives dans certains territoires défavorisés. L'offre alimentaire sur les territoires plus défavorisés ne serait pas non plus exemplaire. Il pourrait être davantage caractérisé par une présence massive de la restauration rapide tout comme l'abondance de dépanneurs/petites épiceries et offrir moins de commerces alimentaires vendant des produits sains, de qualité et à bon prix.
- Instaurer des politiques d'achats alimentaires locales pour les organismes municipaux afin de favoriser les circuits courts d'approvisionnement et dynamiser l'économie locale.
- Mettre à la disposition des citoyens une large gamme d'activités sportives, pouvant convenir aux citoyens de tous les groupes sociaux et de tous les âges.
- Offrir des plages horaires pour les activités facilitant la conciliation travail/famille/loisirs.
- Proposer des tarifs préférentiels pour favoriser l'inscription à des activités physiques à un coût plus abordable pour les moins nantis.
- Utiliser les divers outils d'urbanismes (comme les règlements de zonage) pour soutenir le développement de divers commerces d'alimentation offrant des produits sains, diversifiés et à bons prix situés près des lieux de travail et de résidences. Favoriser l'implantation de lieux de production et de distribution d'aliments locaux (marchés publics, potagers communautaires) tout comme l'accès à des aliments sains, de qualité et à bon prix dans tous les quartiers.
- Établir des mécanismes transparents de consultations publiques pour la mise en place de toutes politiques municipales pouvant toucher les divers déterminants sociaux et environnementaux de la santé et le développement durable.

Promouvoir les habitudes de vie saines de façon durable et équitable dans le milieu municipal

*La mondialisation de l'industrie agro-alimentaire est un exemple de **facteur international** qui contribue à l'épidémie d'obésité. La multitude d'accords qui fixent la réglementation internationale laisse peu de marge de manœuvre aux acteurs étatiques (p. ex. la capacité d'adopter des politiques favorables à la santé). Il faut aussi reconnaître que les aliments sains sont généralement accessibles à des coûts plus élevés, ce qui entraîne conséquemment des inégalités d'accès à une alimentation saine. La disponibilité et l'accès à une alimentation saine et de qualité constitue un enjeu majeur pour les pays industrialisés et fait partie intégrante des préoccupations liées au développement durable telles qu'énoncées par la convention de Rio de Janeiro au Brésil en 1992. À l'instar des États présents au Sommet mondial sur le développement durable de Johannesburg (2002), le Québec s'est doté d'une **politique nationale** de développement durable. Depuis, de nombreuses villes et municipalités ont emboîté le pas, par l'adoption de cadres stratégiques visant, entre autres, à rendre **disponible et accessible une alimentation saine**. Un exemple suit.*

En 2012, la ville québécoise de Rivière-du-Loup a entrepris un exercice de planification stratégique selon l'approche « *The Natural Step* ». Cela a permis de rassembler et de mutualiser des expertises et savoirs des membres de la collectivité pour proposer des solutions innovantes et adaptées au besoin du milieu, notamment en matière de disponibilité et d'accessibilité alimentaire. S'appuyant sur le concept d'éco-quartier, la ville souhaite rendre disponibles des logements sociaux/mixtes par l'hébergement d'organismes communautaires et l'implantation de commerces offrant des aliments sains. Suivant les principes de durabilité, la ville permettra d'offrir un toit à une population plus défavorisée sans toutefois les « ghettoïser ». L'originalité des mesures proposées par la ville de Rivière-du-Loup s'appuie sur le fait qu'elles contribueront à créer une synergie des actions et une convergence vers une plus grande accessibilité (physique et économique) à une alimentation saine. En effet, la proximité aux services et commerces jumelée à la cohabitation de ménages mieux nantis, favorisera une répartition équitable de la richesse permettant ainsi à la population de s'alimenter et de mieux s'intégrer sur le marché du travail. Voici quelques exemples d'actions retenues par la ville :

- Distribution de productions locales au sein des entreprises existantes (épiceries, restaurants, cafétérias);
- Émission d'une certification régionale pour les restaurants dont 20 % du menu proviendra de denrées locales et qui assureront la présence d'au moins 5 fruits ou 5 légumes produits localement;
- Renforcement des interventions déjà en cours et dissémination des projets à succès en matière de sécurité alimentaire;
- Contrôle de l'adéquation des services offerts afin qu'ils répondent aux besoins des plus démunis en matière d'accessibilité à une alimentation saine.

3 DES OUTILS ET RÉFÉRENCES POUR ALLER PLUS LOIN

Dans cette section, une *liste de vérification* est présentée pour faciliter la prise en compte des préoccupations liées au développement durable et à lutte contre les inégalités sociales de santé dans les différentes étapes d'une intervention de prévention des problèmes liés au poids. Par la suite, divers autres outils développés par des organismes reconnus sont présentés pour le lecteur désirant approfondir l'une ou l'autre de ces dimensions. Les évaluations d'impacts sur la santé (ÉIS), qui constituent un outil important pour l'intégration de ces diverses perspectives au sein d'un même projet sont également abordées.

3.1 UNE LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA PRISE EN COMPTE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LES INTERVENTIONS LIÉES AU POIDS

Généralement, les projets s'établissent selon des étapes bien définies, à savoir l'analyse de la situation, la planification de l'intervention, la mise en œuvre et évaluation. Afin de guider l'action, des questions ont été développées en fonction de chacune de ces étapes pour la prise en compte des préoccupations liées au développement durable et à lutte contre les inégalités sociales de santé dans les interventions de prévention des problèmes liés au poids (tableau 1).

Tableau 1 Liste de vérification pour la prise en compte du développement durable et des inégalités sociales de santé dans les interventions liées au poids

Analyse de la situation	<p>Les données sur les caractéristiques de la population et du territoire concerné ont-elles été recueillies?</p> <p>Les caractéristiques de l'environnement physique (systèmes de transports, disponibilité des aliments, équipements sportifs, etc.), socioculturel (valeurs et croyances, structures familiales, etc.), politique (réglementations qui pourraient représenter un frein ou un levier pour la promotion d'habitudes de vie saines, etc.) et économique (niveau de revenu, marché de l'emploi, etc.) susceptibles d'avoir un effet sur les problèmes liés au poids ont-ils été pris en compte?</p> <p>Des liens entre les problèmes liés au poids et des caractéristiques socioéconomiques des populations concernées ont-ils été observés? Quels territoires et populations sont concernés? Quelle est la nature de ces inégalités? Quels déterminants peuvent avoir une influence sur ces inégalités?</p> <p>Est-ce que tous les acteurs clés impliqués dans l'intervention ont été associés à l'analyse de la situation?</p> <p>Quels sont les avantages et désavantages que l'intervention est susceptible d'apporter aux populations cibles? L'action risque-t-elle de creuser des écarts entre groupes ou d'aggraver la stigmatisation de certains d'entre eux?</p>
--------------------------------	---

Tableau 1 Liste de vérification pour la prise en compte du développement durable et des inégalités sociales de santé dans les interventions liées au poids (suite)

<p>Planification de l'intervention</p>	<p>Est-ce que l'intervention vise les déterminants sociaux et environnementaux influençant la problématique du poids?</p> <p>L'action s'adresse-t-elle à tous, tout en portant une attention plus particulière à ceux qui en ont le plus besoin?</p> <p>L'action prend-elle en compte les différents niveaux d'actions? (individus, groupes, local, régional, etc.)</p> <p>Le choix de la stratégie s'appuie-t-il sur des informations scientifiques établies de façon rigoureuse et potentiellement les plus efficaces pour atteindre les objectifs?</p> <p>Les principaux partenaires ont-ils été impliqués dans la planification de l'intervention?</p> <p>L'intervention vise-t-elle à renforcer la participation du public cible ainsi que sa capacité d'agir? Des actions ayant pour but la prise de conscience, le développement des connaissances et les compétences psychosociales sont-elles prévues?</p> <p>La pérennisation de l'intervention a-t-elle été prise en compte?</p>
<p>Mise en œuvre de l'action</p>	<p>L'intervention s'appuie-t-elle sur une démarche intersectorielle?</p> <p>Les partenaires à mobiliser, en fonction des déterminants sociaux identifiés et sur lesquels l'action vise à agir, sont-ils impliqués? Existe-il un leadership partagé entre les différents acteurs?</p> <p>L'intervention est-elle adaptée et accessible à la population cible? Les contraintes de l'environnement ont-elles été prises en compte?</p>
<p>Évaluation</p>	<p>Les modalités d'évaluation ont-elles été prévues dès l'étape de planification de l'intervention?</p> <p>Les différents acteurs concernés par l'intervention ont-ils participé aux différentes étapes de l'évaluation?</p> <p>Les bénéficiaires de l'intervention ont-ils participé aux différentes étapes de l'évaluation?</p> <p>L'évaluation s'interroge-t-elle sur d'éventuels effets secondaires imprévus ou contreproductifs? (p. ex : l'accroissement des inégalités sociales de santé, la stigmatisation, etc.)</p>

3.2 DES OUTILS D'AIDE À LA RÉFLEXION EN LIEN AVEC LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Des **outils d'aide à la réflexion** ont été développés par divers organismes pour déterminer si un programme, une politique, ou une intervention risque d'exacerber les inégalités sociales de santé ou au mieux comment il/elle pourrait contribuer à les amoindrir. Ces grilles concernent des projets à l'échelle locale qui peuvent émaner tant du secteur de la santé que de tout autre secteur qui agit sur les déterminants de la santé (p.ex., un programme visant à améliorer le transport et la mobilité des populations sur un territoire). Ces outils ont

l'avantage de pouvoir être utilisés à peu de frais et de façon rapide. Ces grilles peuvent être utilisées lors de l'élaboration d'un projet ou encore durant sa mise en œuvre.

- **Health Equity Mapping Checklist**, le Service de santé publique de Sudbury et du district en Ontario (Canada) a développé un outil qui se base sur quatre questions principales : 1) Comment le programme supporte-t-il et encourage-t-il divers comportements sains parmi les populations prioritaires? 2) Comment le programme renforce-t-il la cohésion sociale et encourage-t-il la participation citoyenne parmi les publics prioritaires? 3) Comment le programme développe-t-il des environnements favorables? 4) Comment le programme peut-il améliorer les conditions sociales et économiques sous-jacentes qui fragilisent certaines communautés et certains individus. http://opha.on.ca/OPHA/media/Resources/Resource%20Documents/Health_Equity_Checklist-Reference_Document.pdf?ext=.pdf (en anglais seulement).
- L'outil Belge **Lentille ISS** oriente la réflexion autour des questions suivantes : 1) Mon projet tient-il compte de la diversité sociale de la population? 2) Quels sont les différents groupes qui composent la population concernée par mon projet? 3) Dans quelle mesure les stratégies et les activités mises en œuvre dans mon projet contribuent-elles à améliorer la situation de tous les groupes? 4) Au final, mon projet a-t-il réduit les écarts existants entre les différents groupes? <http://www.inegalitesdesante.be/>
- Outil « **HEAT** » **Health Equity Assessment Tool** - version anglaise avec guide de 49 pages et cadre d'intervention en santé. Il intègre douze critères à prendre en compte. <http://www.health.govt.nz/publication/health-equity-assessment-tool-equity-lens-tackling-inequalities-health>
<http://www.health.govt.nz/publication/health-equity-assessment-tool-users-guide>
- Critères de qualité de « **Closing the gap** » (version française traduite par l'Inpes). Questionnaire de bonnes pratiques dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. L'outil propose onze critères. <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/pdf/closing-gap.pdf>
- Grille d'appréciation des actions de réduction des inégalités sociales de santé. Résulte de trois outils : la grille de « Closing the gap », « Preffi » et l'outil du Consortium canadien de recherche en promotion de la santé. Cette grille a été élaborée dans le cadre d'une collaboration de l'Inpes et du département de médecine sociale et préventive (Université de Montréal et Centre hospitalier universitaire de Montréal). Il s'agit d'un outil de dialogue construit en vue d'analyser des actions visant à réduire les ISS (5 domaines et 51 questions). <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Référence complémentaire

La **base de connaissances francophone sur les inégalités sociales de santé**, *Tribune ISS*, produite par le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) et plusieurs collaborateurs, développe divers contenus relatifs aux inégalités sociales de santé. <http://www.tribuneiss.com/>

3.3 DES OUTILS POUR UN DÉVELOPPEMENT DURABLE

Des outils *d'aide à la réflexion* ont été développés pour évaluer si un projet est en accord avec les trois piliers du développement durable (le développement économique, le développement social et la protection et préservation de l'environnement) et proposer des modifications s'il y a lieu.

- Le Réseau québécois des Villes et Villages en santé a développé une grille d'analyse de projet intitulée **Vers des communautés durables et en santé**. <http://www.rqvvs.qc.ca/documents/file/Publications%20internationales/grille-analyse-fr.pdf>
- Le ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs propose un **guide pour la prise en compte des principes du développement durable**. Cet outil s'adresse en priorité aux organismes gouvernementaux et aux ministères soucieux de s'inscrire dans une démarche de développement durable mais peut bien entendu être utilisé par d'autres types d'organisation. <http://www.mddefp.gouv.qc.ca/developpement/outils/guide-principesdd.pdf>

3.4 LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ (ÉIS) : DES OUTILS INTÉGRATEURS

Les évaluations d'impact sur la santé sont des outils d'aide à la décision qui visent à évaluer les effets potentiels sur la santé, positifs et négatifs, d'un projet ou d'une politique publique (projet de loi ou règlement) et qui visent à émettre des recommandations pour en maximiser les impacts positifs et réduire les impacts négatifs⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Elles peuvent être menées tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle locale. Les évaluations d'impact sont utilisées en début de projet, et pour des projets en dehors du secteur de la santé. Les ÉIS sont importantes pour la prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques. Elles sont donc menées par les porteurs de projets de divers secteurs (secteur municipal, des transports, etc.), en partenariat avec d'autres acteurs, notamment des acteurs de la santé publique ou encore des représentants de la population concernée. L'ÉIS facilite le dialogue entre les acteurs de la santé et ceux d'autres secteurs, dans un esprit de collaboration et de respect des compétences de chacun. Il s'agit d'un outil bien structuré qui s'articule autour de cinq étapes : 1) dépistage, 2) cadrage, 3) analyse, 4) rapport et 5) suivi et évaluation, mais qui permet également beaucoup de souplesse dans son application⁽¹⁹⁾.

L'ÉIS est un processus structurant qui permet de tenir compte de plusieurs objectifs à la fois, comme par exemple l'équité, la présence d'éléments liés aux saines habitudes de vie et au développement durable au sein d'un même projet. Elle vise donc à anticiper les impacts d'un projet sur plusieurs déterminants de la santé à la fois, sociaux et environnementaux. La valeur de l'équité est centrale dans l'ÉIS qui vise notamment à anticiper l'impact sur la santé de divers projets pour certains segments de la population, comme les plus démunis⁽¹⁹⁾. Des modèles d'ÉIS axés spécifiquement sur l'équité ont également été développés. Les valeurs de démocratie et de développement durable sont également importantes dans les ÉIS. Les ÉIS constituent des outils encore relativement nouveaux mais qui sont de plus en plus utilisés dans divers projets pouvant avoir un impact dans l'adoption d'habitudes de vie saines, notamment des projets touchant l'aménagement du territoire. Soulignons qu'il s'agit

d'un outil recommandé par l'OMS et que de très nombreux guides et formations sont disponibles pour accompagner les acteurs s'intéressant aux ÉIS⁽²⁰⁾.

Un exemple d'ÉIS menée à l'échelle locale au Québec

Au Québec, les autorités municipales d'Acton Vale en Montérégie ont collaboré avec des professionnels de la santé publique (direction de santé publique de l'Agence de santé et du CSSS) pour effectuer une ÉIS dans le cadre d'un projet de développement domiciliaire. Des éléments en lien avec la pratique d'activité physique (le transport actif vers l'école notamment) et la sécurité (lors de déplacement vers l'école et dans le voisinage) ont été étudiés, comme l'aménagement des rues, l'aménagement de parcs et espaces verts et de pistes cyclables, de même que d'autres éléments liés au capital social. Les recommandations formulées à l'issue de l'ÉIS ont été intégrées dans le projet final. Les recommandations ont touché à l'aménagement de pistes cyclables et de trottoirs, à l'instauration d'un service de « brigadier scolaire » et d'un passage piétonnier pour la sécurité des élèves qui auront à traverser une route achalandée. Cette ÉIS a été évaluée très positivement par les divers partenaires impliqués^{(18) (21)}.

Outils et références complémentaires

- **L'annexe 3** du présent document présente une grille développée pour identifier les impacts possibles sur la santé, la qualité de vie et les problèmes liés au poids de projets menés dans d'autres secteurs que celui de la santé. Cet outil pourrait être utilisé lors d'une démarche de type ÉIS ou simplement comme outil d'aide à la réflexion sur ces questions.
- Le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a développé un outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé qui peut être utilisé par des organisations du secteur de la santé ou d'autres secteurs dont les programmes et action sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heaia/tool.aspx>
- Le Centre collaborateur national sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) a publié plusieurs documents relatifs aux démarches d'ÉIS qui peuvent être consultés en ligne http://www.ccnpps.ca/13/evaluation_d'impact_sur_la_sante.ccnpps

NOTE : Une section **RÉFÉRENCES ET OUTILS COMPLÉMENTAIRES**, à la page 30, fait suite aux références bibliographiques. On y suggère d'autres outils et lectures pour les intervenants désirant approfondir certains thèmes.

CONCLUSION

Agir sur la réduction des problèmes de société comme ceux liés au poids en y intégrant le développement durable et la réduction des inégalités sociales de santé est à la portée des intervenants de santé publique, en collaboration avec des intervenants des divers secteurs concernés par ces problématiques (municipal/territorial, scolaire, associatif, etc.). Différentes perspectives d'actions peuvent être adoptées pour agir sur l'ensemble des déterminants qui se conjuguent au profit des habitudes de vie saines et ceci dans tous les milieux de vie. Le partage des responsabilités entre les différents acteurs, les niveaux décisionnels, et la complémentarité des actions pour réduire les problèmes liés au poids sont capitales.

Pour la première fois depuis des générations, les enfants d'aujourd'hui pourraient avoir une espérance de vie plus courte que leurs parents, notamment à cause de la prévalence de problèmes de poids. Agir pour prévenir les problèmes liés au poids comme pour le développement durable et pour la réduction des inégalités sociales de santé, implique donc des démarches intégratrices, globales, participatives et partenariales.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) PAMPEL, F. C., J. T. DENNEY et P. M. KRUEGER (2012). « Obesity, SES, and economic development: A test of the reversal hypothesis », *Social Science & Medicine*.
- (2) DEVAUX, M., et F. SASSI (2011). « Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries », *The European Journal of Public Health*.
- (3) LACHANCE, B., M. PAGEAU et S. ROY (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, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- (4) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (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, Gouvernement du Québec.
- (5) GROUPE DE TRAVAIL PROVINCIAL SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (2004). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*, Montréal, ASPQ.
- (6) LAMONTAGNE, P., et D. HAMEL (2013). *Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois, portrait et évolution de 1987 à 2010*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- (7) PICA, L., et M. BERTHELOT (2012). *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*, [en ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec.
- (8) PUHL, R. M., et C. A. HEUER (2009). « The stigma of obesity: a review and update », *Obesity*, vol. 17, n° 5, p. 941–964.
- (9) PUHL, R., J. L. PETERSON et J. LUEDICKE (2012). « Fighting obesity or obese persons: Public perceptions of obesity-related health messages », *International Journal of Obesity* p. 1-9.
- (10) SIKORSKI, C., M. LUPPA, E. BRÄHLER, H. H. KÖNIG et S. G. RIEDEL-HELLER (2012). « Obese children, adults and senior citizens in the eyes of the general public: results of a representative study », *Plos one*, vol.7, no 10.
- (11) SIKORSKI, C., M. LUPPA, M. KAISER, H. GLAESMER, G. SCHOMERUS, H.-H. KÖNIG et S. RIEDEL-HELLER (2011). « The stigma of obesity in the general public and its implications for public health-a systematic review », *BMC public health*, vol. 11, n° 1, p. 661.
- (12) PUHL, R. M., et C. A. HEUER (2010). « Obesity stigma: important considerations for public health », *American Journal of Public health*, vol. 100, no 6, p.1019-1028.
- (13) VARTANIAN, L. R., et J. M. SMYTH (2013). « Primum non nocere: Obesity stigma and public health », *Journal of bioethical inquiry*, No. 10, p.49-57.

- (14) HATZENBUEHLER, M. L., J. C. PHELAN et B. G. LINK (2013). « Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities », *American Journal of Public Health*, vol. 103, No. 5 p.813-821.
- (15) PUHL, R., J. L. PETERSON et J. LUEDICKE (2012). « Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers », *International Journal of Obesity*, No. 37, p. 612-619.
- (16) MACLEAN, L., N. EDWARDS, M. GARRARD, N. SIMS-JONES, K. CLINTON et L. ASHLEY (2009). « Obesity, stigma and public health planning », *Health Promotion International*, vol. 24, n° 1, p. 88–93.
- (17) DIALLO, T., et COLLAB. (2010). Guide d'introduction à l'évaluation d'impact sur la santé en Suisse, Plateforme ÉIS et Promotion Santé Suisse.
- (18) VALENTINI, H., et L. SAINT-PIERRE (2012). « L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques », *Santé publique*, vol. 24, n° 6, p. 479-482.
- (19) MENDELL, A. (2012). *Quatre types d'évaluation d'impact utilisés au Canada tableau comparatif*, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- (20) LAUZIÈRE, J. (2012). *L'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) guides et outils : répertoire, juin 2008*, [en ligne], Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- (21) TREMBLAY, É. (2012). « L'évaluation d'impact sur la santé en milieu municipal : l'expérience d'un développement domiciliaire », *Bulletin d'information en santé environnementale*.
- (22) FRIEL, S., M. CHOPRA et D. SATCHER (2007). « Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic », *BMJ: British Medical Journal*, vol. 335, n° 7632, p. 1241.
- (23) BAMBRA, C. L., F. C. HILLIER, H. J. MOORE et C. D. SUMMERBELL (2012). « Tackling inequalities in obesity: a protocol for a systematic review of the effectiveness of public health interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children », *Systematic Reviews*, vol. 1, n° 1, p. 16.
- (24) Organisation mondiale de la Santé, (2008). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la santé.

Références et outils complémentaires

Aïach P. *Les inégalités sociales de santé* (pdf, 109 Ko). Paris : Economica/Anthropos, 2010 : 280 p.

Aïach P., Fassin D., Jouglu E., Rican S., Péquignot F., Le Toullec A., *et al.* « Les inégalités sociales de santé : un dossier à rouvrir ». *La revue du praticien*, 2004, vol. 54, n° 20 : p. 2219-2272.

Basset B., coord. *Agences régionales de santé : les inégalités sociales de santé (pdf)*. Saint-Denis: Inpes, coll. Dossiers varia, 2009 : 203 p.

Buhr A., Pfefferkorn R. *Les inégalités sociales de santé. Interrogations, 2008 (pdf, 109 Ko)*, n° 6 : p. 60-77.

Darmon N, Bocquier A, Lydié N. Nutrition, revenus et insécurité alimentaire. In: Escalon H, Bossard C, Beck F, editors. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis: INPES; 2009. p. 273-301.

De Koninck M., Fassin D., Ferland M., Pampalon R., Leclerc A., Niedhammer I., *et al.* Inégalités sociales de santé [dossier]. Santé société et solidarité, 2004, n° 2 : p. 5-210.

Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales : sortir de la fatalité (pdf, 958 Ko). Paris: HCSP, 2009: 101 p.

Guichard, A., & Ridde, V., Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé (pdf, 160 Ko). In Réduire les inégalités sociales en santé. Sous la direction de Louise Potvin, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones, 2010, p. 297-312.

Guichard, A. et Potvin, L., Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé? In Réduire les inégalités sociales en santé. Sous la direction de Louise Potvin, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones, 2010 : p. 35-50.

Lebas J., Salem G., Chauvin P., Berthod-Wurmser M., Bloch-Lainé J.F., Cazes C. « Les inégalités et disparités de santé en France ». In : Haut Comité de la santé publique. *La santé en France 2002*. Paris : La Documentation française, 2002 : 163-243.

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La découverte, Inserm, 2000 : 448 p.

Lopez A., Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. France. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2011 : 204 p.

The Marmot review. Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London : The Marmot review, 2010 : 34 p.

Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2011 : 124 p.

Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. *Réduire les inégalités sociales de santé (pdf)*. Saint-Denis : Inpes, coll. Dossiers Santé en action, 2010 : 386 p.

Ridde, V. & Guichard, A. (2011) Perception de quelques mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France (pdf, 201 Ko). *Global Health Promotion*, 18(3): 47–60.

Ridde, V., Robert E., Guichard A., Blaise P. & Van Olmen J. « L'approche Realist à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes ». *Revue canadienne d'évaluation de programmes (Special Issues in Complex Evaluation)*.

Ridde, V., & Guichard, A. (2008), « Réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis », In *Lutter contre les inégalités sociales de santé : Politiques publiques et pratiques professionnelles*, sous la direction de Christophe Niewiadomski, et de Pierre Aiach, Presses de l'EHESP, 2008, p. 57-80.

Sainsaulieu, I., Ridde, V., & Guichard, A., (à paraître). « Micros mobilisations para institutionnelles pour promouvoir la santé » (pdf, 523 Ko). In *Reconfigurations de l'État social en pratique. Les interactions entre acteurs publics, professionnels et militants dans le champ de l'intervention sociale*, sous la direction de Marie-Christine Bureau et Ivan Sainsaulieu, Septentrion.

Haut Conseil de la Santé Publique. *Les inégalités sociales : sortir de la fatalité*. Paris: HCSP, 2009: 101 p.

---- « Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux » (pdf, 457 Ko). [Numéro thématique]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, n°2-3: p. 10-14.

---- « Les inégalités sociales. [Numéro thématique]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n°8-9: p. 73-100.

Kaminski M., Lang T., Leclerc A. *Inégaux face à la santé : du constat à l'action*. Paris : La Découverte, 2008 : 297 p.

« Comment réduire les inégalités sociales de santé? » [Dossier] *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2008, n° 397.

« Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention » (pdf). [Dossier], *La Santé de l'homme*, juillet-août 2011, n° 414.

« Les villes, au cœur de la santé des habitants », [Dossier], *La Santé de l'homme*, n° 409 - septembre-octobre 2010.

« Les professionnels de la santé et du social de l'éducation nationale », [Dossier], *La Santé de l'homme*, n° 415 - septembre-octobre 2011.

« Développement durable et promotion de la santé »; [Dossier], *La Santé de l'homme*, n° 395 - mai-juin 2008.

Outils pour l'intervention

- Outil « Preffi 2.0 » avec guide d'utilisation (version française –Inpes)
Outil d'aide à l'élaboration d'intervention en promotion de la santé d'actions élaboré par le NIZG (Netherlands Institute for Health Promotion), fondé sur ses niveaux de preuves - 2003
Il comporte 8 domaines avec des indicateurs et des questions (38 indicateurs et 124 questions).
- Outil « EQUIHP » - European Quality Instrument for Health Promotion - version anglaise)
Outil d'aide à l'élaboration d'intervention en promotion de la santé d'actions élaboré dans

le cadre du projet européen « Getting evidence into Practice »
Il comporte 4 domaines et 67 questions.

- Outil « HEAT » - Health Equity Assessment Tool - version anglaise avec guide de 49 p. et cadre d'intervention en santé
Construit sous l'égide du ministère de la Santé de Nouvelle Zélande en 2004 pour la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les programmes de santé publique
Il intègre 12 critères.
- Critères de qualité de « Closing the gap » (pdf, 257 Ko) (Version française traduite par l'Inpes)
Critères retenus en 2009 dans le cadre du projet européen « Closing the gap » afin de sélectionner des projets visant à réduire les inégalités sociales de santé en Europe
11 critères

Sites et organismes ressources

- European Portal for Action on Health Inequalities
Lancé le 14 novembre 2011, le portail européen pour agir sur l'équité en santé est une source exhaustive de renseignements sur les inégalités de santé dans l'Union européenne au niveau national et régional, sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'introduction de la santé dans toutes les politiques. Il fournit aux visiteurs des informations pratiques et utiles et leur donner l'occasion de promouvoir leurs propres travaux. Ce site est la dernière version du portail européen Health-inequalities.org qui rassemble divers acteurs européens des univers de la santé et du social. Il fait suite aux deux initiatives paneuropéennes : « Comblent l'écart : stratégies d'action pour lutter contre les inégalités de santé dans l'Union européenne » (« Closing the gap : Strategies for action to tackle health inequalities in the EU », 2004-2007. Portail encore fonctionnel qui renvoie sur le site Determine : d'une part, et d'autre part, « Determine » (2007-2010), qui s'appuie sur « Closing the gap » et qui établit un consortium communautaire d'actions sur les déterminants socio-économiques. Ce portail regroupe trois nouvelles initiatives : EQUITYAction ; CrossingBridges ; Health Inequalities Tender.
- EuroHealthNet
EuroHealthNet est un réseau européen associant agences, organismes de santé, et chercheur pour promouvoir la santé et l'équité. Le réseau prend part à de nombreux projets relatifs à l'équité en santé et la réduction des inégalités comme : Determine, Gradient ou encore Crossing Bridges.

Observatoire des inégalités

Cet organisme indépendant d'information et d'analyse sur les inégalités, financé par des subventions publiques et le mécénat d'entreprises, présente des données relatives aux revenus, à l'éducation, aux conditions de vie ou encore aux inégalités hommes-femmes.

Plaidoyer en promotion de la santé

- INPES/ESPT/RSFSOMS, *Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale*, Inpes, 2013.
Ce nouveau document de plaidoyer est destiné aux élus des communes et des groupements de communes. Il a pour objectif de vous aider à comprendre et à agir pour

prendre en compte la santé dans toutes les politiques municipales ou intercommunales, afin de lutter efficacement contre les inégalités sur vos territoires.
<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/pdf/brochure-elus.pdf>

- Chaire Inpes Promotion de la santé à l'Ehesp, *Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France*, Inpes, 2013.

Inégalités sociales de santé

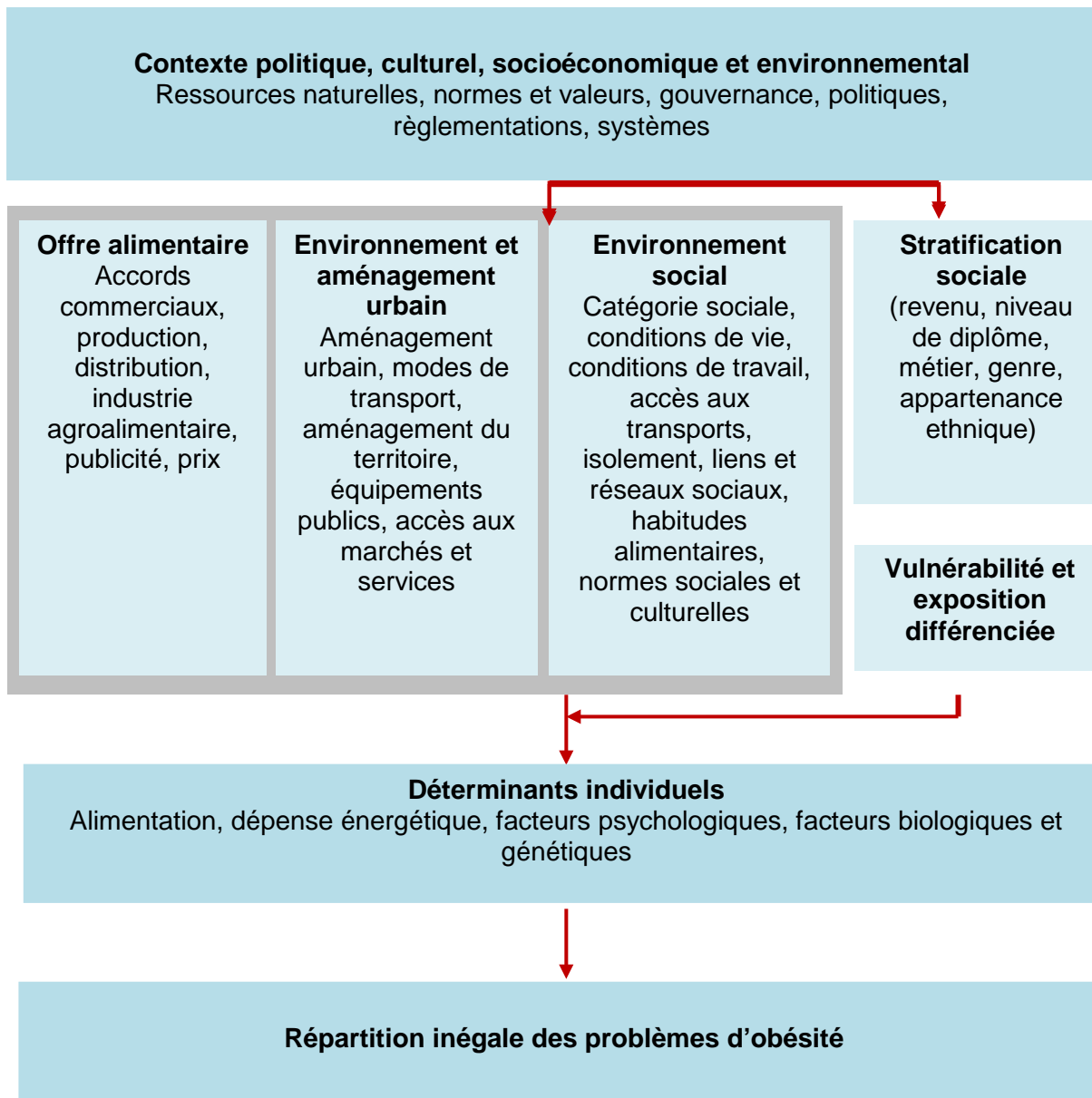
Rubrique de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/situation.asp>

ANNEXE 1

CADRE CONCEPTUEL DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE POIDS (ADAPTÉ DE FRIEL ET COLLABORATEURS, 2007)⁽²²⁾

CADRE CONCEPTUEL DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE POIDS (ADAPTÉ DE FRIEL ET COLLABORATEURS, 2007)⁽²²⁾

Impact des déterminants sociaux dans les inégalités en matière d'obésité



ANNEXE 2

**EXEMPLES D'INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR LES PROBLÈMES
LIÉS AU POIDS SELON LEUR APPROCHE POUR RÉDUIRE LES ISS
(ADAPTÉ DE BAMBRA ET COLLABORATEURS, 2012)⁽²³⁾**

Tableau 2 Exemples d'interventions pour prévenir les problèmes liés au poids selon leur approche pour réduire les ISS

Approche pour réduire les ISS	Niveaux d'intervention			
	Individuel (renforcer les individus)	Collectif (renforcer les communautés)	Environnemental (améliorer les environnements)	Sociétal (promouvoir des politiques publiques globales favorables à la santé)
Ciblée – Population vulnérable ou réduction des écarts	<ul style="list-style-type: none"> - Éducation pour la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Interventions de marketing social pour augmenter l'utilisation de transports actifs - Actions de plaidoyer (à un niveau local) afin de faire installer des supermarchés dans les quartiers défavorisés où les acheteurs dépendent d'épiceries à prix élevés pour s'approvisionner - Etc. 		
Gradient – universel			<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la sécurité dans un quartier - Implanter un programme de pédibus/trotibus - Interventions liées à l'amélioration des infrastructures sportives et de l'accessibilité de lieux de pratique - Amélioration des transports publics pour accéder aux lieux d'approvisionnement alimentaire - Modification de l'environnement bâti, des infrastructures de déplacement et de transport de façon à favoriser l'activité physique - Améliorer l'accessibilité à des supermarchés dans les quartiers peu dotés d'offre alimentaire - Développer des potagers communautaires, des marchés publics - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Politiques de réduction des prix des fruits et des légumes pour augmenter leur consommation (ex : restauration collective) - Fournir des avantages financiers aux commerces d'alimentation qui offrent des aliments plus sains dans les quartiers mal desservis - Fournir des avantages financiers pour une production, une distribution et l'approvisionnement d'aliments locaux - Améliorer l'étiquetage nutritionnel - Réglementer la composition nutritionnelle des produits alimentaires industriels - Restreindre la publicité et la promotion pour les produits alimentaires et les boissons - Taxer des produits alimentaires (sucrés, salés ou gras) et les boissons sucrées dans le but de réduire leur consommation

ANNEXE 3

**GRILLE D'IDENTIFICATION D'IMPACTS SUR LA SANTÉ,
LA QUALITÉ DE VIE ET LES PROBLÈMES LIÉS AU POIDS -
PROJETS MENÉS DANS D'AUTRES DOMAINES QUE LA SANTÉ**

Tableau 3 Grille d'interventions d'impact sur la santé, la qualité de vie et les problèmes liés au poids - Projets menés dans d'autres domaines que la santé

Déterminants intervenant dans la problématique du poids		Impact potentiel du projet sur ces déterminants		Possibilité d'action sur l'élément du projet 0 : aucune 1 : envisageable 2 : certaine	Impact du projet sur les déterminants des problèmes liés au poids					Commentaires - Décrire la nature de l'impact - Indiquer les groupes les plus susceptibles d'être touchés (selon revenus, sexe, âge)
		Oui	Non		Très positif	Plutôt positif	Neutre	Plutôt négatif	Ne s'applique pas	
Habitudes de vie et comportements	Alimentation saine									
	Pratique de l'activité physique									
Environnement social	Qualité du milieu de vie									
	Participation des citoyens et usagers									
	Discriminations									
	Intégration sociale									
	Éducation									
Environnement physique	Qualité de l'air									
	Sécurité des aménagements									
	Sécurité et qualité des aliments									
	Développement durable des ressources									
	Transport actif									

Tableau 3 Grille d'interventions d'impact sur la santé, la qualité de vie et les problèmes liés au poids - Projets menés dans d'autres domaines que la santé (suite)

Déterminants intervenant dans la problématique du poids		Impact potentiel du projet sur ces déterminants		Possibilité d'action sur l'élément du projet 0 : aucune 1 : envisageable 2 : certaine	Impact du projet sur les déterminants des problèmes liés au poids					Commentaires - Décrire la nature de l'impact - Indiquer les groupes les plus susceptibles d'être touchés (selon revenus, sexe, âge)
		Oui	Non		Très positif	Plutôt positif	Neutre	Plutôt négatif	Ne s'applique pas	
Environnement économique	Possibilités d'emploi									
	Conditions de travail									
	Pauvreté									
	Réduction des écarts entre les groupes/ répartition équitable des richesses									
Déterminants sociétaux	Efficacité et qualité des services publics									
	Accessibilité des services									
	Conciliation travail/famille									

