



Hierarchiser les domaines
d'action prioritaires pour prevenir

L'OBESITÉ DE L'ENFANT

dans la population

ENSEMBLE D'OUTILS PROPOSÉS AUX ÉTATS MEMBRES
pour déterminer et identifier les domaines d'action prioritaires



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Hiérarchiser les domaines d'action prioritaires pour prévenir l'obésité de l'enfant dans la population.

1.Obésité – prévention et contrôle. 2.Protection enfance. 3.Exercice physique. 4.Habitude alimentaire. 5.Service public santé. 6.Participation consommateurs. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250327 2

(Classification NLM : WD 210)

© Organisation mondiale de la Santé 2012

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

Table des matières

| | | |
|----------|---|-----------|
| | Liste des figures | 4 |
| | Liste des tableaux | 4 |
| | Liste des encadrés | 5 |
| | Sigles et acronymes | 5 |
| | Explication des termes | 6 |
| | Remerciements | 7 |
| | Résumé d'orientation | 9 |
| | | Page |
| 1 | Introduction | 11 |
| | 1.1 L'obésité de l'enfant | 11 |
| | 1.2 La Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé | 11 |
| | 1.3 Le cadre de mise en œuvre, à l'échelon des pays, de la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé | 12 |
| | 1.4 Objet et structure du document | 13 |
| | | Page |
| 2 | Définition des priorités | 14 |
| | 2.1 Qu'est-ce qui se prête à la définition des priorités ? | 14 |
| | 2.2 Le processus de définition des priorités | 14 |
| | 2.3 Choix de la méthode la mieux adaptée | 16 |
| | 2.4 Prise en compte des secteurs et des contextes | 18 |
| | 2.5 Les partenaires concernés | 18 |
| | 2.6 Sélection des critères de définition des priorités | 21 |
| | | Page |
| 3 | Le cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques | 25 |
| | 3.1 Principes de hiérarchisation | 25 |
| | 3.2 Détails et structure du cadre STEPwise | 26 |
| | 3.3 Les étapes de planification | 27 |
| | 3.4 Les étapes de mise en œuvre | 28 |
| | 3.5 Certains ont adopté avec succès le cadre STEPwise | 28 |
| | | Page |
| 4 | La méthode modifiée de l'arbre des problèmes (et des solutions) | 31 |
| | 4.1 Sélectionner le groupe de partenaires | 31 |
| | 4.2 Détails et structure de la méthode de l'arbre des problèmes | 31 |
| | 4.3 Lancer l'application de la méthode de l'arbre des problèmes et des solutions | 39 |
| | | Page |
| 5 | La méthode ANGELO | 41 |
| | 5.1 Le contexte de la méthode ANGELO | 41 |
| | 5.2 Application de la méthode ANGELO | 45 |
| | 5.3 Élaborer et formuler un plan d'action | 56 |
| | | Page |
| 6 | Conclusion | 63 |
| | Références | 64 |
| | Sources d'information complémentaires | 67 |
| | Annexe 1 : Grilles d'analyse – outils de surveillance pour identifier différents domaines d'action | 68 |
| | Annexe 2 : Feuilles de calcul sur le cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques | 75 |
| | Annexe 3 : Feuilles de calcul pour la méthode ANGELO | 76 |

Liste des figures

| | | |
|-----------------|---|----|
| Figure 1 | Modèle schématique du cadre de mise en œuvre à l'échelon des pays de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé | 12 |
| Figure 2 | Schéma d'une méthode systématique de hiérarchisation des domaines d'action | 15 |
| Figure 3 | Le cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques | 26 |
| Figure 4 | Rangée de départ d'un arbre des problèmes | 32 |
| Figure 5 | Exemple d'arbre combinant problèmes et solutions | 33 |
| Figure 6 | La méthode ANGELO pour identifier les composantes prioritaires d'un plan d'action | 41 |
| Figure 7 | The ANGELO process to identify priority elements for an action plan | 44 |
| Figure 8 | Cadre modifié de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé centré sur les domaines d'action de prévention de l'obésité | 68 |
| Figure 9 | Version élargie du cadre modifié de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, qui illustre les approches de prévention de l'obésité | 69 |

Liste des tableaux

| | | |
|-------------------|---|----|
| Tableau 1 | Caractéristiques des trois méthodes de définition des priorités | 17 |
| Tableau 2 | Responsabilités et rôles potentiels des partenaires | 19 |
| Tableau 3 | Exemples d'applications du cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques | 29 |
| Tableau 4 | Exemple de notation des options politiques pour cinq critères de faisabilité | 36 |
| Tableau 5 | Calcul de la note globale pour l'ensemble des critères de faisabilité, pour chaque option politique | 37 |
| Tableau 6 | Exemple d'évaluation d'effets possibles dans d'autres domaines | 38 |
| Tableau 7 | Exemple d'évaluation des effets sur des sous-groupes de la communauté | 38 |
| Tableau 8 | Exemple d'évaluation d'options politiques | 39 |
| Tableau 9 | Tâches, délais et ressources humaines nécessaires pour appliquer la méthode de hiérarchisation par l'arbre des problèmes et des solutions | 40 |
| Tableau 10 | Exemple de scores obtenus et de classement des comportements | 51 |
| Tableau 11 | Exemple de scores et de classement : Environnement familial/du domicile | 53 |
| Tableau 12 | Exemple de scores obtenus et de classement des connaissances et des compétences | 55 |
| Tableau 13 | Éléments classés dans les premiers rangs | 56 |
| Tableau 14 | Grille d'analyse présentant des exemples de domaines politiques influant sur les principaux déterminants de la santé de la population (approche socio-écologique, en amont) | 70 |
| Tableau 15 | Grille d'analyse présentant des exemples de domaines politiques influant sur le circuit alimentaire (approche socio-écologique, en amont) | 72 |
| Tableau 16 | Grille d'analyse présentant des exemples de domaines politiques influant sur l'environnement pour la pratique d'un exercice physique (approche socio-écologique, en amont) | 73 |
| Tableau 17 | Exemples de cadres et de domaines politiques pour l'approche intermédiaire sur les comportements | 74 |
| Tableau 18 | Grille d'analyse présentant des exemples de domaines politiques influant sur les interventions cliniques et les services de santé (Approche en aval) | 74 |

Liste des encadrés

| | | |
|------------------|---|----|
| Encadré 1 | Systemes nécessaires à l'appui d'interventions spécifiques | 14 |
| Encadré 2 | Exemples de critères de définition des priorités | 21 |
| Encadré 3 | Suggestions de définition des critères utilisés dans le système de pondération | 35 |
| Encadré 4 | Comportements pouvant être ciblés | 45 |
| Encadré 5 | Domaines de changement possible dans l'environnement familial ou du domicile | 46 |
| Encadré 6 | Domaines d'amélioration possible des connaissances et de renforcement des compétences | 47 |
| Encadré 7 | Domaines de changement possible dans l'environnement scolaire | 48 |
| Encadré 8 | Domaines de changement possible dans les quartiers | 49 |

Sigles et acronymes

| | |
|---------------|---|
| ACE | Évaluation du rapport coût-efficacité |
| ANGELO | Grille d'analyse des éléments liés à l'obésité |
| DALY | Années de vie corrigées de l'incapacité |
| FAO | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture |
| IMC | Indice de masse corporelle |
| IOTF | Groupe de travail international sur l'obésité |
| MNT | Maladies non transmissibles |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| SMART | Précis, mesurable, réalisable, pertinent, limité dans le temps |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |

Explication des termes

Factuel(le) / fondé(e) sur des données factuelles (médecine/pratique/politique) :

Ce terme dérive de la définition de la médecine factuelle qui est « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes disponibles dans les prises de décision relatives aux soins administrés à chaque patient. La pratique d'une médecine factuelle signifie l'intégration d'une expertise clinique dans la meilleure base externe de données cliniques disponible, issue de recherches systématiques » (1). Une pratique factuelle et une politique fondée sur des données factuelles signifient que l'on s'est appuyé sur des données probantes issues d'analyses systématiques de la littérature médicale pour prendre des décisions relatives à une pratique ou à une politique.

Approche éclairée par des données factuelles :

Des données factuelles ne suffisent pas à elles seules à orienter une prise de décision satisfaisante (2) et l'élaboration d'une politique véritablement fondée sur des données factuelles est chose rare (3). Par contre, des approches éclairées par des données factuelles impliquent un processus par lequel on s'appuie sur des données probantes pour formuler une politique et la mettre en œuvre, mais où celle-ci est contrebalancée par d'autres intérêts, qu'il s'agisse de considérations propres aux parties prenantes, de ressources financières limitées, de facteurs coûts ou des considérations d'ordre culturel. Le lien direct entre des données issues de la littérature scientifique et une décision politique apparaît plus clairement dans une véritable approche fondée sur des données factuelles, contrairement à une approche éclairée par des données factuelles où de nombreuses autres considérations peuvent prédominer. Un plan de prévention de l'obésité véritablement fondé sur des données factuelles qui s'appuierait uniquement sur les résultats publiés de quelques essais serait incomplet et très probablement inopérant. Ainsi, d'autres éléments entrant dans le plan peuvent-ils prédominer, notamment ceux qui présentent des données factuelles sous des formes moins traditionnelles (4).

Fondé sur la pratique et éclairé par les parties prenantes :

Cette expression se rapporte au processus décisionnel qui tient compte de la réalité pratique de la mise en œuvre et des différents points de vue d'un large éventail de parties prenantes (ces dernières ayant, de préférence, été impliquées dès le début du processus décisionnel).

Base factuelle fondée sur la pratique :

Cette expression traduit le fait que l'on recherche davantage l'avis des praticiens pour utiliser explicitement des données factuelles (dans le sens le plus large) (4) issues de la pratique (et non pas tirées d'études scientifiques) pour appuyer les prises de décision.

Politique :

Plusieurs concepts se rapportant au terme « politique » sont utilisés dans le présent document. En règle générale, le terme « politique » se réfère à « une déclaration d'intention [d'un gouvernement] et à sa concrétisation au moyen d'instruments politiques » (5).

Les expressions « outils politiques » ou « instruments politiques » se réfèrent aux méthodes utilisées pour atteindre les objectifs d'une politique (5). Ces outils politiques peuvent comprendre, par exemple, les taxes, les programmes de promotion de la santé, la législation et la réglementation ou le plaidoyer.

Les « interventions politiques » sont des actions spécifiques menées dans le but d'atteindre les objectifs fixés. Dans ce rapport, nous présentons toutes les interventions possibles couvertes par ce terme, notamment les programmes, le marketing social, l'éducation, des événements, ainsi que la législation, la réglementation, les règles et autres politiques ayant force de loi. Par exemple, s'agissant de la consommation de fruits à l'école, les interventions politiques pourraient être des activités incluses dans les programmes scolaires, des politiques ou règles spécifiques sur les fruits à la cantine, des événements organisés sur le thème du fruit ou encore des campagnes de marketing social.

Si dans certains contextes, le terme « politique » désigne un ensemble de règles spécifiques (par exemple celles s'appliquant aux aliments servis dans une cantine scolaire), nous les désignons sous le terme « politiques spécifiques » dans le présent document pour les distinguer de la déclaration d'intention mentionnée plus haut.

Remerciements

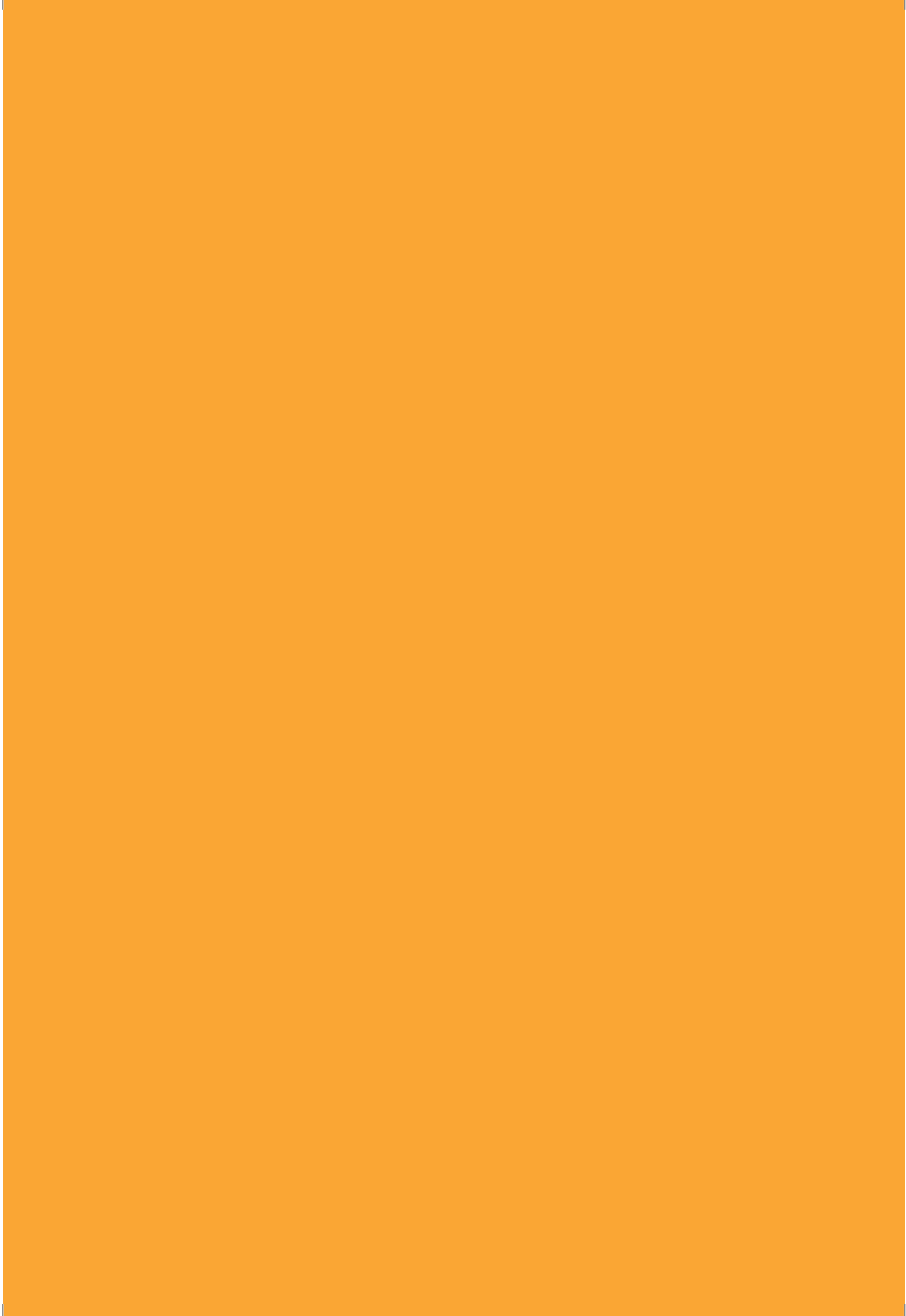
Le présent document est le résultat des travaux menés conjointement par Gary Sacks, Jane Shill, Wendy Snowdon et Boyd Swinburn, du Centre collaborateur de l'OMS pour la prévention de l'obésité, Université Deakin, Victoria (Australie) et par Timothy Armstrong, Rachel Irwin, Sofie Randby et Godfrey Xuereb, de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse).

Il s'appuie sur le document intitulé "Frameworks for the major population-based policies to prevent childhood obesity" préparé en prévision du Forum et de la réunion technique de l'Organisation mondiale de la Santé sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population, qui se sont déroulés du 15 au 17 décembre 2009 à Genève (Suisse).

Nous tenons également à remercier Abdikamal Alisalad, Francesco Branca, Joao Breda, Renu Garg, Haifa Hamdi, Enrique Jacoby, Cherian Varghese et Temo Waqanivalu, fonctionnaires de l'OMS, pour leur collaboration et leur précieuse contribution.

Le Ministère français de la Santé et des sports a apporté son soutien financier à la préparation et à la production du présent document, illustrant ainsi l'intérêt qu'il porte à un travail suivi de collaboration dans l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de programmes visant à soutenir la prévention de l'obésité de l'enfant. Qu'il soit chaleureusement remercié de sa générosité.

Organisation mondiale de la Santé
Février 2012





Résumé d'orientation

La prévalence du surpoids et de l'obésité a considérablement progressé au cours des trente dernières années. Compte tenu de la rapidité de cette progression et de ses conséquences pour la santé, l'obésité est considérée désormais comme l'un des défis sanitaires majeurs de ce début du XXI^e siècle. Si la nécessité de mener des actions préventives s'impose de plus en plus, la mise en œuvre des politiques n'est pas toujours systématique et n'est parfois qu'occasionnelle. On obtiendrait probablement une plus grande cohésion entre les actions politiques dont la portée serait plus vaste si les processus décisionnels se déroulaient de façon plus systématique, se fondaient sur des données factuelles et s'inspiraient du point de vue des parties prenantes.

Le présent document a pour but de proposer aux États Membres un ensemble d'outils leur permettant de déterminer et d'identifier les domaines d'action prioritaires pour prévenir l'obésité de l'enfant dans la population. Les outils présentés sont conçus pour faciliter la hiérarchisation des priorités, suivant un processus à la fois systématique et adapté au contexte local.

Il existe un certain nombre d'approches permettant d'identifier les domaines d'action prioritaires. Les étapes ci-dessous sont communes à toutes ces approches :

1. Identification des problèmes et analyse des besoins
2. Identification des solutions possibles
3. Évaluation et hiérarchisation des solutions possibles
4. Élaboration d'une stratégie

Nous présentons dans le présent document trois approches permettant de fixer des priorités : le cadre d'action STEPwise (par étapes) de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques, une version modifiée de la méthode de l'arbre des problèmes et des solutions et la méthode ANGELO (grille d'analyse des éléments liés à l'obésité).

Si ces méthodes de définition des priorités contiennent toutes des éléments communs, les contextes dans lesquels elles sont appliquées, les processus qu'elles recouvrent et les analyses techniques diffèrent. Le choix de l'outil le plus approprié dépend de l'objectif, des résultats souhaités et des critères d'évaluation utilisés (par exemple, impact sur la population ou efficacité, coûts, rapport coût-efficacité, faisabilité, pertinence, force des données probantes, effets sur l'équité, viabilité et caractère acceptable pour les parties prenantes), du niveau des ressources (financières, expertise technique et temps notamment) et données disponibles.

Le cadre d'action STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques prend en compte la faisabilité, l'impact et l'accessibilité économique. Cette méthode a été conçue pour être appliquée essentiellement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, dont les ressources et notamment les fonds sont limités. La version modifiée de l'arbre des problèmes et des solutions a été utilisée pour identifier les obstacles aux actions et les solutions pour les surmonter, et le processus de définition des priorités s'appuie sur des critères tels que la pertinence, la faisabilité, le caractère acceptable et l'efficacité. La méthode ANGELO a été appliquée pour élaborer des plans d'action à l'échelon des communautés et prend en compte le critère d'importance (qui recouvre à la fois la pertinence et l'impact) et le critère de faisabilité dans le processus d'identification des priorités. Toutes ces approches présentent la même rigueur méthodologique puisqu'elles prévoient une collaboration avec les parties prenantes dans la définition des priorités et utilisent les meilleures données probantes disponibles à l'appui des décisions. Nous présentons en détail dans ce document le cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques, la méthode modifiée de l'arbre des problèmes et des solutions et la méthode ANGELO, et nous les illustrons par des exemples et des feuilles de calcul type.

Tout au long de ce document, nous insistons sur le fait que, quel que soit l'outil sélectionné, il est important de prendre en compte les facteurs locaux, régionaux ou propres aux pays dans l'analyse des domaines d'action possibles. Il est essentiel également de prendre en compte tous les secteurs et contextes concernés pour identifier les domaines d'action de manière exhaustive. Enfin, pour hiérarchiser les priorités, il est crucial d'identifier les principaux partenaires et de décrire leurs responsabilités et rôles potentiels. Pour chaque méthode de définition des priorités il faudra impérativement faire appel à un animateur confirmé pour diriger la collaboration avec les partenaires concernés, de sorte que les actions prioritaires recommandées soient menées à bien.

La définition des priorités pour mettre en place l'ensemble recommandé d'interventions politiques prometteuses est un volet essentiel du processus d'élaboration d'une politique éclairée par des données factuelles. Mais ce n'est que le début du processus. Ces recommandations doivent être acceptées par les responsables des communautés ou les décideurs politiques et pour cela, il faut généralement en faire la promotion. Une fois approuvées, ces actions doivent être financées et mises en œuvre, ce qui nécessite des compétences de gestion de projet ou de programme.

Introduction

1.1 L'obésité de l'enfant

Au cours des trente dernières années, la prévalence du surpoids et de l'obésité a considérablement progressé (6). Selon les estimations, 170 millions d'enfants dans le monde (âgés de moins de 18 ans) sont en surpoids (7) et depuis 1980 dans certains pays, le nombre des enfants en surpoids a triplé (8). La forte prévalence du surpoids et de l'obésité a de graves conséquences sur la santé. Une augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) est un facteur de risque majeur de maladies : maladies cardiovasculaires, diabète de type 2 et de nombreux cancers (notamment cancer colorectal, cancer du rein et cancer de l'œsophage) (9, 10). Ces maladies, souvent regroupées sous le vocable « maladies non transmissibles » (MNT), sont non seulement causes de mortalité prématurée mais aussi de morbidité de longue durée. De plus, le surpoids et l'obésité chez les enfants entraînent une forte dégradation de leur qualité de vie (11, 12) et les exposent à un plus grand risque de moqueries, de brimades et d'isolement social (7). Compte tenu de l'augmentation rapide de la prévalence de l'obésité et de ses conséquences graves sur la santé, l'obésité est généralement considérée comme l'un des défis sanitaires majeurs de ce début du XXI^e siècle. (6).

1.2 La Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé

La *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* a été élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2004 pour s'attaquer à la progression de la prévalence et de la charge des MNT (13). Plus spécifiquement, elle vise principalement à améliorer à l'échelle mondiale les habitudes alimentaires et les pratiques d'exercices physiques, deux des principaux facteurs de risque de MNT.

Cette stratégie vise quatre principaux objectifs :

1. Encourager la mise en œuvre des mesures de santé publique et des interventions préventives pour réduire les facteurs de risque qui résultent d'une mauvaise alimentation et de la sédentarité.
2. Favoriser une prise de conscience sur les conséquences d'une mauvaise alimentation et du manque d'exercice physique et une meilleure connaissance des mesures de prévention.
3. Promouvoir des politiques et des plans d'action à tous les niveaux pour faire changer les comportements en matière d'alimentation et d'exercice physique.
4. Encourager le suivi, l'évaluation et la poursuite de la recherche.

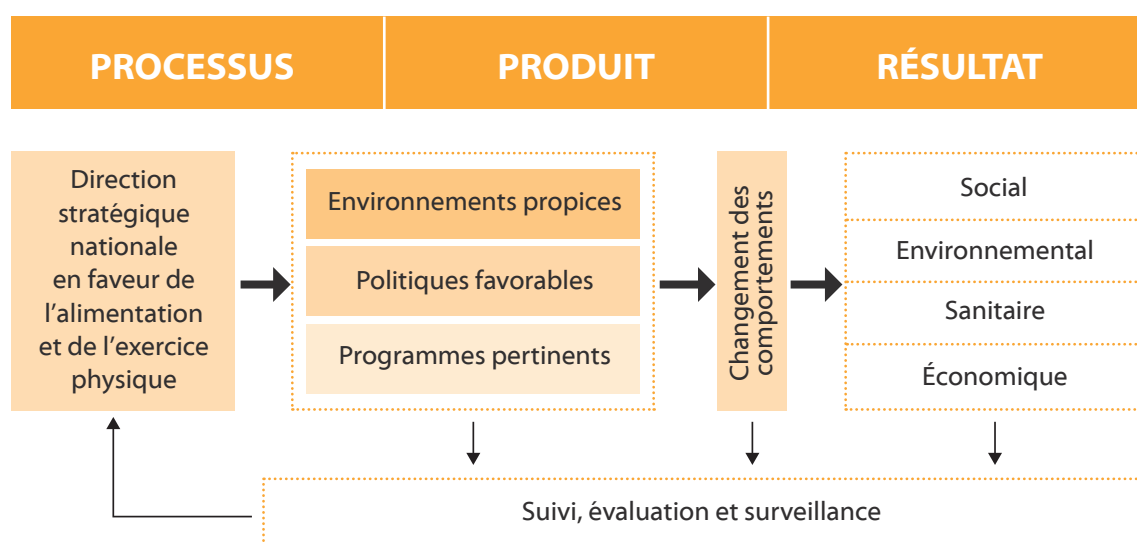
La *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* demande que l'on accorde la priorité à ceux qui se trouvent socialement, économiquement et politiquement défavorisés, et que l'on s'attaque aux mauvaises habitudes alimentaires et aux tendances à la sédentarité, en particulier chez les enfants et les adolescents (13).

1.3

Le cadre de mise en œuvre, à l'échelon des pays, de la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé

L'OMS a élaboré un cadre d'action pour aider les États Membres à suivre et à évaluer la mise en œuvre, à l'échelon des pays, de sa stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (voir la Figure 1) (14). Ce cadre propose que les gouvernements nationaux exercent leur pouvoir de direction et favorisent la collaboration dans la mise en œuvre des politiques et des programmes pour promouvoir des environnements propices à la santé. On s'attend à ce que ces actions, à leur tour, incitent à des changements positifs dans les comportements alimentaires et dans la pratique d'un exercice physique. Selon ce cadre d'action, il conviendra de mesurer régulièrement les résultats sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques obtenus immédiatement, à court et à long terme, pour évaluer l'évolution des changements. De plus, le suivi, l'évaluation et la surveillance sont des volets essentiels de ce cadre de mise en œuvre.

Figure 1 **Modèle schématique du cadre de mise en œuvre à l'échelon des pays de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé**



Le modèle schématique, élaboré à l'origine par l'OMS pour le suivi de la mise en œuvre de sa stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, a été modifié ultérieurement pour mettre spécifiquement l'accent sur les domaines d'application des activités de prévention de l'obésité. Ce modèle modifié, accompagné d'une série de grilles d'analyse, est présenté en Annexe 1. Il permet une analyse exhaustive et systématique des domaines dans lesquels les activités de prévention de l'obésité pourraient être menées dans des secteurs et des contextes multiples. Trois approches de promotion de la santé publique permettant de s'attaquer au problème y sont intégrées : les approches « en amont » ou socio-écologiques, les approches « intermédiaires » ou comportementales et les approches « en aval » portant sur les services de santé (15).

1.4 Objet et structure du document

En décembre 2009, l'OMS a organisé un forum et une réunion technique sur les stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population. Les participants à cette réunion ont proposé une série de mesures permettant de s'attaquer à l'obésité de l'enfant. Ces mesures prévoient notamment l'élaboration d'outils appropriés que les États Membres pourront adopter (16).

Le présent document a pour but de présenter un ensemble d'outils qui permettront aux États Membres de déterminer et d'identifier les domaines d'action prioritaires pour la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population. Les informations présentées sont destinées à guider les parties prenantes tout au long de l'approche systématique, éclairée par des données factuelles, qui leur permettra d'identifier les domaines d'action prioritaires.

Le chapitre 2 présente une brève description du processus de définition des priorités, ainsi que des conseils sur la sélection de la méthode la mieux adaptée. Les secteurs et les contextes probablement concernés, et les parties prenantes intervenant dans la prévention de l'obésité de l'enfant sont présentés également. Ce chapitre donne ensuite des exemples de critères couramment utilisés dans le processus de définition des priorités, et trois outils de définition des priorités sont détaillés dans les chapitres 3, 4 et 5 comme des moyens possibles de hiérarchiser les priorités.

Les différents processus décrits dans ce document sont présentés dans le contexte de la prévention de l'obésité de l'enfant, mais les États Membres pourront les utiliser également pour identifier et déterminer des domaines d'action prioritaires en relation avec d'autres MNT.

Définition des priorités

2.1 Qu'est-ce qui se prête à la définition des priorités ?

Il est important de reconnaître que les processus de définition des priorités décrits dans le présent document s'appliquent sans peine aux actions spécifiques qui ont un effet direct sur les personnes ou les environnements, tels que les programmes de promotion de la santé qui visent à promouvoir l'exercice physique, ou les politiques qui restreignent la commercialisation des aliments destinés aux enfants. Toutefois, il existe un grand nombre d'autres mesures indirectes qui permettent de renforcer les infrastructures et les systèmes sur lesquels les actions plus directes doivent s'appuyer. Ces systèmes opérant « en coulisses » sont indispensables, pour ne pas dire plus importants que les politiques et programmes plus visibles qui se trouvent « sur le devant de la scène », et tout plan qui se veut exhaustif doit donc les prendre en compte. Les méthodes de définition des priorités concernant les interventions qui portent sur ces systèmes ne sont pas parfaitement au point et risquent donc d'être oubliées dans le processus de définition des priorités pour les interventions visibles qui se trouvent « sur le devant de la scène ». L'encadré 1 ci-dessous donne une liste des systèmes opérant « en coulisses » qu'il conviendra d'inclure dans un plan exhaustif.

Encadré 1 Systèmes nécessaires à l'appui d'interventions spécifiques

- Appui au rôle de direction
- Données factuelles (suivi, évaluation, recherche)
- Élaboration et mise en œuvre de politiques
- Échange des connaissances
- Développement du personnel
- Allocation des ressources (capacités)
- Relations entre organisations
- Communication et sensibilisation
- Réseaux

2.2 Le processus de définition des priorités

Il existe un certain nombre de méthodes permettant d'identifier les domaines d'action prioritaires dans la prévention de l'obésité. Comme le montre la Figure 2, les étapes ci-dessous sont communes à toutes les méthodes :

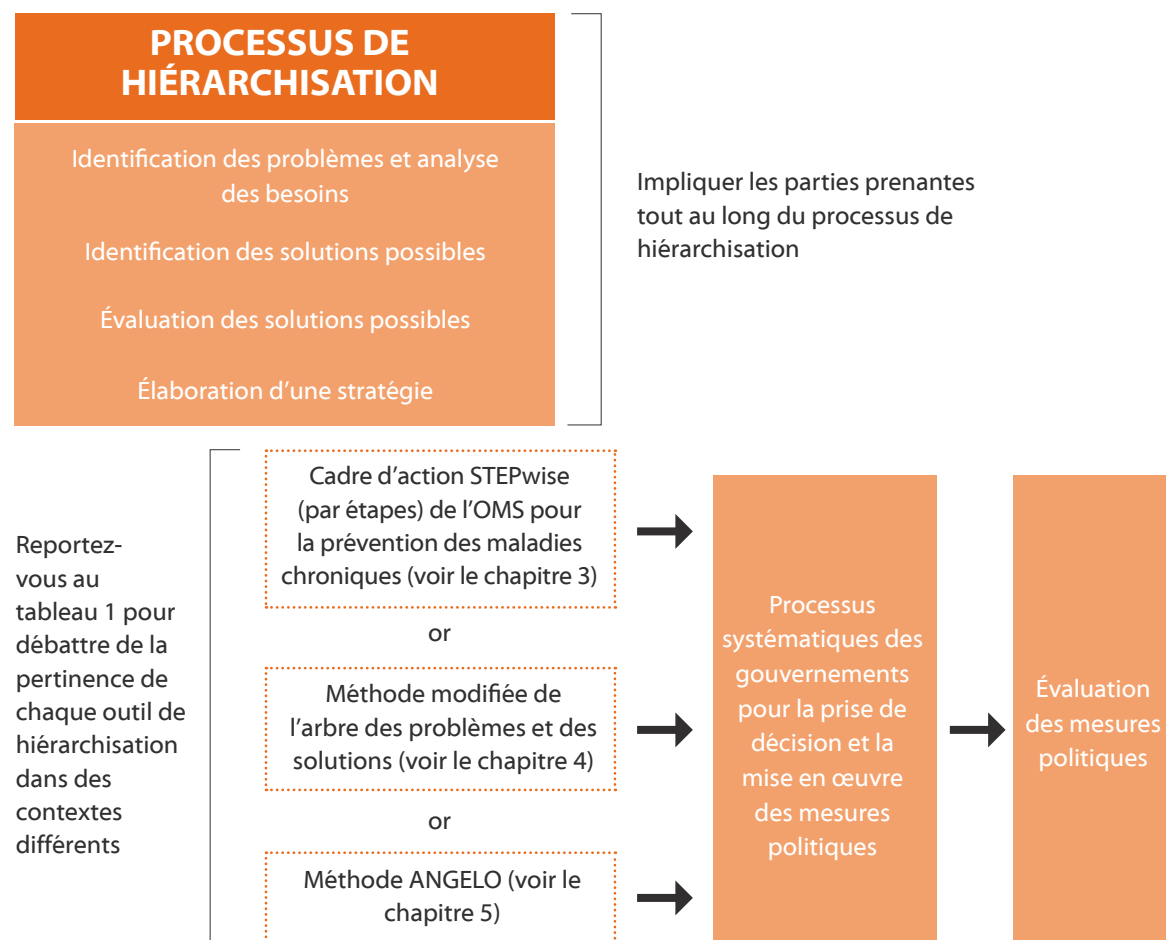
- Identification des problèmes et analyse des besoins
- Identification des solutions possibles
- Évaluation et classement par ordre de priorité des solutions possibles
- Élaboration d'une stratégie

Outre les trois différentes méthodes de définition des priorités décrites en détail dans le présent document (le cadre STEPwise de l'OMS, l'arbre des problèmes et des solutions dans une version modifiée et la méthode ANGELO), des références ont été obtenues sur la méthode d'évaluation du rapport coût-efficacité (ACE) (17–19). Il s'agit d'une méthode extrêmement rigoureuse qui prend en compte de nombreux facteurs dans un processus en deux étapes intégrant des mesures quantitatives et qualitatives.¹

¹ Compte tenu de la nature plus technique et plus complexe de la méthode ACE, nous ne la décrivons pas dans le présent document. Toutefois, vous pourrez trouver à la fin de ce document, dans la rubrique « Sources d'information complémentaires », des références qui décrivent cette méthode et son application.

Lorsque l'on entreprend un exercice de hiérarchisation, il est important de reconnaître qu'aucune intervention réalisée isolément ne peut prévenir l'obésité. Les déterminants de l'obésité sont complexes et variés (20) et les solutions devront offrir de multiples facettes. Selon le domaine, la région ou le pays, certaines actions ou options politiques spécifiques seront plus importantes, plus appropriées et plus facilement réalisables que d'autres. Il est donc impératif que les décisions portant sur des options politiques et des domaines d'action prioritaires soient prises « localement ». Il convient d'analyser soigneusement les domaines d'action possibles et d'examiner les facteurs locaux, régionaux ou spécifiques à un pays. De même, il faut prendre en compte les contraintes et les facteurs historiques, politiques, culturels, sociaux et économiques, de même que les ressources, politiques et systèmes existants disponibles. On sait en outre que la mise en œuvre d'une action préventive ou d'une politique est souvent une opération ponctuelle, qui n'est pas systématique. Pourtant, on obtiendrait probablement une plus grande cohésion entre les actions et une portée plus large si les processus décisionnels se déroulaient de façon plus systématique, s'appuyaient sur des données factuelles et tenaient compte du point de vue des parties prenantes. Les outils présentés dans ce document ont pour but de faciliter la hiérarchisation des domaines d'action, suivant un processus systématique, adapté au contexte local.

Figure 2 Schéma d'une méthode systématique de hiérarchisation des domaines d'action



Alors que les méthodes de définition des priorités décrites dans le présent document comportent toutes des éléments qui leur sont communs, elles présentent des différences selon les contextes dans lesquels elles sont appliquées, les processus concernés et les critères et analyses techniques employés :

Le cadre d'action STEPwise de l'OMS prend en compte la faisabilité, l'impact et l'accessibilité économique ; il a été conçu pour être utilisé essentiellement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire dont les ressources, financières notamment, sont limitées.

La méthode modifiée de l'arbre des problèmes et des solutions a été utilisée pour identifier les solutions et ce qui fait obstacle aux actions. Elle s'appuie sur les critères de pertinence, de faisabilité, de caractère acceptable et d'efficacité tout au long du processus de définition des priorités.

La méthode ANGELO a été utilisée pour élaborer des plans d'actions à l'échelon des communautés et prend en compte le critère d'importance (qui recouvre pertinence et impact) et le critère de faisabilité dans le cadre du processus de hiérarchisation.

Toutes ces approches supposent une collaboration avec les parties prenantes et s'appuient sur des données factuelles sous différentes formes (selon la disponibilité des données dans le pays, la région ou le domaine spécifique) pour prendre les décisions en connaissance de cause.

2.3 Choix de la méthode la mieux adaptée

Le tableau 1 décrit plusieurs caractéristiques des trois méthodes de hiérarchisation. Il a pour but d'aider les partenaires dans différentes régions à choisir la ou les méthodes les mieux adaptées à leur contexte spécifique. Lorsque l'on choisit l'approche la mieux adaptée ou celle qui convient le mieux, il doit être entendu que, quelle que soit la méthode choisie, il faudra toujours l'adapter aux besoins spécifiques du pays, de la région ou du domaine dans lequel elle sera appliquée.

Il convient de noter que les outils peuvent être adaptés à d'autres situations. Bien que le processus ANGELO ait été utilisé principalement pour l'élaboration de plans d'action à l'échelon des communautés, il a été adapté pour permettre aux responsables politiques européens de l'utiliser à l'échelon national (ministres de la santé ou autres) pour hiérarchiser les stratégies proposant des initiatives efficaces en faveur de l'alimentation et de la nutrition. (Le modèle STEFANI en est un exemple (21)). De la même façon, la méthode de l'arbre des problèmes et des solutions peut être appliquée à l'échelon national, infranational ou local.

Tableau 1 **Caractéristiques des trois méthodes de définition des priorités**

| Méthode de définition des priorités | | | |
|---|---|--|--|
| Caractéristiques | Cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques (voir le chapitre 3) | Méthode modifiée de l'arbre des problèmes et des solutions (voir le chapitre 4) | Méthode ANGELO (voir le chapitre 5) |
| But | Permettre aux ministères de la santé (responsables politiques nationaux et infranationaux) d'élaborer un moyen d'action uniforme (par exemple, un plan d'action contre les MNT) | Identifier les obstacles et les solutions politiques possibles pour divers portefeuilles gouvernementaux | Élaborer un plan d'action à l'échelon de la communauté |
| Résultats | Plan d'action ou stratégie présentant des activités spécifiques assorties de délais | Liste des problèmes et des solutions | Plan d'action à l'échelon de la communauté présentant les stratégies et les objectifs convenus |
| Principaux critères utilisés | Faisabilité Impact Accessibilité économique Domaine d'impact | Pertinence Faisabilité Caractère acceptable Efficacité Coûts | Importance (y compris pertinence et impact) Faisabilité |
| Niveau des ressources financières requises | Faible | Faible | Faible |
| Niveau des ressources humaines requises : Temps | Faible | Faible | Faible |
| Niveau des ressources humaines requises : Niveau technique | Une certaine expertise dans des processus similaires | Une certaine expertise dans le déroulement du processus, une certaine expertise dans l'évaluation de l'efficacité et des coûts de base | Une certaine expertise dans le déroulement du processus |
| Niveau des données requises | Faible | Faible à moyen (pour l'efficacité et les coûts de base) | Faible |
| Délais (sur la base d'exemples pratiques) | Peut être terminé en moins de trois mois – Deux ateliers | Peut être terminé en moins de trois mois – Deux à trois ateliers | Analyse de situation et implication des parties prenantes (quelques mois, selon la taille de la communauté) – Atelier de deux jours sur la hiérarchisation (suivi d'une période d'affinement du processus avec les principaux partenaires et ceux qui n'ont pas pu participer aux ateliers) |
| Partenaires | Représentants de tous secteurs et dans tous contextes | Conseillers politiques de tous secteurs | Responsables des communautés et partenaires de tous secteurs et dans tous contextes |

2.4 Prise en compte des secteurs et des contextes

De nombreux secteurs et contextes sont concernés par les activités de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population. Pour identifier systématiquement tous les domaines d'action et créer une liste exhaustive des options possibles, il est essentiel d'examiner tous les secteurs et tous les contextes.

Les approches *en amont* ou socio-écologiques de prévention de l'obésité devront examiner un certain nombre de secteurs. L'examen portera notamment sur tous les acteurs du système alimentaire (secteurs de l'agriculture, de la transformation des aliments, de la distribution et de la commercialisation des aliments, de la vente au détail et de la restauration) et sur les secteurs dont dépend l'environnement de la pratique de l'exercice physique (infrastructure, transports et éducation). De plus, les actions politiques qui visent les principaux déterminants de la santé pourraient cibler les secteurs de la finance, du commerce et de l'éducation. (Voir l'annexe 1 pour plus de détails.)

Les approches *intermédiaires* ou comportementales de prévention de l'obésité cibleront le plus souvent les contextes dans lesquels on peut mettre en œuvre les programmes, les campagnes de marketing social ou d'éducation et d'autres initiatives visant à inciter les individus à changer leurs habitudes alimentaires et leurs comportements en matière d'exercice physique (15). Il s'agira notamment de garderies d'enfants, d'écoles, de structures communautaires et de loisirs, de ménages, d'églises ou de villages.

Les approches *en aval* consistent généralement à apporter un appui aux services de santé et aux interventions médicales. S'agissant de la prévention de l'obésité, ces approches s'appliquent principalement aux services de soins primaires alors que l'obésité peut être traitée également dans les services de soins secondaires et tertiaires.

2.5 Les partenaires concernés

La *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* stipule qu'une approche combinée fondée sur la collaboration est indispensable pour s'attaquer efficacement aux habitudes alimentaires et aux pratiques d'exercice physique et pour les faire évoluer (13). Compte tenu de la complexité et de la diversité des déterminants de l'obésité et des différentes influences exercées par de nombreux partenaires et de nombreux secteurs et contextes sur les environnements relatifs à l'alimentation et à l'exercice physique, il est indispensable de mener les actions simultanément.

L'identification des principaux partenaires est une étape essentielle du processus de hiérarchisation. Le Tableau 2 présente les principaux partenaires engagés dans la prévention de l'obésité de l'enfant, avec leurs responsabilités et rôles potentiels. Le facteur déterminant qui permettra d'impliquer les différents groupes de partenaires est la fermeté manifestée par les gouvernements nationaux dans leur fonction de direction. Cette direction est essentielle pour obtenir de tous les partenaires qu'ils participent à la réalisation des buts et objectifs communs et pour garantir également des actions durables et coordonnées (22). En collaborant avec les principaux partenaires à l'élaboration d'un plan d'action, les défenseurs de la santé publique peuvent rendre plus pertinentes leurs recommandations dont la mise en œuvre est en cours, obtenir une plus forte adhésion à ces recommandations et en renforcer les chances de réussite. La coordination, non seulement entre les départements de l'État mais aussi entre tous les partenaires, permettra de mener des actions de prévention de l'obésité efficaces et rationnelles.

Tableau 2 Responsabilités et rôles potentiels des partenaires

| Partenaire | Justification de la participation | Responsabilités et rôles potentiels |
|--|--|--|
| <p>Gouvernement</p> <p>(National, infranational, local)</p> | <p>Le gouvernement est l'acteur central dans l'élaboration d'une approche exhaustive de prévention de l'obésité de l'enfant.</p> <p>Le gouvernement est responsable de la protection de la santé et des mesures de prévention prises à différents niveaux : de l'ensemble de la société à la communauté (23).</p> | <p>Les gouvernements ont les moyens de prendre des mesures dans quatre principaux domaines:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Direction – à tous les échelons du gouvernement et dans tous les départements ministériels concernés, par exemple santé, infrastructure et industrie, trésor public et agriculture. 2. Politique de réglementation – par exemple : approches politiques rigoureuses telles que outils fiscaux (impôts ou taxes), législation, politique et réglementations juridiquement contraignantes (24) ou accords d'autoréglementation par lesquels les gouvernements et l'industrie parviennent à un accord mutuel stipulant que les lois et réglementations ne seront pas contraignantes sous réserve que l'industrie accepte de modifier ses pratiques en vue d'atteindre les objectifs (5). 3. Financement – de l'infrastructure (transports publics par exemple), instituts de recherche, formation, mise à disposition de programmes, suivi de la santé de la population et évaluation des stratégies de recherche. 4. Sensibilisation (25) – garantir une collaboration entre les différents secteurs et l'implication de tous les partenaires intéressés, notamment les citoyens, le secteur privé, la société civile, les organisations internationales et d'autres gouvernements qui exercent une influence. Veiller également à la mise à disposition de bases pour le partage des connaissances, des données factuelles et des exemples de meilleures pratiques. |
| <p>Organisations internationales et régionales</p> <p>telles que l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, la FAO, l'OMC et l'Union européenne</p> | <p>Les objectifs des organisations internationales concernées sont notamment : la promotion de la santé, la création de sociétés justes et équitables (23), l'amélioration des niveaux de vie, la réduction de la pauvreté et une contribution à la croissance économique et au développement des nations.</p> <p>La collaboration dans les actions et le partage des connaissances entre pays dans le monde est bénéfique, compte tenu des facteurs de risque communs à tous.</p> | <p>Toutes les organisations internationales et régionales qui ont une influence sur le système alimentaire ou sur les environnements dans lesquels est pratiqué l'exercice physique devraient promouvoir et soutenir les stratégies qui favorisent la santé publique, et chercher à faire en sorte que leurs actions ne soient pas involontairement préjudiciables à l'alimentation ou à l'exercice physique.</p> <p>Les organisations internationales et régionales qui ont compétence dans ce domaine, comme l'Organisation mondiale du Commerce, la Banque mondiale ou l'Union européenne doivent faire en sorte que la protection de la santé publique (en particulier des éventuelles conséquences imprévues, directes ou indirectes) soit prise en compte et intégrée dans tous les accords internationaux, comme par exemple les échanges agricoles, les accords portant sur la santé et l'environnement et les normes et/ou codes internationaux.</p> <p>L'OMS et d'autres organisations des Nations Unies telles que l'UNICEF, ont des rôles importants à jouer pour promouvoir une approche coordonnée entre toutes les organisations internationales concernées.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Secteur privé</p> <p>Comprend l'industrie alimentaire, le monde des médias et de la communication, l'industrie automobile et le secteur des transports, l'industrie des loisirs et la vente au détail aux consommateurs.</p> | <p>Le secteur privé exerce une forte influence et peut soit promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique soit y faire obstacle.</p> | <p>Les fonctions essentielles du secteur privé consistent à faire en sorte que les actions menées sous son contrôle direct soient de plus en plus favorables à la santé. Pour l'industrie alimentaire², cela signifie mettre au point des produits alimentaires plus sains, être responsable de leur commercialisation et communiquer des informations sur leur valeur nutritive. Pour les médias, cela signifie communiquer de façon responsable sur l'obésité et la taille. Pour l'industrie de la perte de poids, cela signifie mener des campagnes responsables de commercialisation et d'information des clients.</p> <p>Le secteur privé a aussi d'autres responsabilités, en particulier ne pas saper l'élaboration de politiques de santé publique en exerçant des pressions. Le secteur privé peut également contribuer notablement aux systèmes de suivi en partageant ses bases de données avec les organismes publics de telle façon qu'il puisse appuyer les mesures prises par les gouvernements pour améliorer la salubrité de l'offre alimentaire tout en ménageant la sensibilité des acteurs du marché.</p> <p>De plus, toutes les organisations et sociétés privées devraient inciter leurs employés à consommer des aliments sains et à pratiquer un exercice physique.</p> |
| <p>Société civile et organisations non gouvernementales</p> <p>Par exemple syndicats, groupes de la société civile, organismes scientifiques, universités, associations d'intérêt public.</p> | <p>Ces organisations peuvent contribuer à protéger les intérêts du public et peuvent, lorsqu'elles collaborent avec les gouvernements et le secteur privé, exercer une influence certaine en se faisant « la voix du peuple ».</p> | <p>La société civile et les organisations non gouvernementales (ONG) ont essentiellement un rôle de sensibilisation, en présentant des arguments et en suivant les progrès obtenus. Elles devraient plaider pour la création et la préservation d'environnements propices à une alimentation saine et à l'exercice physique et pour la mise en place de programmes et de politiques de lutte contre l'obésité. Elles jouent aussi un rôle important en établissant des rapports et en menant des campagnes d'information sur les réalisations d'autres partenaires.</p> <p>De plus, la société civile et les ONG peuvent mettre en oeuvre des stratégies de promotion d'une alimentation saine, de la pratique plus soutenue d'un exercice physique et du maintien d'un poids santé. Cette action peut être menée au travers de programmes, de marketing social et de l'éducation.</p> <p>Dans ce secteur, la capacité financière des partenaires est limitée – souvent à cause de budgets insuffisants comparativement aux budgets des gouvernements et du secteur privé. Ces organismes peuvent contribuer également à la recherche, au suivi et à l'évaluation (par exemple en soutenant des programmes de recherche dans les universités).</p> |

² Par « industrie alimentaire » on entend la production primaire et la transformation des aliments, leur distribution et leur commercialisation et les informations s'y rattachant, la vente au détail des aliments et le secteur de la restauration.

2.6

Sélection des critères de définition des priorités

De nombreux critères peuvent être pris en compte dans la définition des priorités. En réalité, seuls quelques-uns des critères possibles pourront être utilisés compte tenu des contraintes d'ordre pratique soulevées lorsque l'on examine tous les facteurs. Des exemples de critères possibles sont présentés dans l'Encadré 2 ci-dessous et chacun d'eux sera ensuite commenté dans ce chapitre et illustré, dans la mesure du possible, par des exemples concrets de leur utilisation dans le processus de définition des priorités.

Encadré 2 Exemples de critères de définition des priorités

- Impact sur la population ou efficacité
- Coûts (accessibilité économique)
- Rapport coût-efficacité
- Faisabilité
- Pertinence
- Force de la base factuelle
- Effets sur l'équité
- Viabilité
- Caractère acceptable pour les partenaires
- Autres effets positifs ou négatifs de l'intervention

Impact sur la population ou efficacité

On peut évaluer à différents niveaux, de façon détaillée, l'impact sur la population ou l'efficacité d'une intervention donnée.

À un niveau technique ou extrêmement détaillé, l'efficacité d'une intervention peut être déterminée en fonction du nombre total des années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), en tenant compte ainsi du total des décès et des années de maladie épargnés grâce à l'intervention. La méthode ACE adopte généralement cette approche et donne les meilleures estimations (et les niveaux de confiance associés à ces estimations) de l'impact de l'intervention sur la population par rapport à un élément de comparaison (généralement, un « mode opératoire normalisé » (17)). L'utilisation de DALY comme outil de mesure a cet avantage qu'il permet de comparer les résultats de multiples interventions se rapportant à d'autres maladies. Un programme de prévention de l'obésité, par exemple, peut être comparé à un traitement médicamenteux contre l'hypertension, à une opération de la cataracte, ou à un programme de vaccination.

Une approche moins détaillée consiste à utiliser une mesure moins fine de l'efficacité comme une estimation des baisses de l'IMC ou des diminutions de la mortalité. Lorsqu'on ne dispose pas d'informations suffisantes pour effectuer ces mesures, on peut s'appuyer, en option, sur les évaluations faites par les partenaires, de l'efficacité probable – bien que cette approche soit probablement la moins précise de toutes. Dans les Îles Fidji et aux Tonga, par exemple, pour évaluer l'efficacité probable et le niveau de résultat des interventions politiques sur le régime alimentaire, on a adopté un simple système de notation (26) (vous trouverez davantage d'informations dans le chapitre 3 sous la rubrique Étape 3).

Coûts

Les coûts des interventions sont particulièrement importants pour les décideurs politiques. Ils peuvent être évalués de différentes façons, mais dans la plupart des cas, ils sont considérés comme des surcoûts ou des coûts supplémentaires de l'intervention, en plus des coûts liés à la pratique courante. Il convient d'envisager différents niveaux de coûts. Les coûts *financiers* sont les coûts directs de l'intervention (par exemple, les coûts de conception, d'impression et d'utilisation des supports de promotion de la santé par le personnel du programme d'intervention). Les coûts *économiques* englobent le temps consacré par d'autres personnes à l'intervention, par exemple le temps qui aurait pu être consacré à d'autres activités (les coûts d'opportunité). À titre d'exemple, on prend en compte le temps que le personnel infirmier en soins primaires, les enseignants ou les volontaires ont consacré à la distribution des supports de promotion de la santé et aux explications s'y rapportant. L'angle sous lequel on se place est important également – par exemple : qui paie ? L'angle des soins de santé est peut-être l'angle le plus étroit – le temps du personnel infirmier est inclus mais pas celui de l'enseignant ni celui du volontaire. Le point de vue du gouvernement tient compte du temps du personnel infirmier et de celui de l'enseignant. Le point de vue de la société inclut le temps consacré à l'intervention par l'ensemble des acteurs (y compris les volontaires). Les coûts peuvent être combinés à l'efficacité pour obtenir un rapport coût-efficacité (voir le critère suivant) mais pris isolément, ils donnent des informations importantes sur l'*accessibilité économique* de l'intervention proposée. Certaines interventions, comme la chirurgie bariatrique, chirurgie de l'obésité, peut présenter un bon rapport coût-efficacité (27, 28) tout en étant inabordable dans la plupart des pays. En d'autres termes, la chirurgie bariatrique a un coût élevé mais un fort impact, ce qui lui confère un rapport coût-efficacité satisfaisant lorsqu'on la décrit sous l'angle des dollars dépensés par DALY perdues. Toutefois, c'est le coût absolu de la prestation d'un service bariatrique en termes de dollars dépensés sur le budget de la santé qui pourrait bien être le facteur déterminant dans la décision de financer ou non ce service.

Rapport coût-efficacité

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'impact sur la population d'une intervention de prévention de l'obésité peut être mesuré en IMC ou en DALY. Combiné aux coûts, il en résulte un rapport coût-efficacité ou, plus techniquement, des rapports coût-efficacité différentiels (ICER) (17). Cette mesure montre à quel résultat on peut s'attendre pour un investissement donné, c'est-à-dire le rapport coût-résultat. Certains systèmes de santé utilisent les ICER comme éléments centraux du processus pour déterminer quels nouveaux médicaments, quelles opérations ou quels programmes de santé seront financés sur les deniers publics.

Faisabilité

Dans la notion de faisabilité, il s'agit de savoir s'il est réaliste ou non, ou possible ou non de mettre une intervention en place. On peut se heurter à des obstacles techniques ou juridiques, ou liés au commerce ou encore à la capacité de main d'œuvre et ces obstacles peuvent avoir une influence déterminante sur la décision de poursuivre ou non une intervention. Même s'il s'agit là d'une question complexe, qui demande du temps, c'est une composante importante dans la définition des priorités (29, 30).

Dans les Îles Fidji et aux Tonga, des groupes de partenaires animés par Snowdon et al. (26) ont évalué des interventions politiques qui visaient à améliorer des habitudes alimentaires, en s'appuyant sur les critères suivants : faisabilité technique, faisabilité financière, faisabilité juridique liée au commerce, caractère politiquement acceptable et caractère culturellement acceptable. Le groupe de partenaires a associé un coefficient de pondération à chaque critère en fonction de l'importance attribuée à ce critère dans le processus décisionnel. Cela a permis de multiplier les notes par les coefficients de pondération, dans le but d'obtenir une note unique à laquelle seront comparées les interventions.

Pertinence

Ce critère s'applique souvent très tôt dans le processus de hiérarchisation. Donnons un exemple de pertinence : si la majorité des enfants se rendent déjà à l'école à pied ou en vélo, ou si la plupart s'y rendent en bus parce qu'ils habitent loin de l'école, alors une intervention qui vise à inciter les enfants à marcher davantage ou à faire davantage de vélo n'est pas très pertinente.

Force de la base factuelle

Ce critère porte sur le niveau de confiance des partenaires à l'égard de la base factuelle utilisée pour juger de l'efficacité et des coûts d'une intervention (18). Les estimations qui s'appuient sur des résultats d'essais d'excellente qualité (31–33) généreront un niveau de confiance supérieur dans les données factuelles. On peut adopter différentes approches pour évaluer la force des données factuelles, notamment la méthode GRADE (méthode permettant de déterminer le niveau d'appréciation, d'élaboration et d'évaluation des recommandations), la hiérarchisation des données factuelles de l'Australian National Health and Medical Research Council (34), la méthode de l'American College of Chest Physicians (35), la méthode du Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (36), la méthode du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (37), celle de l'US Preventive Services Task Force (38) et enfin celle de l'US Task Force on Community Preventive Services (39).

La méthode GRADE, utilisée par l'OMS pour élaborer des principes directeurs, classe les données factuelles en fonction de leur niveau de qualité (quatre niveaux : élevé, moyen, faible et très faible) et de la force de la recommandation (forte : certitude que les effets souhaitables d'une intervention compenseront clairement, ou non, les effets indésirables, ou conditionnelle (faible) : incertitude quant à l'équilibre entre les risques et les bénéfices, soit parce que les données factuelles sont de qualité médiocre soit parce que risques et bénéfices s'équilibrent) (40).

Effets sur l'équité

Une intervention qui dépend de l'engagement et de la participation de l'utilisateur final (comme les programmes de marketing social ou de promotion de la santé) risque de soulever un plus grand intérêt auprès des groupes les plus favorisés et d'accentuer ainsi les inégalités sociales. Cet effet peut être atténué si l'intervention cible plus spécifiquement les populations les plus défavorisées. Ainsi, les messages de sensibilisation peuvent-ils être segmentés plus étroitement ou délivrés de telle sorte que ces groupes de population y adhèrent davantage. De la même façon, les dispositifs de lancement des programmes de promotion de la santé et d'appui à ces programmes peuvent s'adresser aux groupes dont les besoins sont les plus criants. L'avantage des interventions de réglementation (restrictions sur la commercialisation des aliments pour enfants ou application des politiques alimentaires dans les écoles par exemple) est qu'elles s'appliquent à l'ensemble et peuvent ainsi réduire les inégalités.

Viabilité

Le terme « viabilité » se réfère au caractère durable de l'intervention et s'appuie sur des facteurs tels que :

- le niveau indispensable d'une aide financière durable ;
- l'autonomisation des communautés, le renforcement des capacités et le niveau de l'appui aux politiques susceptible d'être obtenu ;
- les chances de parvenir durablement aux changements indispensables de comportements, de pratiques et d'attitudes.

Les réglementations et les changements environnementaux tendent à être plus durables que les programmes de promotion de la santé et de marketing social qui ciblent des individus en vue de modifier leurs comportements, compte tenu du besoin constant de financement pour préserver l'effet obtenu. Lorsqu'une pratique devient une norme sociale (comme les zones non fumeurs dans les pays qui appliquent des politiques antitabac rigoureuses), ce renforcement social des comportements sains augmente de façon significative leur viabilité. Parvenir à la mise en place d'une nouvelle norme sociale (par exemple les aliments jugés adaptés aux enfants dans les crèches) devrait être une des cibles des interventions.

Caractère acceptable pour les partenaires

Ce critère se réfère à la supposition qu'une intervention proposée sera jugée acceptable par les différentes parties prenantes (patients, parents et soignants ; la communauté dans son ensemble ; les tierce parties bailleurs de fonds ; les prestataires de services de santé ; les gouvernements et le secteur privé). Par nature, le caractère acceptable d'une intervention est un critère qui rend difficile le recueil de données empiriques. Il peut être lié au critère de faisabilité, tel qu'il est défini dans l'exemple donné dans la rubrique « Faisabilité » ci-dessus.

Autres effets positifs ou négatifs de l'intervention

Il s'agit ici des effets secondaires – à la fois positifs et négatifs – qui découlent d'une intervention. Ce peut être un effet tel que d'autres conséquences sur la santé (par exemple, anxiété ou dépression résultant de la discrimination) ; des conséquences sur l'environnement ; un capital social (par exemple, de communautés rendues autonomes ou de réseaux sociaux améliorés) ; des coûts accrus pour les ménages ; ou d'autres conséquences économiques (par exemple, une incidence sur l'industrie). Ces effets peuvent être évalués en appliquant des méthodes d'évaluation des conséquences sanitaires, environnementales ou sociales (41, 42). Il faudra veiller à ce qu'une conséquence, quelle qu'elle soit, classée sous ce critère, n'ait pas été déjà prise en compte dans les calculs d'efficacité ou de rapport coût-efficacité. Un outil d'étude des évaluations d'impact sanitaire et social a été mis au point et est utilisé par des partenaires aux Îles Fidji et aux Tonga. Il s'est révélé extrêmement utile pour influencer le processus de hiérarchisation des interventions (26).

Autres considérations

- **Les effets « phare »**

Il est important de reconnaître que certaines interventions n'obtiendront pas de note satisfaisante au vu des critères définis ci-dessus ; pourtant, il peut être justifié de les inclure dans un plan global comme « interventions phare », pour montrer l'exemple. Prenons le contexte des cantines scolaires comme exemple. En Australie, environ 2 à 3 % seulement de l'apport énergétique annuel total d'un enfant provient de la cantine scolaire (43), par conséquent, la décision de servir des aliments plus sains dans les cantines scolaires aura un effet négligeable sur l'apport énergétique de l'enfant. Toutefois, s'il est prévu de prendre d'importantes mesures pour améliorer la nutrition chez l'enfant, il paraît absurde de laisser les cantines scolaires être approvisionnées en aliments malsains. En effet, on a de bonnes raisons d'utiliser les cantines scolaires comme sites phares pour donner un exemple sur la façon de choisir des aliments plus sains (44). Les programmes de promotion des modes de déplacement dynamiques pour se rendre à l'école sont un autre exemple. S'il existe une stratégie visant à accentuer ces modes de déplacement (pour réduire la pollution et les embouteillages) la réduction des trajets en voiture pour conduire les enfants à l'école est donc une cible évidente et certains programmes phares peuvent être maintenus pour souligner l'importance du problème et servir de modèles de solutions. Si certains de ces programmes tels que les « bus scolaires pédestres » se révèlent d'un excellent rapport coût-efficacité (45), on peut en recommander l'insertion en tant qu'interventions phares dans un plan global, *sous réserve* que ce soit la raison même de leur insertion et non pas parce que, en soi, ces programmes sont jugés efficaces ou d'un bon rapport coût-efficacité.

- **Atténuer les inconvénients**

L'identification de problèmes associés à de possibles interventions ne signifie pas nécessairement que la stratégie ou la politique ne sera pas adoptée. Si certains aspects de l'évaluation montrent la valeur d'une politique (efficacité fortement probable, par exemple) mais qu'une ou plusieurs autres évaluations donnent des résultats négatifs (coût élevé, inacceptable pour les parties prenantes), on peut alors envisager soit de modifier la politique (pour traiter les problèmes) soit de mettre au point des démarches qui en atténuent les inconvénients. Par exemple, le coût de mise en œuvre de la politique pourrait être élevé, mais les fonds provenant de sources externes pourraient être viables. La politique pourrait être impopulaire pour les parties prenantes mais il existe une démarche qui en atténuerait les inconvénients et pourrait ainsi la rendre acceptable. Ce pourrait être par exemple une aide apportée sous une forme ou une autre aux parties prenantes concernées.

- **Des effets de synergie**

Certaines interventions peuvent, en soi, ne pas être jugées d'un bon rapport coût-efficacité ou ne pas être considérées comme des priorités absolues, mais si elles étaient intégrées dans un ensemble dont on pourrait espérer un effet de synergie, alors ces interventions pourraient être recommandées. Les interventions suivantes pourraient être considérées individuellement ou comme un élément d'un ensemble intégré se rapportant à l'alimentation saine dans les écoles, une politique nationale sur la nourriture scolaire, une campagne de sensibilisation sur les meilleurs choix alimentaires pour les enfants, l'organisation d'une aide aux cantines, un système d'étiquetage inspiré des feux de circulation, un programme scolaire incorporant un enseignement sur une alimentation saine, des animations ludiques dans les écoles sur une alimentation saine, etc. Il est important de reconnaître que les processus de définition des priorités peuvent « scinder » les interventions pour les envisager individuellement ou les combiner pour les envisager comme un tout. Une scission implique le risque que chaque élément ne soit pas jugé prioritaire ; une combinaison implique le risque d'interventions trop vastes dont il est difficile de définir les limites et dont les synergies potentielles sont incertaines, et le risque de chevauchement ou de redondances entre les différents éléments.

3

Le cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques

Le cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques (46) a été conçu dans le but d'aider les ministères de la santé – en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire – dans leurs travaux d'élaboration d'une action politique unifiée d'un secteur à l'autre pour la prévention des maladies chroniques et pour faire en sorte que les actions entreprises à tous les échelons et dans les différents départements du gouvernement se renforcent mutuellement. Par dessus tout, cette approche vise à aider les gouvernements dans les opérations de hiérarchisation pour répondre aux besoins spécifiques de la population compte tenu des ressources humaines et financières disponibles. Conçue pour être flexible et pratique, elle permet de trouver un juste équilibre entre les besoins divers et les priorités lors de la mise en place des interventions fondées sur des données factuelles.

3.1 Principes de hiérarchisation

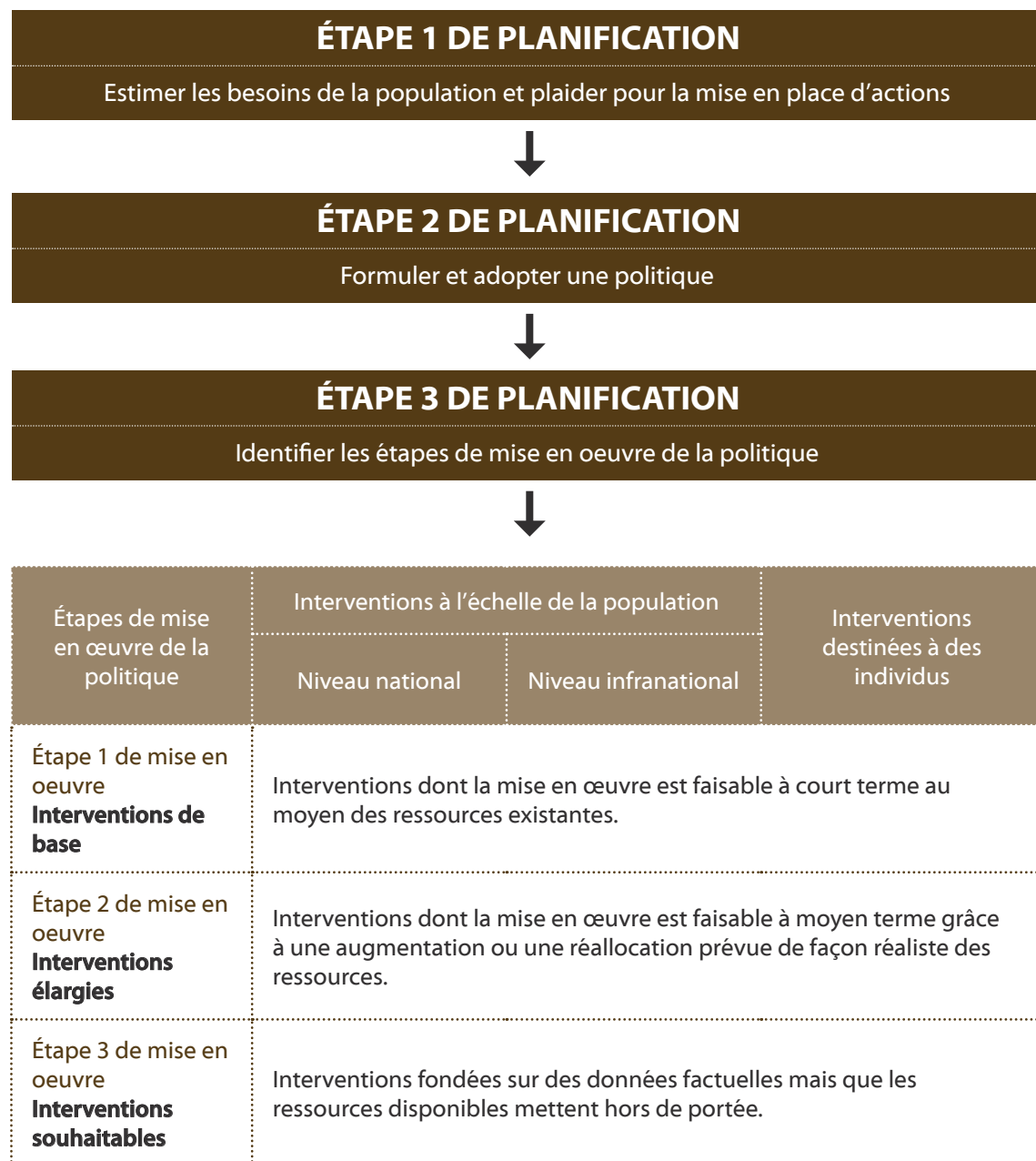
L'approche STEPwise s'appuie sur les gouvernements qui mettent en place, à l'échelon national, la politique globale de prévention des maladies chroniques, dont les actions couvrent tous les secteurs. La reconnaissance que la plupart des pays ne disposent pas des ressources nécessaires pour prendre immédiatement toutes les mesures inspirées de la politique globale est au cœur de cette approche. C'est pourquoi les activités immédiatement réalisables et susceptibles d'avoir le plus fort impact sur les investissements sont sélectionnées pour une mise en œuvre immédiate. Les interventions qu'il est possible de mettre en œuvre à moyen terme, une fois obtenue une réallocation réaliste des ressources, sont mises en place dans un deuxième temps. Les interventions qu'il est souhaitable de mettre en place mais qui nécessitent des ressources bien supérieures aux niveaux habituels des niveaux pratiqués sont programmées au stade final.

3.2

Détails et structure de l'approche STEPwise

La Figure 3 décrit les principales étapes de l'approche STEPwise. Elle comporte principalement trois étapes de planification et trois étapes de mise en œuvre.

Figure 3 Le cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques³



³ Source: Preventing chronic diseases: taking stepwise action (46) (La prévention des maladies chroniques : prendre des mesures progressives)

Étape 1 de planification : Estimer les besoins de la population et plaider pour la mise en place d'actions

La première étape de planification consiste à évaluer les caractéristiques des facteurs de risque et la charge des maladies chroniques dans un pays ou dans un groupe de population. La répartition des facteurs de risque dans la population est la principale information dont les pays ont impérativement besoin pour planifier leurs programmes de prévention et de lutte et cette répartition peut être évaluée par l'approche STEPwise de surveillance, mise au point par l'OMS (47). S'agissant des mesures déployées pour prévenir l'obésité de l'enfant, cela signifie que les gouvernements ne devraient pas envisager isolément les facteurs de risque d'obésité mais plutôt examiner un large éventail de facteurs de risque de maladies chroniques, comme par exemple la consommation de fruits et légumes et la consommation d'alcool.

Ces informations doivent ensuite être présentées sous une forme synthétique et diffusées de telle façon que l'on réussisse à faire adopter des politiques pertinentes grâce aux arguments présentés.

Étape 2 de planification : Formuler et adopter une politique

La deuxième étape de planification consiste à formuler et à adopter une politique de lutte contre les maladies chroniques qui présente un concept de prévention et de lutte contre les grandes maladies chroniques et constitue une base sur laquelle appuyer les actions dans les 5 à 10 prochaines années (48). Une politique de lutte contre les maladies chroniques doit s'appuyer sur les principes suivants : une mesure de santé publique exhaustive et intégrée, des activités intersectorielles, une perspective portant sur une vie entière et une mise en œuvre progressive qui tient compte des besoins locaux et d'autres considérations (48).

Selon le type de gouvernance de chaque pays, des politiques complémentaires peuvent également être élaborées à l'échelon de l'État, de la province, du district ou de la municipalité.

La politique élaborée à ce stade est semblable à la première étape du cadre de mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (voir le chapitre 1.3).

Étape 3 de planification : Identifier les étapes de mise en œuvre de la politique

La troisième étape de planification consiste à identifier les moyens les plus efficaces de mise en œuvre des politiques adoptées. À ce stade, les grilles d'analyse (présentées en annexe 1) peuvent se révéler utiles pour réaliser un premier balayage et identifier un ensemble complet de domaines politiques dans lesquels mener des actions spécifiques. Le financement de la santé, la législation et les réglementations, l'amélioration de l'environnement existant, les campagnes de plaidoyer, la mobilisation de la communauté et l'organisation et la prestation des services de santé sont quelques-uns des leviers qui permettent la mise en œuvre réussie d'une politique de santé (48). (Voir les exemples de tableaux en annexe 1).

Selon la méthode STEPwise, un certain nombre d'interventions doivent impérativement être mises en place graduellement, en fonction de leur faisabilité et de leur incidence probable dans les conditions locales et en tenant compte des contraintes et des obstacles possibles aux actions (48). Cette étape comprend la coordination et la coopération avec tous les partenaires du gouvernement, la société civile et le secteur public et leur consultation préalable.

La combinaison choisie des interventions de base à mettre en œuvre constitue le point de départ et le fondement des actions ultérieures. Chaque pays doit envisager différents facteurs pour décider quelles interventions constituent la première étape de mise en œuvre, quels moyens utiliser, leur incidence probable, leur caractère acceptable et l'appui politique envisageable. Le principe en est que la sélection d'un plus petit nombre d'activités et leur réalisation dans les règles de l'art auront probablement davantage d'effet que la réalisation d'un plus grand nombre d'activités sans méthode. Cette approche préconise que toute nouvelle activité complète celles déjà entreprises à l'échelon local, national ou de la province (46).

L'étape de planification est suivie de trois étapes de mise en œuvre.

3.4 Les étapes de mise en oeuvre

Étape 1 de mise en oeuvre : les interventions de base

Les différentes activités immédiatement réalisables et susceptibles d'avoir la plus forte incidence en termes d'investissement sont sélectionnées pour une mise en oeuvre immédiate. Ces interventions devraient normalement être menées à bien en deux ans.

Étape 2 de mise en oeuvre : les interventions élargies

Les interventions élargies viennent ensuite, en termes d'importance. Elles devraient être lancées le plus tôt possible mais leur degré de priorité est légèrement moindre que celui des interventions de base. Ces interventions peuvent être mises en oeuvre à moyen terme, après une réallocation réaliste des ressources.

Étape 3 de mise en oeuvre : les interventions souhaitables

Enfin, les interventions souhaitables qui exigent un niveau de ressources bien supérieur aux niveaux disponibles sont programmées pour une mise en oeuvre ultérieure. Il s'agit des interventions que tous les pays devraient viser à long terme, mais qui s'étendront probablement sur une plus longue période (au moins 5 ans).

Pour chaque degré de priorité des interventions, les pays doivent mettre au point trois types d'activités :

1. Interventions à l'échelle de la population, qui impliquent une démarche nationale.
2. Interventions à l'échelle de la population, qui impliquent une démarche dans la communauté.
3. Interventions à l'échelon individuel ou au niveau des soins cliniques.

3.5 Certains ont adopté avec succès le cadre STEPwise

Un certain nombre de pays, tels le Viet Nam et les Tonga, ont appliqué avec succès la méthode STEPwise pour formuler une politique et la mettre en oeuvre (46). Ces pays ont apporté la preuve que la méthode STEPwise pouvait être appliquée pour résoudre les problèmes de maladies chroniques, sans sacrifier la spécificité d'un pays donné. Bien qu'il n'existe pas de prescription universelle de mise en oeuvre, la force du cadre STEPwise est qu'il permet à chaque pays d'examiner un éventail de facteurs au cours du processus de définition des priorités.

Le Tableau 3 ci-après illustre l'application du cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques. Les recommandations sont issues de la réunion de 2003 des ministres de la santé des pays insulaires du Pacifique. (49).

Tableau 3 Exemples d'applications du cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques⁴

| Étape de mise en œuvre de la politique | Interventions à l'échelle de la population | | Interventions à l'échelon individuel |
|--|--|---|---|
| | Nationale | Infranationale | |
| Interventions de base | <p>Une politique nationale sur la nutrition, conforme à la stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, a été élaborée et adoptée au niveau ministériel. Elle stipule la nécessité d'une action plurisectorielle durable pour réduire l'apport de graisses et diminuer le sel (en portant une attention particulière au sel enrichi en iode, selon les besoins) ; elle recommande la consommation de fruits et légumes.</p> <p>L'impact sur la santé des politiques publiques est évalué (transports, urbanisme, taxation, pollution, entre autres).</p> | <p>Les plans d'infrastructure locale comprennent la mise à disposition et l'entretien de sites accessibles et sans risque propices à la pratique d'un exercice physique (des parcs et des zones piétonnières par exemple). Les projets de promotion de la santé à l'échelon communautaire prévoient des actions participatives de contrôle et de modification des facteurs environnementaux qui prédisposent les populations au risque de MNT : sédentarité, alimentation malsaine, abus d'alcool, etc.</p> <p>Les programmes des îles-santé⁵ qui visent à réduire les MNT sont mis en œuvre dans différents cadres : les villages, les écoles et les lieux de travail.</p> | <p>Un ensemble de principes directeurs portant sur la prise en charge des MNT prioritaires (comme le diabète et l'hypertension) a été adopté dans les centres de soins, les services de soins ambulatoires et les hôpitaux. Un approvisionnement accessible durable de médicaments appropriés contre les MNT prioritaires est assuré (ceux désignés dans la liste des médicaments essentiels). Un dispositif permettant l'application scrupuleuse et systématique de directives cliniques, et le contrôle clinique des services offerts.</p> <p>Un dispositif d'appel et de relance des patients souffrant de diabète et d'hypertension est opérationnel. Des services de soins palliatifs sont offerts systématiquement aux personnes parvenues en phase terminale (insuffisance rénale à son stade ultime, etc.) pour soulager la douleur et d'autres symptômes et permettre aux malades de mourir dans la dignité.</p> |
| Interventions élargies | <p>Promulgation et application d'une loi portant sur les normes alimentaires, qui prévoit les moyens de contrôler le respect de ces normes. La loi comprend également des dispositions qui rendent obligatoire l'insertion d'une information nutritionnelle sur l'étiquette du produit, et prévoit une subvention pour les fruits et légumes et une taxe sur les produits dont la qualité nutritionnelle est médiocre (aliments à forte teneur en graisse ou boissons sucrées par exemple).</p> | <p>Des programmes bien conçus et durables sont en place pour promouvoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une alimentation saine, par exemple acquisition de compétences culinaires, promotion des aliments à faible teneur en graisse et bon marché, choix de l'eau plutôt que des sodas, alimentation variée (par exemple « manger au moins cinq fruits et légumes frais par jour », promotion des aliments produits localement). • Exercice physique, par exemple incitations à bouger dans différents domaines (professionnel et loisirs), bouger comme perspective santé, définition de normes sur les exercices quotidiens cumulés, promotion d'activités culturelles telles que la danse. | <p>Des dispositifs sont en place pour mener des actions de prévention sélectives ciblant les populations les plus vulnérables (réduction du surpoids, identification et traitement des comorbidités liées à l'obésité, suivi du diabète gestationnel).</p> |

⁴ Source: Rapport : Réunion des ministres de la santé des pays insulaires du Pacifique (49).

⁵ Source: Healthy Islands in the Western Pacific – international settings development (50) (Les îles-santé dans le Pacifique occidental – définitions de cadres au niveau international (50)).

| Étape de mise en œuvre de la politique | Interventions à l'échelle de la population | | Interventions à l'échelon individuel |
|--|---|--|--|
| | Nationale | Infranationale | |
| Interventions souhaitables | <p>Établissement de normes dans le pays en vue de réglementer la commercialisation des aliments malsains destinés aux enfants (en particulier ceux à forte valeur énergétique, ou à forte teneur en graisses saturées, en sel ou en sucre et pauvres en nutriments essentiels). Promulgation d'une loi pour réglementer ou interdire la vente d'aliments non conformes aux normes nationales relatives à la teneur en nutriments. Renforcement des capacités de recherche en santé dans le pays en encourageant les études sur les MNT.</p> | <p>Mise à disposition de centres de loisirs et de mise en forme à l'intention des communautés (éventuellement mis en place dans le cadre d'une initiative locale des communautés).</p> | <p>Mise en œuvre de programmes de dépistage et de détection des cas de diabète, d'hypertension et de surpoids. Un système d'information à l'intention des patients atteints de cancer ou souffrant de diabète ou d'hypertension est opérationnel. Groupes de soutien favorisés pour les personnes en surpoids qui allaitent. Mise en place de diagnostics et d'interventions thérapeutiques appropriés dans les services de soins tertiaires. Orientation de patients à l'étranger pour diagnostics et interventions thérapeutiques.</p> |

4

L'arbre des problèmes et des solutions (méthode modifiée)

Pour déterminer les interventions politiques les mieux adaptées qu'un pays ou un territoire choisira de mettre en place, il est important de comprendre les principaux problèmes relatifs à l'alimentation et à l'exercice physique. Le processus de hiérarchisation peut commencer une fois terminé l'examen des solutions locales.

La méthode de l'arbre des problèmes et des solutions présentée ici (mPAST) (51) est une version légèrement modifiée de la méthode traditionnelle de l'arbre des problèmes – principal outil utilisé pour identifier les domaines d'action dans une analyse du cadre logique (52, 53). Cette méthode a été élaborée comme un moyen plus efficace de parvenir à la même finalité et a ensuite été adaptée à la question des régimes alimentaires.

La méthode de l'arbre des problèmes et des solutions a été utilisée dans un certain nombre de pays insulaires du Pacifique pour identifier plus facilement les interventions politiques qui permettront d'améliorer l'offre alimentaire, facteur de risque de MNT (Îles Fidji, Tonga) et d'identifier tous les types d'interventions possibles susceptibles d'inciter à la consommation de fruits et légumes (Samoa, Îles Salomon et Tuvalu) (51).

4.1 Sélectionner le groupe de partenaires

Un élément clé pour réussir une analyse par l'arbre des problèmes est de s'assurer de la participation d'un groupe de différents partenaires intéressés pour lancer le processus. Il est recommandé d'inclure des représentants de plusieurs secteurs gouvernementaux, tels que les ministères de la santé, de l'éducation, de l'agriculture, des transports, du commerce, du trésor public et des finances. Il est recommandé d'inclure également des représentants d'ONG concernées et du secteur privé (l'industrie alimentaire par exemple). (Pour obtenir plus de détails sur ce qui justifie la participation de multiples partenaires, reportez-vous au chapitre 2.5).

4.2 Sélectionner le groupe de partenaires

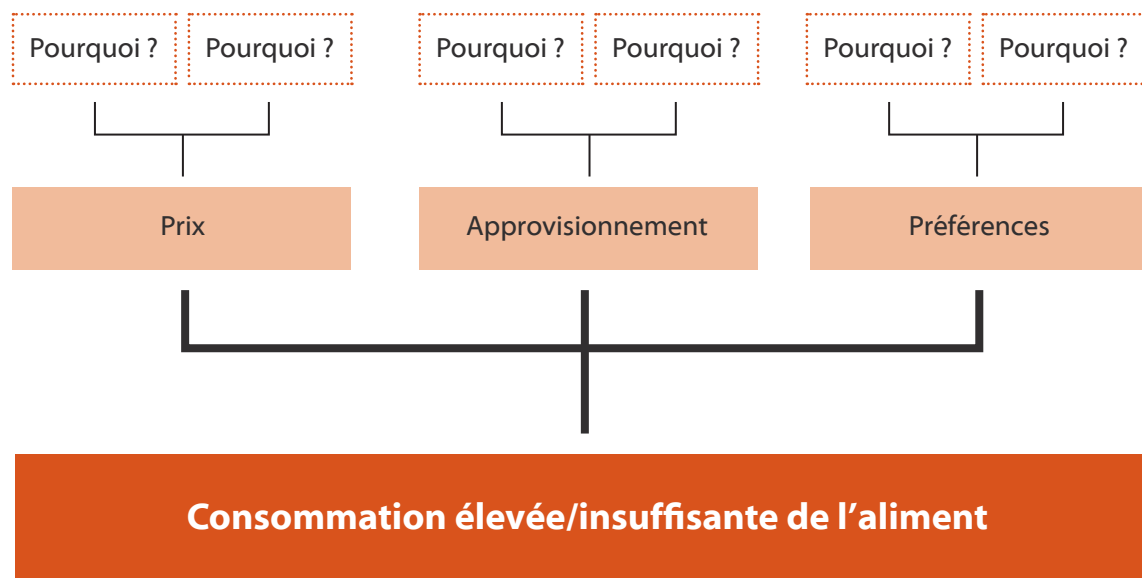
Étape 1 : Élaborer l'arbre modifié des problèmes

L'élaboration d'un arbre des problèmes implique un travail de définition, au cours d'un atelier par exemple, auxquels participent les différents partenaires. La méthode de l'arbre des problèmes et des solutions commence par l'identification des principaux problèmes – par exemple, la consommation insuffisante de fruits. Il peut arriver qu'un problème spécifique, comme la nécessité d'augmenter la consommation de fruits et légumes, soit déjà identifié. Lorsque le problème à résoudre se situe dans un contexte plus large (comme les habitudes alimentaires malsaines qui conduisent à l'obésité), alors il convient d'identifier les facteurs alimentaires spécifiques sur lesquels il est indispensable d'agir, avant d'entamer le processus de l'arbre des problèmes. Ce travail passe par l'examen des données factuelles disponibles tels les résultats d'enquêtes, les bilans alimentaires, les données d'importations, les informations sur les ventes et les résultats de la recherche liés aux facteurs qui influent sur l'alimentation et la sédentarité). En principe, l'identification des domaines dans lesquels les problèmes sont cruciaux doit être confiée à des experts locaux comme les nutritionnistes, les fonctionnaires chargés des MNT ou les universitaires concernés.

Les données probantes disponibles doivent faire l'objet de débats et les catégories d'aliments qui soulèvent certaines questions (comme les fruits, les boissons sucrées, l'huile de cuisson) ou les principaux facteurs incitant à la sédentarité (transports publics, structures de loisirs par exemple) seront identifiés en conséquence. Il faudrait déterminer si les données probantes internationales indiquent que ces aliments ont un lien de causalité avec l'obésité, ou si les habitudes alimentaires de sous-groupes de population expliquent les taux d'obésité. À partir de ces évaluations, des catégories essentielles limitées à un nombre raisonnable (jusqu'à 10 par exemple) pourraient être classées par ordre de priorité pour être ensuite examinées par la méthode modifiée de l'arbre des problèmes et des solutions.

L'élaboration des « arbres » peut alors commencer avec les partenaires issus de plusieurs secteurs. Sur une grande feuille de papier, ils tracent les rangées de départ de l'arbre, comme le montre la Figure 4, la rangée inférieure étant la « consommation insuffisante de fruits » et la couche suivante étant les facteurs possibles de cette consommation insuffisante de fruits, comme les facteurs « prix », « approvisionnement » et « préférence ». À partir de ces informations, les partenaires doivent réfléchir à la question « Pourquoi ? » – quelle est la raison de cette situation ? La chaîne de causalité est ensuite tracée en remontant, jusqu'à ce que les obstacles soient identifiés. À titre d'exemple, en partant de la gauche sur la Figure 4, « Prix » – pour quelle raison les fruits peuvent-ils être chers ? Les partenaires peuvent déterminer que les « taxes élevées » en sont une cause. Cet obstacle est alors inscrit au niveau immédiatement supérieur de l'arbre (c'est-à-dire dans le cadre vide dans la rangée supérieure en partant de « Prix »). En partant de « Taxes élevées » on pose de nouveau la question « Pourquoi ? ». On peut ainsi ajouter des rangées pour expliquer pourquoi cela se passe. Une autre raison de la cherté des fruits peut être « Approvisionnements insuffisants ». Lorsque cette cause est saisie dans une case, au-dessus de « Prix » on pose de nouveau la question « Pourquoi ? » – pourquoi n'y a-t-il pas assez de fruits à vendre ? Le processus se poursuit jusqu'à ce qu'on ne puisse plus ajouter de lignes (voir la Figure 5). L'arbre des problèmes est achevé.

Figure 4 Rangées de départ d'un arbre des problèmes⁶



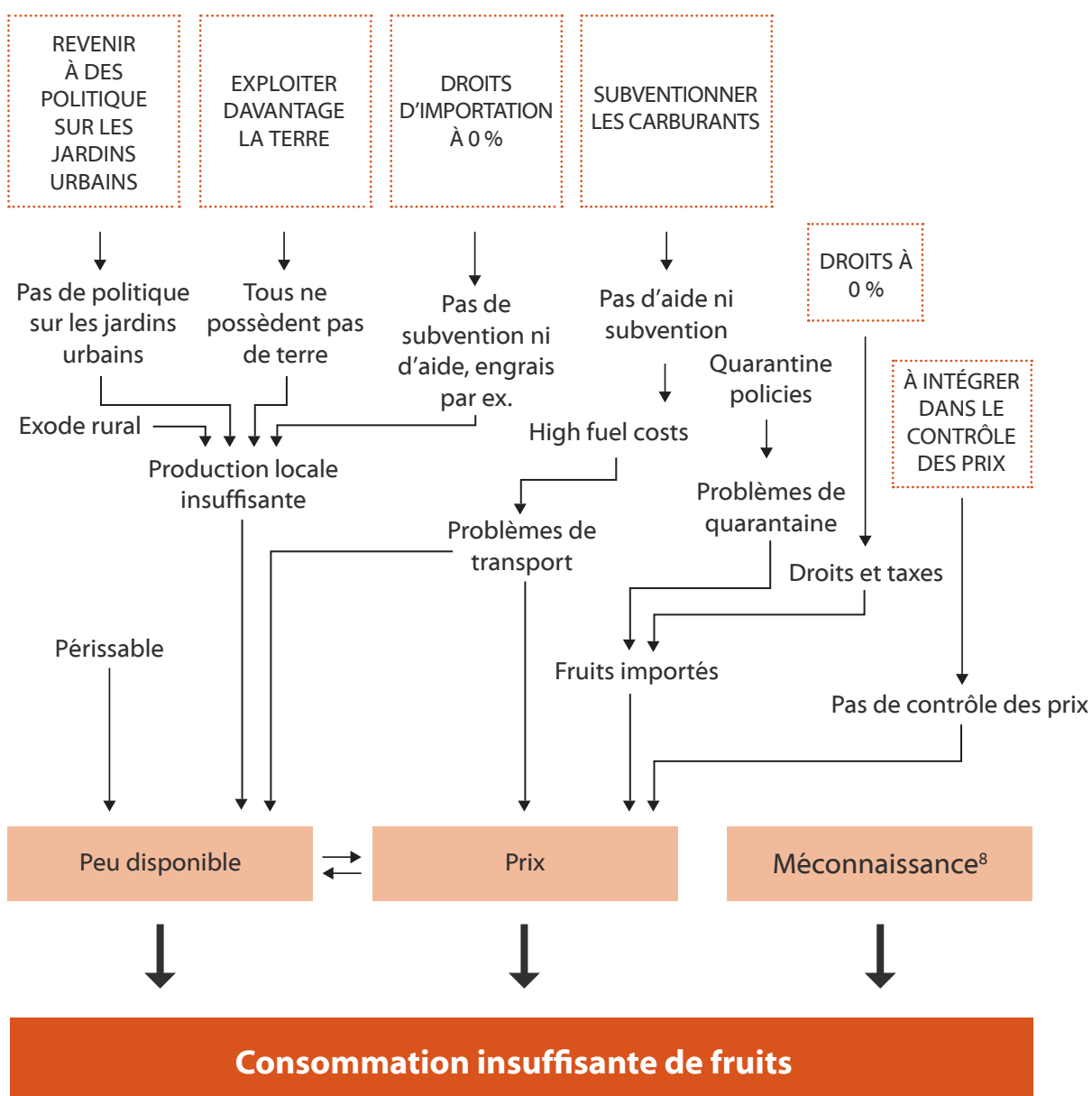
⁶ Source : Arbre des problèmes et des solutions : méthode pratique d'identification des interventions possibles pour améliorer la nutrition des populations (51)

Étape 2 : L'arbre des solutions (version modifiée)

Chaque problème identifié dans une case est examiné tour à tour pour que l'on voit quelles solutions sont possibles. À titre d'exemple, une solution au problème « Pas de contrôle des prix » concernant le prix des fruits (visible à droite sur la Figure 5) serait « À intégrer dans le contrôle des prix ». Cette solution est ensuite reportée à côté de la case du problème qui sera alors résolu (voir dans les cases de la Figure 5).

La Figure 5 présente un arbre complet combinant problèmes et solutions dans sa version modifiée.

Figure 5 Exemple d'un arbre combinant problèmes et solutions⁷



⁷ Source : Problem and solution trees: a practical approach for identifying potential interventions to improve population nutrition (51) (Les arbres des problèmes et des solutions : méthode pratique d'identification des interventions susceptibles d'améliorer la situation nutritionnelle de la population)

⁸ La mention « Méconnaissance » n'est associée à aucune autre arborescence puisque seules les interventions politiques ont été prises en compte dans cet exemple et que les solutions à une « méconnaissance » relèvent essentiellement de l'éducation et non pas d'une politique.

Résultats du processus

Entreprendre ce processus permet d'obtenir un aperçu clair des principaux facteurs qui influent sur les comportements types à faire évoluer en matière d'alimentation ou d'exercice physique. Ce processus peut être appliqué pour identifier uniquement les solutions apportées par les interventions politiques (et les problèmes qui leur sont associés), ou des actions plus globales. Le processus participatif permettra probablement de mettre en évidence les facteurs déterminants les plus marquants qui participent à de mauvais régimes alimentaires et à la sédentarité, et en tant que tel, il est un moyen utile d'identifier les changements politiques qui seront probablement les plus pertinents pour cette communauté.

Étape 3 : Autre hiérarchisation : l'application des critères

Pour évaluer les options politiques qui ont le plus de chance d'obtenir des résultats satisfaisants, il faut prendre en compte certains critères de hiérarchisation. Les principaux critères utilisés dans cette méthode sont les suivants : efficacité, faisabilité et autres impacts (26). D'autres critères, comme ceux énumérés dans l'Encadré 2 peuvent être choisis également.

Efficacité

Les points de vue des partenaires sur l'efficacité ont été combinés (lorsque ce fut possible) aux résultats d'analyses de simulations d'efficacité. Le manque de données nécessaires aux exercices de simulation fait souvent obstacle à l'obtention d'estimations représentatives de l'efficacité ; mais généralement, les partenaires ont une idée assez claire de ce que sera probablement l'impact d'une intervention, qu'il s'agisse de la probabilité de cet impact ou de son ampleur (26).

Dans les Îles Fidji et aux Tonga, un simple système de notation a été appliqué pour évaluer la probabilité de l'efficacité et le niveau d'effet d'interventions politiques sur le régime alimentaire (26). Ce système était le suivant :

- **Probabilité de l'effet :**
Certain (DF), Probable (P) ou Spéculatif/éventuel (SP)
- **Niveau de l'effet :**
Effet très positif/améliore la santé (++), Effet positif (+), Pas d'effet (0); Effet négatif (-), Effet très négatif (--)

Par exemple, si l'on envisage de diminuer la taxe sur les importations de fruits, quelle est la probabilité que cette mesure entraînera une augmentation de la consommation de fruits ? Et quel sera le niveau de l'effet probable ? Les partenaires pourraient être d'avis que cela entraînera probablement (P) une augmentation de la consommation et que l'effet sera également très positif (++).

Faisabilité

Bien qu'il existe de nombreuses façons d'évaluer une faisabilité, nous présentons la méthode utilisée avec un groupe de partenaires avertis dans les Îles Fidji et aux Tonga. Cette méthode associe un simple système de notation et un système de pondération, et s'appuie sur des critères spécifiques permettant aux partenaires d'envisager dans quelle mesure l'intervention ou le changement politique pourra être pratique ou faisable.

La méthode appliquée était la suivante :

1. Les critères spécifiques portant sur la « faisabilité » ont été acceptés d'un commun accord. Dans les Îles Fidji et aux Tonga, les critères retenus sont : faisabilité technique, faisabilité économique, caractère acceptable sur le plan politique, caractère acceptable sur le plan culturel et communautaire et enfin faisabilité juridique liée au commerce (un obstacle important au changement dans certains pays).

Chacun de ces critères a été clairement défini et accepté par l'ensemble des partenaires ; l'Encadré 3 présente des suggestions de définition pour chaque critère.

Encadré 3 Suggestions de définition des critères utilisés dans le système de pondération

Suggestions de définition (après discussion avec les partenaires) :

- *Faisabilité technique* : expertise (main d'oeuvre), disponibilité du matériel et de l'infrastructure (qualité et quantité).
- *Faisabilité économique* : accessibilité économique. Combien cela coûtera-t-il et qui paiera ?
- *Caractère acceptable sur le plan politique* : le gouvernement soutiendra-t-il cette approche ? Est-elle conforme à la politique du gouvernement (orientations générales, stratégie relative aux MNT, par exemple) ?
- *Caractère acceptable sur le plan culturel* : les partenaires et la communauté jugeront-ils cette approche acceptable.
- *Faisabilité juridique* : cette approche est-elle possible, compte tenu des accords de commerce et d'autres engagements ?

2. Un système de pondération est convenu pour ces critères. Cela signifie que les partenaires sont convenus de l'importance de chaque critère par rapport aux autres critères (26). Une méthode simple qui peut être utilisée pour appliquer un coefficient de pondération à un critère consiste à répartir un total de points de 100 % entre les cinq critères ci-dessus. Ainsi, si le critère de faisabilité économique est jugé le plus important, alors un coefficient de pondération de 40 % pourra lui être appliqué, tandis que 10 % seulement pourront être attribués à un critère moins important.

Aux Tonga, les coefficients de pondération appliqués ont été de 20 % pour la faisabilité technique, de 15 % pour la faisabilité économique, de 30 % pour le caractère acceptable sur le plan politique, de 10 % pour le caractère acceptable sur le plan culturel et enfin de 25 % pour la faisabilité liée au commerce (26). Le « caractère acceptable sur le plan culturel » a ensuite été considéré comme le moins important alors qu'on a attribué la plus grande importance au « caractère acceptable sur le plan politique ». Le critère « faisabilité technique » a été considéré plus important que les critères « faisabilité économique » et « faisabilité liée au commerce »

3. Une fois que tous les partenaires ont accepté ce système de pondération, ils ont procédé ensuite à l'examen de chaque mesure politique et lui ont attribué une note pour chacun des critères. Par exemple, lorsqu'ils ont examiné la « diminution de la taxe sur les importations de fruits » leurs questions ont été : à quel point cette mesure est-elle techniquement faisable ? Est-elle faisable du point de vue de son coût ? Est-elle faisable d'un point de vue technique, etc. ? Une note est attribuée à chacun des cinq critères, à savoir :

Note 1 : impossible/inacceptable/très difficile

Note 2 : difficile/majoritairement inacceptable

Note 3 : légèrement difficile/majoritairement acceptable

Note 4 : facile/acceptable

Dans l'exemple présenté dans le Tableau 4, la « diminution de la taxe sur les importations de fruits » est facile à mettre en œuvre d'un point de vue technique (note 4), majoritairement acceptable pour la communauté (note 3) et juridiquement facile à appliquer (note 4). Par contre, elle est inacceptable d'un point de vue politique (note 1) et le coût que cela implique risque de soulever des problèmes (note 3). Comme indiqué dans le tableau, la même démarche est adoptée pour toutes les options politiques examinées.

Tableau 4 Exemple de notation des options politiques pour cinq critères de faisabilité*

| Option politique | Faisabilité technique | Faisabilité économique | Caractère acceptable d'un point de vue politique | Caractère acceptable d'un point de vue culturel | Faisabilité juridique (commerce par ex.) |
|---|---|------------------------|--|---|--|
| Politique 1 : par ex. Diminuer la taxe sur les importations de fruits | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 |
| Politique 2 : par ex. Subventionner le carburant pour le transport des fruits | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Politique 3 | | | | | |
| Politique 4 | Processus achevé pour toutes les options politiques | | | | |
| Politique 5 | | | | | |

* Notation : 1 à 4 à savoir : 1=Impossible/Inacceptable, 2=Difficile/Majoritairement inacceptable, 3=Légèrement difficile/Majoritairement acceptable, et 4=Facile/Acceptable

Pour obtenir une note totale relative à la faisabilité de chaque option, le coefficient de pondération est alors associé aux notes. Ainsi, le coefficient de pondération attribué au critère « faisabilité technique » est multiplié par la note attribuée à ce critère, et ainsi de suite. Si l'on reprend par exemple les notes indiquées dans le Tableau 4 et les coefficients de pondération de 20 % pour la faisabilité technique, de 15 % pour la faisabilité économique, de 30 % pour le caractère acceptable sur le plan politique, de 10 % pour le caractère acceptable sur le plan culturel et enfin de 25 % pour la faisabilité liée au commerce, on obtient une note globale pour chaque critère de faisabilité. Le total obtenu pour cette option politique est alors la somme de toutes notes (voir le Tableau 5).

Une note globale plus élevée indique un niveau de faisabilité plus élevé. La note maximale est 4.

Tableau 5 Calcul de la note globale pour l'ensemble des critères de faisabilité, pour chaque option politique

| | Faisabilité technique | Faisabilité économique | Caractère acceptable sur le plan politique | Caractère acceptable sur le plan culturel | Faisabilité juridique (commerce par ex.) | Note totale |
|---|-----------------------|------------------------|--|---|--|-----------------------------------|
| Pondérations | 20% | 15% | 30% | 10% | 25% | |
| Politique 1 : par ex. diminuer la taxe sur les importations de fruits | 4x20% =0.8 | 3x15% =0.45 | 1x30% =0.3 | 4x10% =0.4 | 4x25% =1.0 | 0.8+0.45+0.3+0.4+1.0= 2.95 |
| Politique 2 : par ex. subventionner le carburant pour le transport des fruits | 4x20% =0.8 | 2x15% =0.3 | 2x30% =0.6 | 4x10% =0.4 | 4x0.25% =1.0 | 0.8+0.3+0.6+0.4+1.0= 3.10 |
| Politique 3 | | | | | | |
| Politique 4 | | | | | | |
| Politique 5 | | | | | | |

Processus achevé pour toutes les options politiques

Plus le total est élevé, plus l'intervention est faisable. Dans cet exemple, subventionner le carburant (note de 3,10) est une option plus faisable que faire baisser la taxe sur les importations (note 2,95).

Autres incidences

Une évaluation des incidences sociales plus globales des changements politiques proposés a été réalisée en appliquant une méthode d'évaluation environnementale et sociale. Un tel travail d'évaluation peut prendre beaucoup de temps, mais des outils de filtrage peuvent être utilisés dans le processus de hiérarchisation, à la place d'évaluations détaillées (26). Les outils de filtrage demandent moins de temps de mise en place et permettent d'identifier les domaines dans lesquels peuvent survenir d'éventuels problèmes. Cette information est particulièrement intéressante lorsqu'on détermine les politiques qui doivent être hiérarchisées.

Ainsi, dans les Îles Fidji et aux Tonga, un simple système de notation a été appliqué pour évaluer la probabilité de l'efficacité et le niveau d'effet d'interventions politiques sur le régime alimentaire (26). Ce système était le suivant :

- **Probabilité de l'effet :**
Certain (DF), Probable (P) ou Possible/éventuel (SP)
- **Niveau de l'effet :**
Effet très positif (++) , Effet positif (+) , Pas d'effet (0) ; Effet négatif (-) , Effet très négatif (---)

Cette méthode a été appliquée aux principaux domaines dans lesquels les effets peuvent se manifester (développement économique ou emploi par exemple) et aux principaux secteurs de la communauté (enfants et personnes âgées par exemple) (voir les Tableaux 6 et 7). Par exemple, une réduction de la taxe sur les importations de fruits serait-elle susceptible d'entraîner des effets secondaires autres qu'une baisse du prix des fruits, dans un groupe ou un domaine quelconque ? L'effet pourrait être par exemple une baisse des ventes locales de fruits par les fermiers de la région, ce qui aurait des conséquences sur leur emploi et leurs revenus. Cet effet pourrait être considéré comme peu probable (SP) mais aurait un effet négatif certain (-) (voir les Tableaux 6 et 7). Il est probable également (P) qu'une réduction de la taxe sur les importations de fruits aura particulièrement un effet positif (+) sur les membres les plus pauvres de la communauté et sur les citoyens dont on suppose qu'ils achètent les fruits plutôt qu'ils ne les produisent (voir le Tableau 7).

Tableau 6 Exemple d'évaluation d'effets possibles dans d'autres domaines

| Politique : Réduction de la taxe d'importation des fruits et légumes | | | |
|--|--|------------------------|-------------------|
| Domaines concernés | Sous-domaines / exemples | Probabilité de l'effet | Niveau de l'effet |
| Environnement physique | Eau, logements, pollution | | |
| Conditions économiques | Industrie ou sociétés locales | | |
| Communautaire et culturel | Famille, communauté | | |
| Conditions socio-économiques | Emploi, budget des ménages | SP | - |
| Politique | Politiques locales, relations régionales | | |
| Accès aux installations et aux services | Marchés, hôpitaux, écoles | | |
| Autres domaines liés à la santé | Tabac, alcool, exercice physique, nutrition, maladies transmissibles | | |
| Autres ? | | | |

Tableau 7 Exemple d'évaluation des effets sur des sous-groupes de la communauté

| Politique : Réduction de la taxe d'importation des fruits et légumes | | |
|--|------------------------|-------------------|
| Parties prenantes | Probabilité de l'effet | Niveau de l'effet |
| Population globale | | |
| Enfants | | |
| Adolescents | | |
| Personnes âgées | | |
| Habitants des villes | P | + |
| Habitants des campagnes | | |
| Pauvres | P | + |
| Femmes | | |
| Autres ? | Fermiers – SP | - |

En prenant en compte les critères ci-dessus, différents aspects des options politiques spécifiques deviennent visibles pour les partenaires, et l'on peut alors parvenir facilement à un consensus sur les groupes d'interventions les plus prometteurs (voir le Tableau 8).

Tableau 8 Exemple d'évaluation d'options politiques*

| | Efficacité | | Note globale sur la faisabilité | Autres effets | | |
|---|------------------------|-------------------|---------------------------------|---|------------------------|-------------------|
| | Probabilité de l'effet | Niveau de l'effet | | Effet | Probabilité de l'effet | Niveau de l'effet |
| Politique 1 : Diminuer la taxe sur les importations de fruits | P | ++ | 2.95 | 1. Emploi/revenus des fermiers locaux 2. Les plus pauvres et les citoyens dans la communauté | SP SP | - + |
| Politique 2 : Subventionner le carburant pour le transport des fruits | SP | + | 3.10 | 1. 2. 3. | | |
| Politique 3 | | | | | | |
| Politique 4 | | | | | | |
| Politique 5 | | | | | | |

*D'autres critères auraient pu être choisis, par exemple ceux énumérés dans l'encadré 2.

Étape 4 : Présentation des recommandations

Ces recommandations seront alors présentées à ceux qui ont compétence pour les faire appliquer. Par exemple, dans les Îles Fidji et aux Tonga, une liste de 20 à 30 options politiques spécifiques susceptibles de donner d'excellents résultats a été complétée pour chaque pays et sera présentée aux gouvernements respectifs.

4.3 Lancer l'application de la méthode de l'arbre des problèmes et des solutions

Le tableau ci-dessous présente les principales tâches, le calendrier approximatif et les ressources humaines nécessaires pour appliquer la méthode de hiérarchisation par l'arbre des problèmes et des solutions.

Tableau 9 Tâches, délais et ressources humaines nécessaires pour appliquer la méthode de hiérarchisation par l'arbre des problèmes et des solutions

| TÂCHE | CALENDRIER | RESSOURCES HUMAINES |
|---|---|--|
| Rassembler les informations générales sur les régimes alimentaires, l'exercice physique et les MNT | Environ un mois. Ce délai peut être réduit si certaines des informations générales nécessaires ont déjà été recueillies. | Ces tâches pourraient être confiées à un étudiant (par exemple un étudiant dans le domaine de la santé ou de la nutrition), un assistant chercheur ou à un membre de l'équipe du projet. |
| Organiser les ateliers des partenaires –notamment des représentants de différents secteurs gouvernementaux, (comme la santé, l'éducation l'agriculture, les transports, la planification, le commerce et les finances publiques) le secteur privé et la société civile (par exemple les ONG concernées). | En principe, les partenaires devraient être contactés au plus tard un mois avant le premier atelier. Au moins deux ateliers (mais pas plus de 3) seront nécessaires sur une période de 2 à 3 mois. | Pour obtenir leur totale adhésion, il est recommandé de confier le premier contact avec les partenaires à un responsable de l'équipe du projet ou à un responsable d'une communauté. Les tâches restantes pour organiser et animer l'atelier pourraient être confiées à un étudiant, à un assistant chercheur ou à un membre de l'équipe du projet. |
| Achèvement des arbres des problèmes avec le groupe des partenaires | La réalisation des arbres des problèmes peut être achevée durant un seul atelier d'environ 2 à 3 jours, ou pourrait s'étendre sur deux ateliers d'environ 2 jours chacun. Calendrier approximatif : • Une demi-journée de formation à l'utilisation de l'outil • 2 à 3 jours pour achever les arbres des problèmes | <ul style="list-style-type: none"> • Un animateur ayant les compétences pour diriger la méthode. • Le groupe de partenaires issus de différents secteurs • Au moins deux assistants chercheurs ou étudiants pour prendre des notes tout au long de cette tâche. |
| Rassembler des informations générales sur les données probantes justifiant les effets, et des données locales complémentaires | Un ou deux mois environ, tâche réalisée après l'achèvement des arbres des problèmes. Ce délai peut être réduit si certaines des informations générales nécessaires ont déjà été recueillies. | Ces tâches pourraient être confiées à un étudiant (par exemple un étudiant dans le domaine de la santé ou de la nutrition), un assistant chercheur ou à un membre de l'équipe du projet. |
| Procéder à la hiérarchisation et formuler des recommandations | Un atelier séparé d'environ deux jours sera nécessaire pour achever le travail de hiérarchisation et formuler des recommandations. Cet atelier pourrait se dérouler dans les deux mois qui suivent le premier atelier de préparation des arbres. | <ul style="list-style-type: none"> • Un animateur ayant les compétences pour diriger la méthode. • Le groupe de partenaires issus de différents secteurs • Au moins deux assistants chercheurs ou étudiants pour prendre des notes tout au long de cette tâche. |

5

La méthode ANGELO

5.1 Le contexte de la méthode ANGELO

Cadre d'analyse des environnements

Le cadre de la méthode ANGELO (Grille d'analyse des éléments liés à l'obésité) a été élaboré dans un premier temps comme un outil pratique devant servir à assurer une surveillance des environnements et à les regrouper par catégories pour identifier les obstacles possibles à une alimentation saine et à la pratique d'un exercice physique (54). Le cadre de base est une grille de 2x4 qui scinde les environnements obésogéniques en deux groupes, sur un axe – les micro-environnements (les cadres) et les macro-environnements (les secteurs) – et sur l'autre axe, quatre domaines environnementaux – physique, économique, politique et socio-culturel (54) (voir la Figure 6).

Figure 6 Grille ANGELO présentant les cadres, les secteurs et les domaines environnementaux

| Dimension de l'environnement | Micro-environnement (les cadres) | | Macro-environnement (les secteurs) | |
|------------------------------|---|-------------------|------------------------------------|-------------------|
| | Alimentation | Exercice physique | Alimentation | Exercice physique |
| Physique | Qu'est-ce qui est (ou n'est pas) disponible ? | | | |
| Économique | Quels sont les facteurs financiers ? | | | |
| Politique | Quelles sont les principes ? | | | |
| Socio-culturel | Quelles sont les attitudes, les croyances, les perceptions et les valeurs ? | | | |

Classement des environnements : la dimension de l'environnement

1. *Micro-environnement : les cadres*

Un cadre micro-environnemental est un cadre dans lequel des groupes de personnes se rassemblent dans des buts spécifiques qui portent le plus souvent sur l'alimentation, l'exercice physique voire, plus fréquemment, les deux à la fois. Ces cadres se distinguent généralement par leur situation géographique, sont relativement de petite taille et peuvent se trouver modifiés sous l'influence des individus. Il s'agit par exemple des écoles, des lieux de travail, des foyers et des voisinages.

2. *Macro-environnement : les secteurs*

Un secteur macro-environnemental relatif à l'obésité est un groupe d'industries, de services ou d'infrastructures d'appui qui influent sur la consommation des aliments et/ou sur la pratique d'exercices physiques dans les différents cadres, par exemple l'éducation et les systèmes de santé, tous les échelons d'un gouvernement, l'industrie alimentaire et les attitudes et croyances d'une société. Un cadre micro-environnemental comme un supermarché par exemple subira l'influence d'un certain nombre de secteurs d'appui macro-environnementaux tels que les secteurs de la production agro-alimentaire, de la transformation des aliments, de la distribution des aliments, et de leur commercialisation. Ces secteurs sont communs à l'ensemble de la population, s'appliquent souvent aux niveaux régional, national et international et sont généralement géographiquement dispersés. Les structures macro-environnementales se trouvent largement sous l'influence des individus, et les gouvernements eux-mêmes ont souvent des difficultés à exercer une influence sur ces secteurs du fait de leur dimension, de leur complexité et d'autres priorités. Ainsi, la tâche qui consiste à réorienter le secteur de l'éducation en vue d'assurer un approvisionnement et la promotion d'aliments sains est longue et complexe. Il en va de même dans les secteurs de l'urbanisme et des transports lorsque l'on cherche à offrir et à promouvoir des environnements qui favorisent des modes de déplacement dynamiques, ou dans l'industrie alimentaire pour faire adopter des campagnes responsables de commercialisation, ou encore lorsqu'il s'agit d'influer sur les croyances culturelles concernant la taille corporelle. Il faut souvent faire avec l'inertie profondément enracinée dans les grands systèmes, qui les rend difficiles à influencer mais il peut y avoir également des forces dynamiques et puissantes qui s'opposent à des environnements plus sains et la force de l'industrie alimentaire qui cherche à augmenter ses profits en vendant des aliments malsains en est un exemple typique.

Classement des environnements : le domaine environnemental

1. *L'environnement physique : disponibilité*

L'environnement physique recouvre les environnements naturels ou bâtis mais aussi l'accès physique à certaines opportunités comme les structures sportives, les formations professionnelles ou l'accès aux fruits et légumes.

S'agissant des aliments, on entend par environnement physique ce qui est disponible dans de multiples points de vente alimentaires, y compris dans les restaurants, les supermarchés, les distributeurs automatiques, les écoles, les lieux de travail et les communautés, dans les centres sportifs ou artistiques.

S'agissant de l'exercice physique, on entend par environnement physique ce qui permet de participer à des activités de loisirs, professionnelles ou occasionnelles. Les facteurs environnementaux qui exercent une influence sur l'usage de modes de transports dynamiques (la marche, le vélo) par opposition au transport motorisé (voitures, ascenseurs, escalators) impliquent la mise à disposition de voies cyclistes, de voies piétonnes, d'éclairage public, de transports publics et d'escaliers accessibles dans les immeubles. Les facteurs qui influent sur la participation à des activités de loisirs dynamiques supposent la mise à disposition d'espaces récréatifs de qualité, de parcs, de terrains de sport et de clubs communautaires.

2. ***L'environnement économique : les facteurs financiers***

Par environnement économique, on entend les coûts liés à l'alimentation et à l'exercice physique. Concernant les aliments, les facteurs économiques majeurs sont les coûts de production agro-alimentaire, de transformation et de distribution des aliments et de leur vente au détail. Ces coûts sont, en grande partie, déterminés par les forces du marché mais certaines opportunités existent qui rendent possibles des mesures de santé publique. Il est possible de réduire le coût relatif des choix favorables à la santé en réduisant les coûts réels (par exemple en subventionnant les légumes) ou en offrant des facilités de paiement (par exemple en réduisant les impôts sur le revenu au bénéfice des bas salaires).

3. ***L'environnement politique : les règles s'y rapportant***

L'environnement politique se réfère aux principes se rapportant à l'alimentation et à l'exercice physique. Il s'agit des lois, des réglementations, des politiques (officielles ou non) et des règles institutionnelles comme les règlements scolaires ou les règles dans les ménages.

S'agissant des aliments par exemple, au niveau micro-environnemental scolaire, l'environnement politique concerne la politique nutritionnelle scolaire et les principes scolaires relatifs aux aliments. Au niveau macro-environnemental, on entend par environnement politique les politiques, réglementations et lois gouvernementales portant sur les aliments et la nutrition et les politiques et normes imposées à l'industrie alimentaire.

S'agissant de l'exercice physique, au niveau micro-environnemental, l'environnement politique qui se répercute sur la pratique d'exercices physiques à domicile pourrait être les règles imposées dans les ménages sur le niveau de participation à des jeux de réflexion. Au niveau macro-environnemental, les réglementations, les lois et les politiques d'urbanisme qui donnent la priorité aux modes de déplacement dynamiques (le vélo ou la marche par exemple) ou préconisent les transports publics plutôt que la voiture favoriseront la pratique d'exercices physique.

4. ***L'environnement socio-culturel : attitudes, croyances, perceptions, valeurs***

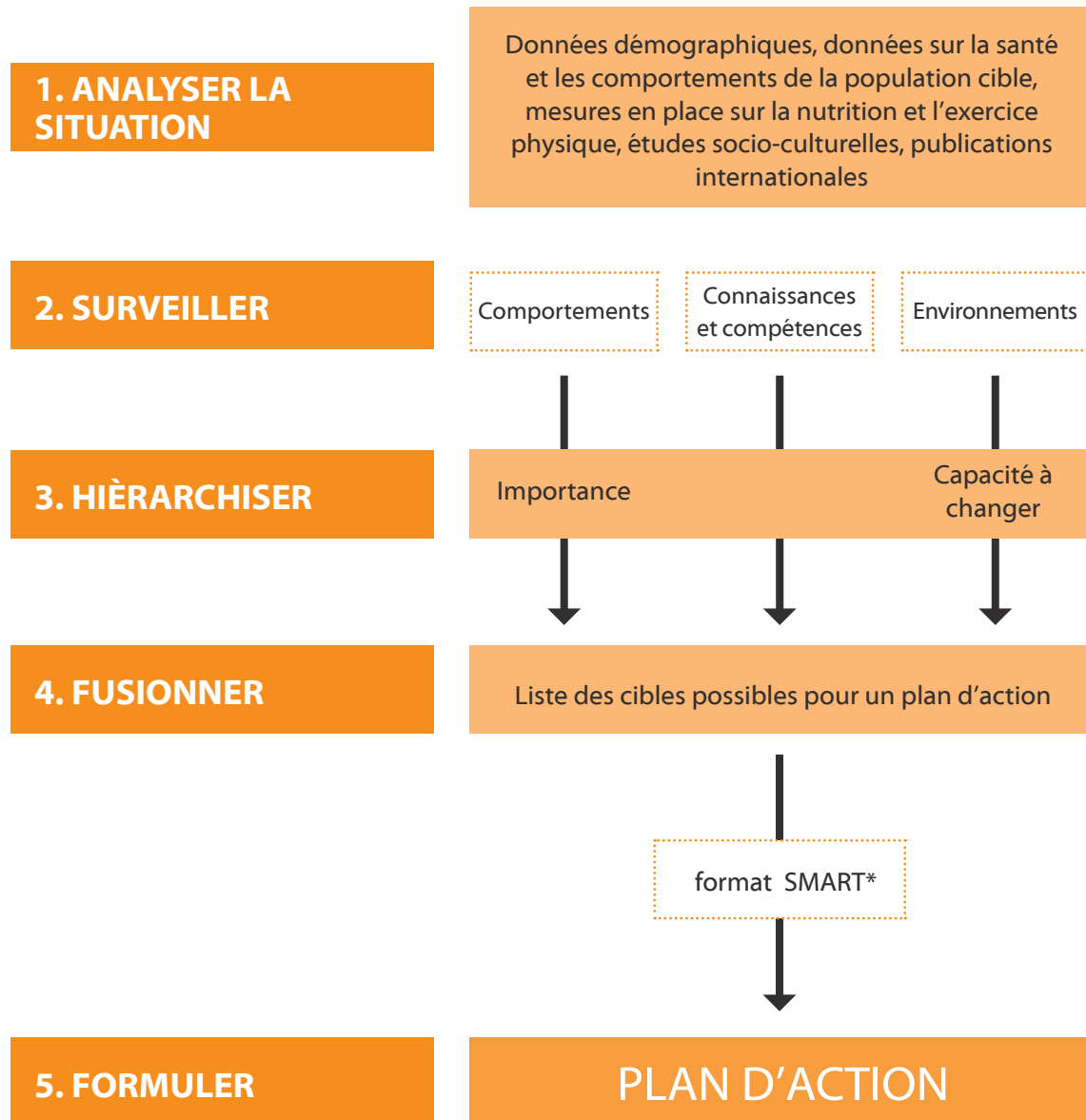
Par environnement socio-culturel, on entend essentiellement les attitudes, les croyances et les valeurs d'une communauté ou d'une société en ce qui concerne les aliments et l'exercice physique. Cette notion recouvre de nombreux aspects liés aux aliments, tels que l'hospitalité, le statut de l'aliment et la signification des aliments, ainsi que les valeurs culturelles associées à l'exercice physique et les perceptions de la taille corporelle.

Du cadre à la méthode : créer un plan d'action pour la communauté

Le cadre ANGELO a évolué jusqu'à devenir la *méthode* ANGELO ce qui a permis de l'utiliser pour définir les actions prioritaires de prévention de l'obésité dans les communautés (55). Cette méthode a été appliquée dans plusieurs projets de prévention de l'obésité dans « la communauté toute entière » chez les enfants et les adolescents d'Australie, de Nouvelle-Zélande, des îles Fidji et des Tonga (55, 56).

La méthode ANGELO est fondée sur les données factuelles et sur la pratique (2, 57). Elle suit les principes et les domaines d'activité pour la promotion de la santé (58) et les processus de définition des priorités lorsque des évaluations techniques (c'est-à-dire les données issues de la littérature scientifique, les données factuelles et l'expérience locales, des analyses spécifiques ou les résultats de recherches ciblées) sont incluses dans un processus (engagement avec les principaux partenaires, prises de décision communes dans la transparence) pour parvenir à s'entendre sur les priorités (17). Un aperçu de la méthode ANGELO est présenté à la Figure 7 et chaque étape est décrite ensuite de façon détaillée.

Figure 7 La méthode ANGELO pour identifier les composantes prioritaires d'un plan d'action



* SMART = précises, mesurables, réalisables, pertinentes, limitées dans le temps (attributs de cibles appropriées)

Étape 1 : Analyser la situation

Pour réaliser une analyse de situation, il faut identifier les caractéristiques importantes de la communauté, de la culture, des domaines dans lesquels les problèmes se posent et des mesures ou des programmes locaux déjà en place de façon à pouvoir intégrer ces facteurs contextuels dans le plan d'action et à en tenir compte dans la mise en œuvre de ce plan. S'agissant des populations fortement influencées par des valeurs socio-culturelles relatives à la nourriture, à l'exercice physique et par les perceptions de la taille corporelle, il pourra être nécessaire de réaliser des études spécifiques pour caractériser ces facteurs. Par exemple, des entrevues qualitatives ont été menées à bien auprès des populations du Pacifique concernées par les interventions réalisées à l'échelon des communautés. (55).

Une analyse de situation consiste également à préparer une synthèse des données factuelles tirées de la littérature scientifique et portant sur l'efficacité des programmes d'intervention sur l'obésité (59, 60). Cette synthèse sera transmise aux partenaires.

Étape 2 : Surveiller – les comportements, les environnements, les connaissances et les compétences

Au cours de cette étape, le groupe de partenaires est invité à appliquer le cadre ANGELO à l'échelon d'une communauté ou d'un cadre ou d'un secteur. Les participants doivent compter parmi eux des représentants des principaux organismes partenaires comme un gouvernement local, des ONG concernées et le secteur privé (des fabricants d'aliments par exemple). Ils devront comprendre également des adolescents si ceux-ci sont le groupe ciblé par le programme.

Les feuilles de calcul ANGELO sont utilisées pour énumérer les comportements pouvant être ciblés (environ 20 à 25 comportements spécifiques), les lacunes à combler dans les connaissances et les compétences (environ 10 à 20 lacunes) et les obstacles environnementaux à surmonter (environ 20 à 30 obstacles *par cadre*). Ces points doivent être vérifiés auprès des membres de la communauté (55). Ainsi, les listes suivantes, présentées dans les encadrés 4 à 8, ont été compilées pour un groupe cible d'enfants âgés de 5 à 12 ans.

Encadré 4 Comportements pouvant être ciblés

1. Manger davantage de fruits
2. Manger davantage de légumes
3. Manger davantage de céréales complètes
4. Boire plus d'eau et moins de boissons riches en sucre, y compris les jus de fruits
5. Prendre un petit déjeuner tous les jours
6. Améliorer le contenu de la boîte repas
7. Réduire les aliments riches en graisse et/ou en sucre dans les boîtes repas et dans les goûters après l'école
8. Manger des aliments moins gras au dîner
9. Manger moins souvent des aliments de restauration rapide
10. Pratiquer davantage la marche ou le vélo (plutôt que la voiture)
11. Pratiquer plus souvent des activités informelles qui impliquent de l'exercice physique (faire du skate ou des paniers de basket par exemple)
12. Participer davantage à des activités physiques collectives autres que du sport (danse ou arts martiaux par exemple)
13. Prévoir davantage d'heures d'éducation physique dans les écoles
14. Rester moins longtemps devant la télévision
15. Consacrer moins de temps aux jeux électroniques
16. Pratiquer davantage la marche ou le vélo (plutôt que la voiture)

Encadré **5** Domaines de changement possible dans l'environnement familial ou du domicile

Environnement physique :

Alimentation

1. Plus de fruits disponibles
2. Plus de légumes et plus de choix d'aliments favorables à la santé pour les repas du soir
3. Plus de choix d'aliments favorables à la santé pour le goûter après l'école et à d'autres moments de la journée
4. Moins de boissons très sucrées disponibles
5. Plus de choix d'aliments favorables à la santé pour le petit déjeuner
6. Plus de possibilités à domicile de préparer des repas sains

Exercice physique

1. Plus de moyens disponibles à domicile (ballons, battes, filets, vélos) pour jouer
2. Des arrière-cours plus grandes pour y jouer
3. Les parents assurent plus de transports aux lieux d'activités

Environnement économique :

Alimentation

1. Réduire l'argent de poche dépensé en aliments très sucrés, gras et salés
2. Augmenter le budget repas dépensé en aliments plus sains

Exercice physique

1. Augmenter les sommes dépensées pour le sport et les activités
2. Réduire les sommes dépensées en loisirs tels que le cinéma, les DVD, etc.

Environnement politique :

Alimentation

1. Règles plus strictes sur l'argent de poche dépensé en aliments très riches en sucre, en graisse ou en sel
2. Plus de règles imposées sur les aliments et les boissons pour favoriser des choix d'aliments favorables à la santé dans les boîtes repas

Exercice physique

1. Règles plus strictes sur le temps passé devant la télévision ou les jeux électroniques
2. Moins de restrictions sur une participation à des sports, des jeux et des activités de plein air
3. Règles plus souples lorsqu'il s'agit de marcher et/ou de circuler à vélo dans les rues

Environnement socio-culturel :

Alimentation

1. Les parents doivent davantage donner l'exemple d'une alimentation saine
2. Les familles doivent favoriser davantage une alimentation saine
3. Les parents doivent considérer les cantines scolaires comme un prolongement de la salle de classe, s'agissant des règles appliquées, et non pas comme un magasin où l'on se sert de ce qui fait envie

Exercice physique

1. Les parents doivent davantage donner l'exemple de la pratique d'exercices physiques
2. Les familles doivent favoriser davantage la pratique d'un sport ou l'exercice physique
3. Notions de sûreté et de sécurité

Autres options :

Encadré **Domaines d'amélioration possible des connaissances et de**
6 **renforcement des compétences**

1. Savoir que prendre un petit déjeuner favorise l'étude
2. Savoir ce que sont des choix de repas favorables à la santé
3. Savoir que les aliments à emporter et le grignotage d'aliments gras comme les frites sont mauvais pour la santé
4. Savoir que les boissons très riches en sucre sont mauvaises pour la santé
5. Savoir que les jus de fruits ne sont pas des boissons saines
6. Savoir ce que sont des en-cas favorables à la santé
7. Savoir que manger beaucoup de fruits et légumes vous maintient en bonne santé
8. Savoir qu'il est recommandé aux enfants et aux adolescents de pratiquer un exercice, de modéré à intense, pendant au moins une heure chaque jour.
9. Savoir qu'aller à l'école à pied peut être amusant et bon pour la santé
10. Avoir conscience des dangers de la route
11. Savoir que regarder la télévision trop longtemps affaiblit l'organisme et diminue la vitalité
12. Savoir que la durée recommandée d'un loisir « devant un écran » (de télévision ou de jeux électroniques) ne doit pas excéder 2 heures par jour
13. Améliorer les compétences culinaires
14. Avoir grand plaisir à manger des fruits et des légumes
15. Connaître les règles de la sécurité routière et/ou de la circulation cycliste
16. Avoir de bonnes compétences sportives, dans les jeux de ballon par exemple

Encadré 7 Domaines de changement possible dans l'environnement scolaire

Environnement physique :

Alimentation

1. Plus d'aliments favorables à la santé proposés dans les cantines
2. Plus de programmes de cours sur la nutrition et les aliments

Exercice physique

1. Meilleures installations de plein air
2. Meilleures installations en salle
3. Plus d'équipements pour la pratique de jeux et d'éducation physique
4. Plus de possibilités d'éducation physique
5. Plus de sports disponibles auxquels participer
6. Plus de possibilités d'exercice physique non sportif (danse ou karaté par exemple)

Environnement économique :

Alimentation

1. Écoles moins dépendantes de la « malbouffe » pour la collecte de fonds
2. Permettre des choix favorables à la santé dans les cantines en faisant baisser le prix de ces aliments
3. Adopter des stratégies permettant de préserver les bénéfices tout en assurant des repas sains dans les cantines

Exercice physique

1. Rendre les programmes sportifs moins chers
2. Augmenter le budget scolaire alloué à l'éducation physique et aux équipements sportifs

Environnement politique :

Alimentation

1. Politiques plus efficaces sur les cantines et les commandes de repas
2. Politiques plus efficaces sur les en-cas du matin
3. Politique de mise à disposition de bouteilles d'eau en classe
4. Politiques scolaires plus efficaces sur l'alimentation et la collecte de fonds
5. Conseils sur les boîtes repas à l'intention des parents

Exercice physique

1. Règles plus souples sur l'utilisation des équipements à l'heure du déjeuner
2. Politiques plus efficaces pour promouvoir le sport et des activités

Environnement socio-culturel :

Alimentation

1. Plus grande importance accordée à une alimentation saine à l'école
2. Les enseignants doivent davantage donner l'exemple sur une alimentation saine

Exercice physique

1. Plus grande importance accordée au fait d'être physiquement actif
2. Les enseignants doivent davantage donner un exemple de pratique d'exercices physiques

Autres options:

Encadré 8 Domaines de changement possible dans les quartiers

Environnement physique :

Alimentation

1. Plus de possibilités de choix favorables à la santé dans les milk-bars, les points de vente à emporter, etc.
2. Informations nutritionnelles sur les étiquettes des plats de restauration rapide ou de restaurants
3. Plus de choix favorables à la santé dans les menus pour enfants dans les restaurants

Exercice physique

1. Plus de parcs et d'espaces de plein air à proximité
2. Meilleurs équipements pour de l'exercice physique dans les parcs du voisinage (paniers de basket et rampes de skate par exemple)
3. Plus de clubs sportifs et de loisirs dans le voisinage
4. Plus de voies cyclistes et piétonnes
5. Moins de circulation dans les rues de banlieue
6. Moins de chiens dans le quartier
7. Des rues où les filles se sentent en sécurité pour marcher ou faire de l'exercice

Environnement économique :

Alimentation

1. Les aliments sains doivent être moins chers

Exercice physique

1. L'inscription à un club ou l'utilisation d'équipements de loisirs doit coûter moins cher (cours de gymnastique ou de golf, piscines par exemple)

Environnement politique :

Alimentation

1. Politique sur les aliments servis dans les installations communautaires
2. Politique sur les jardins publics

Exercice physique

1. Limitations de vitesse des véhicules

Environnement socio-culturel :

Alimentation

1. Plus grande importance accordée à une alimentation saine dans la communauté
2. Les anciens dans la communauté peuvent donner l'exemple d'une alimentation saine

Exercice physique

1. Plus grande importance accordée à l'exercice physique dans la communauté

Autres options:

Étape 3 : Hiérarchiser

Hiérarchiser les comportements et les environnements

La hiérarchisation des comportements et des environnements suppose que chaque partenaire dans le groupe attribue un score à chacun des éléments énumérés dans la liste en fonction de leur importance (en tenant compte de leur effet et de leur pertinence) et selon leur faisabilité et leur capacité à changer. Par exemple, ils peuvent utiliser une échelle de 1 à 5 pour noter chaque élément, comme suit :

- 1. Importance : « Quelle est la pertinence et l'impact de cet élément dans notre situation ? »**
 - 1 = aucune importance
 - 2 = un peu d'importance
 - 3 = une certaine importance
 - 4 = une grande importance
 - 5 = une importance extrême
- 2. Capacité à changer : « En quoi cet élément est-il facile ou difficile à changer dans notre situation ? »**
 - 1 = très difficile à changer
 - 2 = difficile à changer
 - 3 = peut éventuellement changer
 - 4 = facile à changer
 - 5 = très facile à changer

On obtient le score final des éléments en multipliant les scores obtenus pour les critères Importance et Capacité à changer ($I \times C$). Il ne peut pas y avoir égalité entre les scores, ou des scores ex-aequo, dans le total final. Si deux éléments obtiennent un même score, il faut donc impérativement que l'un des deux soit prioritaire sur l'autre.

Les cinq premiers éléments peuvent alors être hiérarchisés en attribuant le premier rang à l'élément dont le score est le plus élevé, le deuxième rang à l'élément dont le score suit immédiatement, et ainsi de suite. On attribue ensuite des points à chaque rang, comme suit :

| | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|
| RANG DES PRIORITÉS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| POINTS | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Le tableau suivant montre les scores obtenus et le classement des comportements (en prenant comme exemple la liste des comportements identifiés dans l'Encadré 4) :

Tableau 10 Exemple de scores obtenus et de classement des comportements

| Types de comportements cibles possibles | Scores (utiliser toute la plage des scores) | | | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|--|--|-----------------------------|-------------|---------------|-----------------|
| | Importance (1-5) | Capacité à changer (1-5) | Total (IxC) | | |
| 1. Manger davantage de fruits | 2 | 4 | 8 | | |
| 2. Manger davantage de légumes | 4 | 3 | 12 | 4 | 3 |
| 3. Manger davantage de céréales complètes | 2 | 3 | 6 | | |
| 4. Boire moins de boissons riches en sucre, y compris les jus de fruits (et boire plus d'eau) | 5 | 4 | 20 | 1 | 5 |
| 5. Prendre un petit déjeuner tous les jours | 1 | 3 | 3 | | |
| 6. Améliorer le contenu de la boîte repas | 3 | 4 | 12 | 5 | 1 |
| 7. Réduire les aliments riches en graisse, en sucre et en sel dans les boîtes repas et dans les goûters après l'école | 4 | 4 | 16 | 2 | 4 |
| 8. Manger des aliments moins gras au dîner | 3 | 2 | 6 | | |
| 9. Manger moins souvent des aliments de restauration rapide | 3 | 3 | 9 | | |
| 10. Pratiquer davantage la marche ou le vélo (plutôt que la voiture) | 3 | 3 | 9 | | |
| 11. Pratiquer plus souvent des activités informelles qui impliquent un exercice physique (faire du skate ou des paniers de basket par exemple) | 3 | 2 | 6 | | |
| 12. Participer davantage à des activités physiques collectives autres que du sport (danse ou arts martiaux par exemple) | 2 | 2 | 4 | | |
| 13. Prévoir davantage d'heures d'éducation physique dans les écoles | 2 | 1 | 2 | | |
| 14. Rester moins longtemps devant la télévision | 4 | 4 | 16 | 3 | 3 |
| 15. Consacrer moins de temps aux jeux électroniques | 3 | 2 | 6 | | |

Nota :

1. Toute la plage des scores est utilisée – le score doit être discriminant.
2. Il y a des scores ex-aequo – mais il ne peut pas y avoir deux scores égaux, il faut donc choisir l'un des deux. Dans cet exemple, l'élément « Réduire les aliments riches en graisse, en sucre et en sel » (rang 2) est prioritaire sur « Rester moins longtemps devant la télévision » (rang 3)

Calculer le total des points obtenus pour chaque comportement cible pour déterminer les priorités

Lorsque chacun a classé et attribué des points aux comportements cibles possibles, le groupe se rassemble pour ajouter les points totaux pour chaque comportement cible. Par exemple, dans un groupe de cinq partenaires et en prenant l'élément « Manger davantage de fruits » comme exemple de comportement, le premier partenaire peut avoir attribué 5 points (rang 1), le deuxième partenaire, 0 point (pas classé comme prioritaire), le troisième partenaire, 2 points (rang 4), le quatrième partenaire, 0 point (pas classé comme prioritaire) et le cinquième partenaire, 4 points (rang 2). Ces points sont totalisés et le score total obtenu est $(5+0+2+0+4=11)$. Cette méthode est répétée pour tous les comportements cibles et aboutit aux « cinq premiers » éléments, c'est-à-dire aux cinq comportements ayant obtenu le plus grand nombre de points.

La méthode de classement et d'attribution de points est appliquée également pour tous les « Environnements » retenus.

En prenant « Environnement familial ou du domicile » comme exemple, la question est : Quels domaines de changement possible dans l'environnement du domicile sont liés aux comportements prioritaires ?

Tableau 11 Exemple de scores et de classement : Environnement familial/du domicile*

| Type d'environnement | Cadre environnemental DOMICILE/FAMILLES | Scores (utiliser toute la plage des scores) | | | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|--|--|---|--------------------------|-------------|------------|--------------|
| | | Importance (1-5) | Capacité à changer (1-5) | Total (IxC) | | |
| Physique Qu'est-ce qui est/n'est pas disponible ? | Alimentation | | | | | |
| | 1. Plus de fruits disponibles | 5 | 4 | 20 | 2 | 4 |
| | 2. Plus de légumes et plus de choix d'aliments favorables à la santé pour les repas du soir | 5 | 3 | 15 | | |
| | 3. Plus de choix d'aliments favorables à la santé pour le goûter après l'école et à d'autres moments de la journée | 5 | 3 | 15 | | |
| | 4. Moins de boissons très sucrées disponibles | 5 | 4 | 20 | 4 | 2 |
| | 5. Plus de choix d'aliments favorables à la santé pour le petit déjeuner | 5 | 3 | 15 | | |
| | 6. Plus de possibilités à domicile pour préparer des repas sains | 4 | 3 | 12 | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | 7. Plus de moyens disponibles à domicile (ballons, battes, filets, vélos) pour jouer | 4 | 4 | 16 | | |
| 8. Des arrière-cours plus grandes pour y jouer | 3 | 1 | 3 | | | |
| 9. Les parents assurent plus de transport aux lieux d'activités | 3 | 4 | 12 | | | |
| Économique Quels sont les facteurs financiers ? | Alimentation | | | | | |
| | 10. Réduire l'argent de poche dépensé en aliments très sucrés, gras et salés | 3 | 5 | 15 | | |
| | 11. Augmenter le budget repas consacré en aliments plus sains | 5 | 3 | 15 | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | 12. Dépenser davantage pour le sport et l'exercice physique | 4 | 4 | 16 | | |
| 13. Dépenser moins en loisirs tels que cinéma, DVD, etc. | 4 | 4 | 16 | | | |
| Politique Quelles sont les règles ? | Alimentation | | | | | |
| | 14. Règles plus strictes sur l'argent de poche dépensé en aliments très riches en sucre, en graisse et en sel | 4 | 3 | 12 | | |
| 15. Plus de règles imposées sur les aliments et les boissons pour favoriser des choix d'aliments favorables à la santé dans les boîtes repas | 4 | 4 | 16 | 5 | 1 | |

* La même méthode est appliquée pour hiérarchiser d'autres environnements pertinents tels que le milieu scolaire et les quartiers.

Nota :

Il y a des scores ex-aequo – mais il ne peut pas y avoir deux scores égaux, il faut donc choisir l'un des deux. Dans cet exemple, l'élément « Plus de règles imposées sur les aliments et les boissons pour favoriser des choix d'aliments favorables à la santé dans les boîtes repas » (total IxC=16, rang 5) est prioritaire sur d'autres éléments qui ont obtenu des totaux de 16.

| Type d'environnement | Cadre environnemental DOMICILE/FAMILLES | Scores (utiliser toute la plage des scores) | | | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|--|---|--|-----------------------------|----------------|---------------|-----------------|
| | | Importance (1-5) | Capacité à changer (1-5) | Total (IxC) | | |
| Politique Quelles sont les règles ? | Exercice physique | | | | | |
| | 16. Règles plus strictes sur le temps passé devant la télévision et les jeux électroniques | 5 | 5 | 25 | 1 | 5 |
| | 17. Moins de restrictions sur une participation à des sports, des jeux et des activités de plein air | 4 | 4 | 16 | | |
| | 18. Règles plus souples lorsqu'il s'agit de marcher ou de circuler à vélo dans les rues | 3 | 4 | 12 | | |
| Socio-culturel attitudes, les croyances, les perceptions, les valeurs, les pratiques ? | Alimentation | | | | | |
| | 19. Les parents doivent davantage donner l'exemple d'une alimentation saine | 4 | 2 | 8 | | |
| | 20. Les familles doivent favoriser davantage une alimentation saine | 5 | 4 | 20 | 3 | 3 |
| | 21. Les parents doivent considérer les cantines scolaires comme un prolongement de la salle de classe s'agissant des règles appliquées, et non pas comme un magasin où l'on se sert de ce qui fait envie. | 3 | 3 | 9 | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | 22. Les parents doivent davantage donner l'exemple de la pratique d'exercices physiques | 3 | 2 | 9 | | |
| | 23. Les familles doivent favoriser davantage la pratique d'un sport ou l'exercice physique | 4 | 4 | 12 | | |
| 24. Notions de sûreté et de sécurité | 2 | 2 | 4 | | | |
| Autres options | | | | | | |

Calculer le total des points obtenus pour chaque élément environnemental, pour déterminer les priorités

Lorsque chacun a classé et attribué des points aux éléments environnementaux possibles, le groupe se rassemble pour ajouter les points totaux de chaque élément environnemental. Cette méthode aboutit aux « cinq premiers » éléments environnementaux dans chaque cadre, c'est-à-dire les cinq éléments ayant obtenu le plus grand nombre de points pour le cadre du domicile, les cinq premiers pour le cadre scolaire, les cinq premiers pour le cadre des quartiers. Il en résulte de nombreuses stratégies environnementales potentielles, ce qui est opportun compte tenu du fait que les changements environnementaux sont indispensables à la réussite de l'intervention et doivent en constituer les stratégies centrales.

Hiérarchiser les connaissances et les compétences

Une méthode semblable est ensuite appliquée aux connaissances et aux compétences. Le critère Faisabilité n'est pas pris en compte comme critère de définition des priorités. Cela est dû au fait que la faisabilité de la délivrance d'un message particulier est généralement la même quel que soit le message. C'est pourquoi le score attribué à la priorité repose uniquement sur le critère d'importance.

Les cinq premiers éléments sont hiérarchisés par l'attribution d'un rang compris entre 1 et 5, par ordre d'importance (1 étant le plus important et 5, le moins important). Des points sont ensuite attribués à chaque rang comme suit (5 étant le score le plus élevé et 1, le score le plus bas) :

| | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|
| RANG DES PRIORITÉS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| POINTS | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Dans quels domaines peut-on améliorer les connaissances et les compétences (des parents ou des jeunes) qui portent sur les comportements prioritaires ?

Tableau 12 Exemple de scores obtenus et de classement des connaissances et des compétences

| Domaines dans lesquels il est possible d'améliorer les connaissances et de renforcer les compétences | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|---|------------|--------------|
| 1. Savoir que prendre un petit déjeuner favorise l'étude | 5 | 1 |
| 2. Savoir ce que sont des choix de repas favorables à la santé | | |
| 3. Savoir que les aliments à emporter et le grignotage d'aliments gras comme les frites sont mauvais pour la santé | 2 | 4 |
| 4. Savoir que les boissons très riches en sucre sont mauvaises pour la santé | 4 | 2 |
| 5. Savoir que les jus de fruits ne sont pas des boissons saines | | |
| 6. Savoir ce que sont des en-cas favorables à la santé | | |
| 7. Savoir que manger beaucoup de fruits et légumes vous maintient en bonne santé | 1 | 5 |
| 8. Savoir qu'il est recommandé aux enfants et aux adolescents de pratiquer un exercice, de modéré à intense, pendant au moins une heure chaque jour | | |
| 9. Savoir qu'aller à l'école à pied peut être amusant et bon pour la santé | | |
| 10. Avoir conscience des dangers de la route | | |
| 11. Savoir que regarder la télévision trop longtemps affaiblit l'organisme et diminue la vitalité | | |
| 12. Savoir que la durée recommandée d'un loisir « devant un écran » (de télévision ou de jeux électroniques) ne doit pas excéder 2 heures par jour | 3 | 3 |
| 13. Améliorer les compétences culinaires | | |
| 14. Avoir grand plaisir à manger des fruits et des légumes | | |
| 15. Connaître les règles de la sécurité routière et/ou de la circulation cycliste | | |
| 16. Avoir de bonnes compétences sportives, dans les jeux de ballon par exemple | | |

Ces méthodes de hiérarchisation permettent d'obtenir cinq éléments pour chaque domaine. Des feuilles de calcul (qui couvrent les étapes 2 et 3) sont présentées en Annexe 3.

Tout au long du processus, les besoins de la recherche deviendront évidents et devraient se traduire par un ensemble de projets de recherche hiérarchisés dont les résultats produiront les données factuelles et les données de départ nécessaires aux interventions. L'ensemble complet constitue un dispositif important permettant d'obtenir l'engagement des principaux partenaires dans la réalisation des objectifs communs.

5.3 Élaborer et formuler un plan d'action

Étape 4 : Fusion

La fusion consiste à regrouper les éléments qui ont obtenu les rangs les plus élevés concernant les comportements, les connaissances et les compétences et les différents environnements, dans les principaux cadres, tels qu'ils ont été déterminés par les scores attribués par les groupes. Dans cette méthode, un ensemble d'options hiérarchisées peut être identifié en vue de l'élaboration d'un plan d'action.

Tableau 13 Éléments classés dans les premiers rangs

| Comportements | Connaissances/ Compétences | Environnements |
|---------------|-------------------------------|----------------|
| 1. | 1. | 1. |
| 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. |
| 4. | 4. | 4. |
| 5. | 5. | 5. |

Étape 5 : Formuler un plan d'action

Le format du plan d'action peut varier. Ce peut être le même format que celui auquel les responsables locaux de la mise en oeuvre sont habitués, sinon, il peut suivre une structure de base comme suit :

1. Objectif global (une déclaration simple présentant dans les grandes lignes l'objectif global du programme)
2. Cibles (ce qui sera réalisé)
3. Stratégies (de quelle manière les objectifs seront atteints)
4. Étapes dans les actions (qui fera quoi, dans quel délai, et quelle étape a été atteinte)

Conception d'un but ou d'un objectif global

La première étape consiste à concevoir un but ou un objectif global qui sera le résultat global escompté du programme, et qui explique le projet et définit le groupe cible. Les objectifs expriment généralement des changements à long terme dans les comportements ou dans une situation sanitaire ou des changements dans les conditions économiques ou environnementales.

Définir des cibles

Un ensemble de cibles spécifiques permettant d'atteindre l'objectif ou le but global devra être élaboré ensuite (ce seront les effets mesurés du programme). Ces cibles sont la reformulation des objectifs en termes opérationnels. Elles indiquent ce qui doit être fait pour atteindre l'objectif et les réalisations escomptées du programme immédiatement après son achèvement. Une analyse approfondie des déterminants du problème de santé constitue le point de départ de la définition des cibles. Ainsi peut-on utiliser les « comportements » pour créer des cibles.

Les cibles doivent être (61) :

- Précises
- Mesurables
- Réalisables
- Pertinentes
- Limitées dans le temps

S'agissant des projets portant sur l'ensemble de la communauté pour lesquels cette méthode a été appliquée, huit à dix cibles ont été définies pour chaque plan d'action. Trois de ces cibles étaient communes à tous les plans : a) renforcer les capacités de la communauté (développement de la main d'œuvre, direction, partenariats/relations, développement structurel, ressources), b) communiquer les messages du projet (marketing social) et c) évaluer le projet. Ces deux dernières cibles doivent généralement être assorties de leurs propres plans secondaires. Quatre ou cinq cibles découlent des éléments comportementaux prioritaires issus de la méthode ANGELO. La dernière (ou les deux dernières) cible(s) de chaque plan d'action prévoit des interventions innovantes ou exploratoires pour lesquelles la communauté veut tenter quelque chose de nouveau, jamais essayé. Dans les Îles Fidji par exemple, l'évaluation de la possibilité que les églises puissent être des cadres de promotion de la santé a été incluse comme une cible exploratoire. Les éléments prioritaires portant sur les lacunes dans les connaissances et les compétences et sur l'environnement ont été intégrés dans les stratégies du plan d'action pour atteindre les cibles sur les comportements. En principe, les stratégies recouvrent le marketing social, des politiques, les actions des programme ou les changements environnementaux.

Définir des stratégies

Pour atteindre les cibles, il faut élaborer un certain nombre de stratégies de mise en œuvre suivies des mesures à prendre par étapes. Les lacunes dans les connaissances et les obstacles environnementaux peuvent généralement servir à définir ces stratégies.

Déterminer les étapes

Les étapes doivent tenir compte des informations sur les calendriers et les personnes responsables et pouvoir s'appuyer sur des indicateurs permettant d'évaluer le processus. Des calendriers, des processus et une responsabilisation par coordonnateur de projet sont définis dans le plan d'action au fur et à mesure de sa progression. Des mesures d'évaluation peuvent être mises en place après l'analyse des données de départ. Le plan d'action est conçu pour être un document « vivant », qui guide la mise en œuvre et peut évoluer en plusieurs versions (jusqu'à 15 ou 20) tout au long de la vie du projet. Lorsqu'à la fin de chaque atelier, les partenaires sont parvenus à un accord sur le projet de plan d'action, chaque plan est ensuite parachevé. Pour ce faire, le plan est transmis à la communauté en vue d'obtenir de nouveaux éléments auprès des partenaires qui n'ont pas été en mesure de participer à l'atelier.

Un exemple de plan d'action est donné page suivante et une feuille de calcul vierge « Plan d'action » est présentée dans l'annexe 3.

Exemple de plan d'action

| | |
|-------------------------------|---|
| Objectif : | Améliorer la santé et le bien-être des individus et renforcer la communauté en favorisant une alimentation saine et l'exercice physique. |
| Groupe de population : | Enfants dans la communauté âgés de 2 à 12 ans, leurs familles et ceux qui s'en occupent. |
| Sigles : | LSC= Comité de direction local ; LAH= Service de santé local ; LAC= Conseil de zone locale ; Plan de comm. = Plan de communication (plan distinct) ; POS= Point de vente |
| Symboles : | ✓ = achevé, ➡ = en cours, ✕ = pas commencé, retard sur le calendrier, ● = pas commencé, conforme au calendrier, ▶ = commencé en avance sur le calendrier. |
| Cible 1 : | Réussir à sensibiliser fortement les parents et les enfants sur l'alimentation favorable à la santé et l'exercice physique au travers des messages de communication. |
| Cible 2 : | Renforcer la capacité de la communauté à promouvoir l'exercice physique et une alimentation favorable à la santé. |
| Cible 3 : | Évaluer le processus ainsi que l'impact et les résultats du projet. |
| Cible 4 : | Obtenir une réduction notable du temps passé à regarder la télévision ou à jouer sur l'ordinateur ou à des jeux électroniques. |
| Cible 5 : | Obtenir une réduction notable de la consommation de boissons très riches en sucre et favoriser la consommation d'eau. |
| Cible 6 : | Obtenir une réduction notable de la consommation d'en-cas énergétiques et augmenter fortement la consommation de fruits. |
| Cible 7 : | Obtenir une augmentation significative de la proportion d'enfants en école primaire, résidant dans un rayon de 1,5 km de l'école et qui font les trajets à pied ou à vélo entre le domicile et l'école. |
| Cible 8 : | Obtenir une augmentation significative des activités récréatives pratiquées après l'école et pendant les week-ends. |
| Cible 9 : | a) Étudier la possibilité d'améliorer la qualité des frites (teneur en graisse et type de graisse) b) Améliorer la qualité des frites à emporter |
| Cible 10 : | a) Offrir un service permettant d'améliorer les choix d'aliments et d'exercice physique favorables à la santé, aux enfants en surpoids ou à risque de surpoids. b) Expérimenter un programme de promotion des modes de vie sains auprès des parents et de ceux qui s'occupent d'enfants âgés de 2 à 12 ans, en s'attachant particulièrement à une alimentation saine, à l'exercice physique et aux compétences parentales. and parenting skills |

Les plans d'action relatifs à trois des cibles énumérées ci-dessus sont présentés à titre d'exemple (il s'agit des cibles 1, 4 et 6).

Cible 1 : Réussir à sensibiliser fortement les parents et les enfants sur l'alimentation favorable à la santé et l'exercice physique au travers des messages de communication

| Cible stratégique | Stratégies | Par qui | Calendrier | Situation | Évaluation du processus |
|--|---|--------------------------------|-------------------------|------------|--|
| 1.1 Faire participer les parents, les enfants et la communauté à la promotion de l'exercice physique et d'une alimentation saine pour les enfants. | 1.1.1 Nouer un dialogue avec les parents, les enfants et la communauté par le biais de la campagne de marketing social réalisée dans le cadre du projet (voir la cible 1.2). | Voir le Plan de com. Cible 1.2 | À partir de mai 03 | ➡ | 1.1.1 Voir l'évaluation dans le plan de com. |
| | 1.1.2 Nouer des liens avec les comités établis de parents et d'amis d'enfants en école primaire. | Membre de l'équipe projet | À partir de février 03 | ➡ | 1.1.2 Prise de notes lors des visites/correspondances avec les comités de parents d'élèves |
| | 1.1.3 Inviter des représentants des comités de parents aux séances du comité directeur. | LSC | Sept. 03 | ✓ 12/03 | 1.1.3 Parents en comités |
| | 1.1.4 Planifier et animer un groupe de parents ciblé pour obtenir l'avis des parents sur l'alimentation et l'exercice physique favorables à la santé des enfants. | Membre de l'équipe projet | Mai-Août 03 | ✗ 8/03 | 1.1.4 Les groupes ciblés fonctionnent et produisent des rapports |
| | 1.1.5 Continuer le dialogue avec les parents qui ont fait partie du groupe de parents ciblé. | Membre de l'équipe projet | À partir d'août 03 | ➡ | 1.1.5 Prise de notes lors des contacts de suivi avec les parents |
| | 1.1.6 Tirer parti des liens et de la colocation pour instaurer un dialogue avec les parents et les enfants. | Membre de l'équipe projet | À partir de sept. 03 | ➡ | 1.1.6 Prise de notes sur les liens instaurés avec les parents |
| 1.2 Élaborer et mettre en place un plan de communication sur le projet | 1.2.1 Engager un consultant en marketing social pour une mise à niveau des compétences de l'équipe projet en marketing social. | L'équipe | Décembre 03 | ✓ 2/03 | 1.2.1 Formation dirigée par le consultant en marketing social |
| | 1.2.2 Produire un plan de communication sur le projet. | Membre de l'équipe projet | Février 03 | ✓ 5/03 | 1.2.2 Rédaction et révision du plan de communication |
| | 1.2.3 Poursuivre l'élaboration du plan de communication pendant toute la durée du projet | Membre de l'équipe projet | À partir de juin 03 | ➡ | 1.2.3 Consignation par écrit des différentes versions du plan de communication |
| | 1.2.4 Lancer la phase 1 du plan de marketing social | Membre de l'équipe projet | Mai-Nov. 03 | ✓ 12/03 | 1.2.4 Nombre d'articles dans les journaux, POS affiches, panneaux d'affichage, etc. |
| | 1.2.5 Lancer la phase 2 du plan de marketing social | Membre de l'équipe projet | À partir de décembre 03 | ➡ | 1.2.5 Nombre d'articles dans les journaux, POS affiches, panneaux d'affichage, etc. |
| | 1.2.6 Lancer la phase 3 du plan de marketing social | Membre de l'équipe projet | À partir de juillet 03 | ➡ | 1.2.6 Nombre d'articles dans les journaux, POS affiches, panneaux d'affichage, etc. |
| | 1.2.7 Étendre le plan de communication en intégrant les principes de communication des informations sur le projet et les méthodes de diffusion des informations à la communauté Colac et à la communauté en général. | Membre de l'équipe projet | Nov.-Fév. 04 | ➡ | 1.2.7 Consignation par écrit du plan de communication avec des compléments sur la communication |

Cible 4: Obtenir une réduction notable du temps passé à regarder la télévision et à jouer sur l'ordinateur ou à des jeux électroniques

| Cible stratégique | Stratégies | Par qui | Calendrier | Situation | Évaluation du processus |
|--|---|---------------------------|--------------------|------------|---|
| 4.1 Programmes de recherche déjà en place sur le temps passé par les enfants devant un écran. | 4.1.1 Rechercher et déterminer l'origine des programmes déjà en place sur le rôle parental qui visent à réduire le temps passé par les enfants devant des écrans. | Membre de l'équipe projet | Déc.–Mars 03 | ✓ 3/03 | 4.1.1 Nombre de programmes identifiés et bien étayés |
| | 4.1.2 Déterminer l'origine des directives indiquant le temps min. et max. passé par les enfants devant des écrans. | Membre de l'équipe projet | Déc.–Mars 03 | ✓ 3/03 | 4.1.2 Directives identifiées et bien étayées |
| | 4.1.3 Rechercher et déterminer l'origine des programmes existants fondés sur les programmes de cours dans les écoles primaires. | Membre de l'équipe projet | Décembre 03 | ✓ 12/03 | 4.1.3 Nombre de programmes identifiés et bien étayés |
| | 4.1.4 Rechercher le travail réalisé localement avec le groupe cible sur le temps passé à regarder la télévision. | Membre de l'équipe projet | Avril 03 | ✓ 4/03 | 4.1.4 Résultats de la recherche bien étayés |
| 4.2 Sensibiliser davantage les parents au problèmes des enfants qui passent trop de temps devant un écran. | 4.2.1 Voir la cible 1.2 | Project Worker | À partir de mai 03 | ➔ | |
| 4.3 Élaborer et lancer un programme visant à réduire le temps passé par les enfants devant un écran. | 4.3.1 Envisager l'emploi d'un collaborateur de projet pour élaborer le programme | LAH | – | | – |
| | 4.3.2 Procéder à une évaluation des besoins (par ex. groupes ciblés avec parents et LSC) | Membre de l'équipe projet | Avril–Mai 04 | ● | 4.3.1 Évaluation des besoins réalisée et résultats étayés |
| | 4.3.3 Élaborer un programme | Membre de l'équipe projet | Mai–Août 04 | ● | 4.3.2 Programme élaboré |
| | 4.3.4 Expérimenter le programme | Membre de l'équipe projet | Août–Oct. 04 | ● | 4.3.3 Programme expérimenté et évalué |

Cible 6: Obtenir une réduction notable de la consommation d'en-cas énergétiques et augmenter fortement la consommation de fruits

| Cible stratégique | Stratégies | Par qui | Calendrier | Situation | Évaluation du processus |
|---|--|---------------------------|---------------------------|-----------|--|
| 6.1 Élaborer ou identifier des recommandations sur les "boîtes repas" à préconiser aux parents | 6.1.1 Rechercher des recommandations existantes sur les boîtes repas à l'intention des parents. | Membre de l'équipe projet | Déc. 02– Fév. 03 | ✓ 2/03 | 6.1.1 Nombre de recommandations identifiées et étayées |
| | 6.1.2 Déterminer un ensemble d'informations les plus pertinentes à utiliser. | Membre de l'équipe projet | Mars–Avril 04 | ● | 6.1.2 Décision prise sur la meilleure approche |
| | 6.1.3 Rechercher les meilleures solutions pour diffuser les recommandations aux parents dans des cadres différents (écoles, maternelles, crèches). | LSC | Mai 04 | ● | 6.1.3 Liste des options envisagées et décision prise |
| | 6.1.4 Diffuser les recommandations par les méthodes convenues en 6.1.3 | | Juin 04 | ● | 6.1.4 Nombre de recommandations distribuées sur les boîtes repas |
| | 6.1.5 Communiquer aux parents les recommandations sur les boîtes repas (liens avec la cible 1.2). | | Avril–Déc. 04 | ● | |
| 6.2 Favoriser et soutenir l'introduction de politiques sur la nutrition à l'école primaire | 6.2.1 Identifier des exemples de politiques sur la nutrition appliquées dans les écoles. | Membre de l'équipe projet | Février 03 | ✓ 2/03 | 6.2.1 Nombre de copies de politiques étayées |
| | 6.2.2 Identifier les responsables de la nutrition dans les écoles. | Membre de l'équipe projet | À partir de février 03 | ➔ | - |
| | 6.2.3 Organiser un groupe de travail sur les écoles pour discuter et soutenir les efforts déployés pour instaurer des politiques et les faire appliquer | Membre de l'équipe projet | Avril–Déc. 04 | ● | 6.2.3 Compte rendu des réunions du groupe de travail |
| | 6.2.4 Présenter le groupe de travail et les options à inclure dans les politiques scolaires sur la nutrition (par ex. cantine, eau, pause fruit, collecte de fonds, programmes de cours etc.) | Écoles | Avril–Déc. 04 | ● | 6.2.4 Les comptes rendus du groupe de travail doivent faire apparaître les options. |
| | 6.2.5 Il revient aux écoles de décider de l'orientation à donner à leurs politiques nutritionnelles. | Écoles | Avril–Déc. 04 | ● | - |
| | 6.2.6 Adopter des politiques et les mettre en œuvre. | | Avril–Déc. 04 | ● | 6.2.6 Nombre de nouvelles politiques ou de politiques améliorées mises en œuvre |

| Cible stratégique | Stratégies | Par qui | Calendrier | Situation | Évaluation du processus |
|---|--|---------------------------|--------------------|-----------|--|
| 6.3 Étudier les exigences exactes de manipulation des aliments applicables aux écoles et relatives aux préparations à base de fruits | 6.3.1 Contacter la personne concernée au LAC | Membre de l'équipe projet | Mars 04 | ■ | 6.3.1 – |
| | 6.3.2 Obtenir des informations sur les exigences relatives à la manipulation des aliments | Membre de l'équipe projet | Mars 04 | ■ | 6.3.2 Informations recueillies |
| | 6.3.3 Transmettre ces informations au groupe de travail sur les écoles | Membre de l'équipe projet | Avril–Déc. 04 | ■ | 6.3.3 Les comptes rendus du groupe de travail doivent mentionner les discussions sur les exigences relatives à la manipulation des aliments |
| 6.4 Communiquer un message aux parents, via le plan de marketing social, sur la différence entre les en-cas énergétiques et les fruits | Voir la cible 1.2 | Membre de l'équipe projet | À partir de mai 03 | ➔ | |

6

Conclusion

La définition des priorités devant permettre de créer un ensemble d'interventions politiques prometteuses recommandées est indispensable à l'élaboration de politiques éclairée par des données factuelles. Il existe plusieurs méthodes de définition des priorités qui ont été décrites et qui toutes présentent des caractéristiques semblables. Ces similitudes sont notamment l'évaluation des besoins ou le processus de surveillance qui permet d'établir une liste des interventions possibles, et également de suivre la méthode à la lettre avec les partenaires et prendre en compte les résultats des analyses techniques pertinentes lors de l'établissement du portefeuille de mesures recommandées. Chaque méthode vise des buts particuliers et demande généralement l'intervention d'animateurs spécialisés pour diriger la collecte des données factuelles et la collaboration avec les partenaires en vue d'aboutir à l'identification des mesures prioritaires à recommander. Mais la définition des priorités n'est que le début du processus. Les responsables des communautés ou les politiciens décideurs doivent accepter de suivre ces recommandations et il faut pour cela déployer une action de sensibilisation. Une fois ces recommandations approuvées, des compétences de gestion du projet ou du programme seront nécessaires pour mettre ces actions en œuvre.

References

- 1 Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, 312(7023):71–2.
- 2 Green L. From research to “best practices” in other settings and populations. *American Journal of Health Behavior*, 2001, 25:165–78.
- 3 Marmot MG. Evidence based policy or policy based evidence? *British Medical Journal*, 2004, 328(7445):906–7.
- 4 Swinburn B, Gill T, Kumanyika S. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 6(1):23–33.
- 5 Bridgman P, Davis G. *The Australian Policy Handbook*, 3rd ed. Sydney, Allen and Unwin, 2004.
- 6 *Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
- 7 Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, May, 5 Suppl 1:4–104.
- 8 *Stratégie mondiale de l’OMS sur l’alimentation, l’exercice physique et la santé : un cadre de suivi et d’évaluation de la mise en oeuvre*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- 9 Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
- 10 *Food, nutrition, and the prevention of cancer: a global perspective*. American Institute for Cancer Research and World Cancer Research Fund (AICR/WCRF), Washington, DC, 2007.
- 11 Tsiros MD et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *International Journal of Obesity (London)*, 2009, 33:387–400.
- 12 Williams J WM et al. Health-related quality of life of overweight and obese children. *Journal of the American Medical Association*, 2005;293:70–6.
- 13 *Stratégie mondiale de l’OMS sur l’alimentation, l’exercice physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. Disponible en six langues à l’adresse : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html> [accessed 30 November 2011].
- 14 *Stratégie mondiale de l’OMS sur l’alimentation, l’exercice physique et la santé : cadre de suivi et d’évaluation de la mise en oeuvre*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- 15 Sacks G, Swinburn B, Lawrence M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*, 2008,10(1):76–86.
- 16 *Stratégies de prévention de l’obésité de l’enfant dans la population : rapport d’un forum et d’une réunion technique de l’OMS*. Genève, 15-17 décembre 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- 17 Carter R et al. Priority setting in health: origins, description, and application of the Australian ‘Assessing Cost-Effectiveness’ (ACE) initiative. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2008, 8(6):593–617.
- 18 Haby MM et al. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project. *International Journal of Obesity (London)*, 2006, 30(10):1463–75.
- 19 Carter R et al. Assessing Cost-Effectiveness in Obesity (ACE-Obesity): an overview of the ACE approach, economic methods and cost results. *BMC Public Health*, 2009, 9:419.
- 20 *Tackling Obesities: Future Choices – Project report*. Foresight, London, Government Office for Science, 2007. Available at: <http://www.bis.gov.uk/foresight/our-work/projects/published-projects/tackling-obesities> [accessed 30 November 2011].
- 21 Robertson A et al., eds. *Food and health in Europe: a new basis for action* (WHO regional publications. European series, No. 96). Copenhagen, World Health Organization, 2004.

- 22 *Best options for promoting healthy weight and preventing weight gain in NSW*. Sydney, New South Wales Department of Health, 2005.
- 23 Griffiths J, Maggs H, George E. 'Stakeholder Involvement': *Background paper prepared for the WHO/WEF joint event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace (Dalian/China, September 2007)*. Geneva, World Health Organization, 2008.
- 24 Milio N. Nutrition and health: patterns and policy perspectives in food-rich countries. *Social Science & Medicine*, 1989, 29(3):413–23.
- 25 Swinburn BA. Obesity prevention: the role of policies, laws and regulations.(Commentary). *Australia & New Zealand Health Policy*, 2008, 5:12.
- 26 Snowdon W et al. Prioritizing policy interventions to improve diets? Will it work, can it happen, will it do harm? *Health Promotion International*, 2010, 25(1):123–33.
- 27 Keating CL et al. Cost-effectiveness of surgically induced weight loss for the management of type 2 diabetes: modeled lifetime analysis. *Diabetes Care*, 2009, 32(4):567–74.
- 28 Picot J et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 2009, 13(41):1–190, 215–357, iii-iv.
- 29 Stirling A et al. Methodology for obtaining stakeholder assessments of obesity policy options in the PorGrow project. *Obesity Review*, 2007, May:8 Suppl 2:17–27.
- 30 Brescoll VL, Kersh R, Brownell KD. Assessing the feasibility and impact of federal childhood obesity policies. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 2008, 615:178–94.
- 31 Elley RKN et al. Cost-effectiveness of physical activity counselling in general practice. *New Zealand Medical Journal*, 2004, 117(1207):U1216.
- 32 Dixon JB et al. Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 299(3):316–23.
- 33 Sjostrom L et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357(8):741–52.
- 34 *How to review the evidence: systematic identification and review of the scientific literature*. Canberra, National Health and Medical Research Council, 2000.
- 35 Guyatt G et al. Grades of Recommendation for Antithrombotic Agents. *Chest*, 2001, 119(1 Suppl):3S–7S.
- 36 *Levels of evidence and grades of recommendations Oxford*. Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2009. Available at <http://www.cebm.net/?o=1025> [accessed 18 November 2011].
- 37 Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *British Medical Journal*, 2001, 323(7308):334–6
- 38 Atkins D, Best D, Shapiro E. The third U.S. Preventive Services Task Force: background, methods and first recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20(3, Suppl 1):1–108.
- 39 Briss PA et al. Developing an evidence-based guide to community preventive services–methods. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18(1, Suppl 1):35–43.
- 40 Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336(7650):924–6.
- 41 Douglas MJ et al. Developing principles for health impact assessment. *Journal of Public Health*, 2001, 23(2):148–54.
- 42 *European Policy Health Impact Assessment (EPHIA) a guide*. Liverpool, International Health Impact Assessment Consortium (IMPACT), 2004.
- 43 Bell A et al. Contribution of non-core foods and beverages to the energy intake and weight status of Australian children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 59:639–45.

- 44 Bell AC, Swinburn B. School canteens: using ripples to create a wave of healthy eating. *Medical Journal of Australia*, 2005, 183(1):5–6.
- 45 Moodie M et al. Cost-effectiveness of active transport for primary school children - Walking School Bus program. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2009, 6(1):63.
- 46 Epping-Jordan JE et al. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *The Lancet*, 2005, 366(9497):1667–71.
- 47 *STEPS: a framework for surveillance*. Geneva, World Health Organization, 2003.
- 48 *La prévention des maladies chroniques : un investissement capital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
- 49 Report: Meeting of Ministers of Health for the Pacific Island Countries. *Nuku'alofa, Tonga 9–13 March 2003*. Manila, World Health Organization, 2003.
- 50 Galea G et al. Healthy Islands in the Western Pacific – international settings development. *Health Promotion International*, 2000, 15(2): 169–178.
- 51 Snowdon W, Schultz J, Swinburn B. Problem and solution trees: a practical approach for identifying potential interventions to improve population nutrition. *Health Promotion International*, 2008, 23:345–53.
- 52 3.3. *The Logical Framework Approach*. AusAID. AusGuideline, Australian Government, 2005. Available at <http://www.ausaid.gov.au/ausguide/pdf/ausguideline3.3.pdf> [accessed 30 November 2011].
- 53 Moussa M. Applying objective oriented project planning approach for environmental projects design and management case study: environmental information strategic plan. *Journal of Applied Sciences Research*, 2006, 2:1375–83.
- 54 Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 1999, 29(6 Pt 1):563–70.
- 55 Simmons A et al. Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grids for Elements Linked to Obesity) framework. *Health Promotion International*, 2009, 24(4):311–23.
- 56 Schultz J et al. The Pacific OPIC Project (Obesity Prevention in Communities): action plans and interventions. *Pacific Health Dialog*, 2007, 14(2):147–53.
- 57 Rychetnik L et al. A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58(7):538–45.
- 58 Keleher H, MacDougall C, Murphy B. *Understanding health promotion*. Melbourne, Oxford University Press, 2007.
- 59 Flynn MAT et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews*, 2006, 7:7–66.
- 60 Doak CM et al. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity Reviews*, 2006, 7(1):111–36.
- 61 Round R, Marshall B, Horton K. *Planning for effective health promotion evaluation*. Melbourne, Victorian Department of Human Services, 2005.
- 62 The CO-OPS Collaboration. The CO-OPS Collaboration of Community-based Obesity Prevention Sites Geelong: The CO-OPS Collaboration; 2009. Available at: <http://www.co-ops.net.au/> [accessed 30 November 2011].

Additional sources of information

La Collaboration CO-OPS (Collaboration of Community-based Obesity Prevention Sites – lien Internet : <http://www.co-ops.net.au/>)

La Collaboration CO-OPS est une initiative financée par le *Department of Health and Ageing* du Gouvernement australien et qui « vise à soutenir les initiatives de prévention de l'obésité dans les communautés en adoptant une approche de collaboration pour promouvoir les meilleures pratiques, l'application des connaissances et offrir des possibilités de mise en réseau, un soutien et des conseils. »

Cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques

La prévention des maladies chroniques : un investissement capital. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Epping-Jordan JE et al. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *The Lancet*, 2005, 366:1667–1671.

Les arbres des problèmes et des solutions (version modifiée)

Snowdon W, Schultz J, Swinburn B. Problem and solution trees: a practical approach for identifying potential interventions to improve population nutrition. *Health Promotion International*, 2008, 23(4):345–353.

Application des « filtres » / critères de définition des priorités

Snowdon W et al. Prioritizing policy interventions to improve diets? Will it work, can it happen, will it harm? *Health Promotion International*, 2010, 25(1):123–133.

Snowdon W et al. Evidence-informed process to identify policies that will promote a healthy food environment in the Pacific Islands. *Public Health Nutrition*, 2010, 13(6):886–892.

Le cadre et la méthode ANGELO

Simmons A et al. Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity) Framework. *Health Promotion International*, 2009, 24(4):311–24.

Schultz J et al. The Pacific OPIC Project (Obesity Prevention in Communities): action plans and interventions. *Pacific Health Dialog*, 2007, 14(2):147–53.

La méthode ACE

Méthode :

Carter R et al. Priority setting in health: origins, description and application of the Australian 'Assessing Cost Effectiveness' (ACE) initiative. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2008, 8(6):593–617.

Informations relatives à l'obésité:

Haby MM et al. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:1463–1475.

Outils de surveillance des secteurs/cadres (grilles d'analyse)

Sacks G, Swinburn B, Lawrence M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*, 2009, 10(1):76–86.

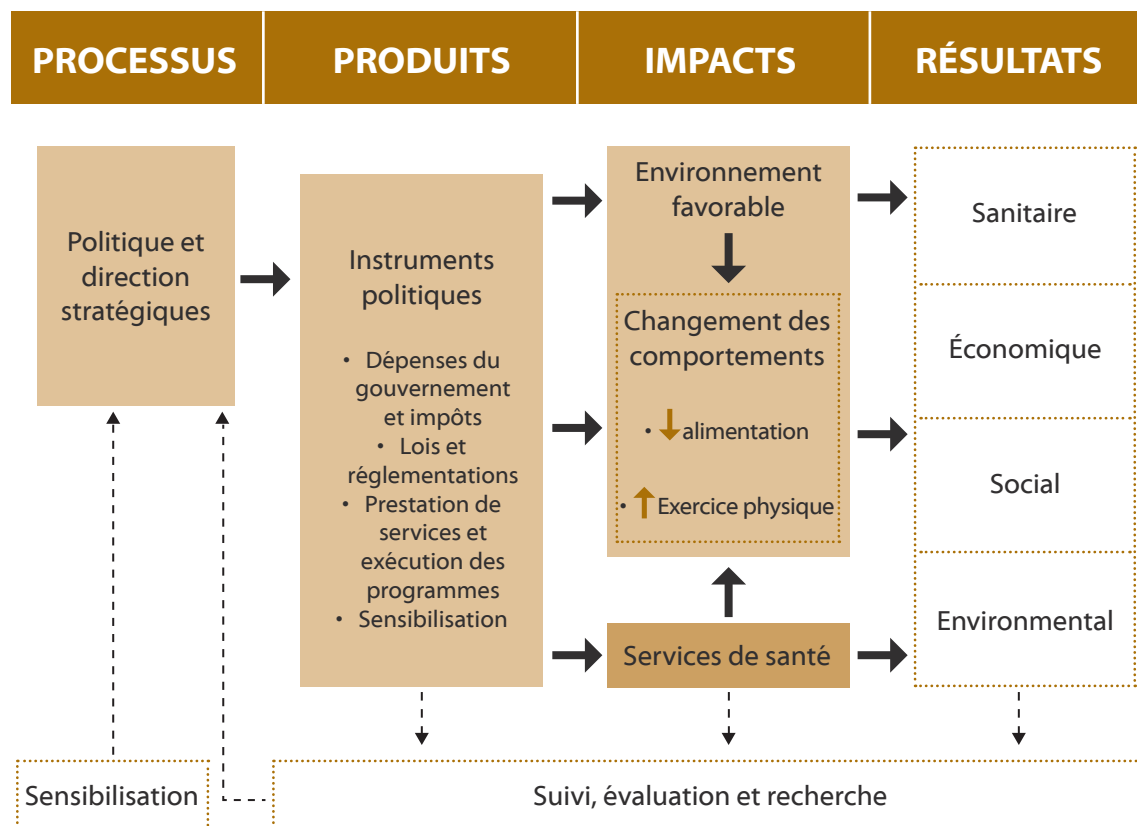
Sacks G, Swinburn BA, Lawrence MA. A systematic policy approach to changing the food system and physical activity environments to prevent obesity. *Australia and New Zealand Health Policy*, 2008, 5(5):13.

Annexe 1 :

Grilles d'analyse – outils de surveillance pour identifier différents domaines d'action

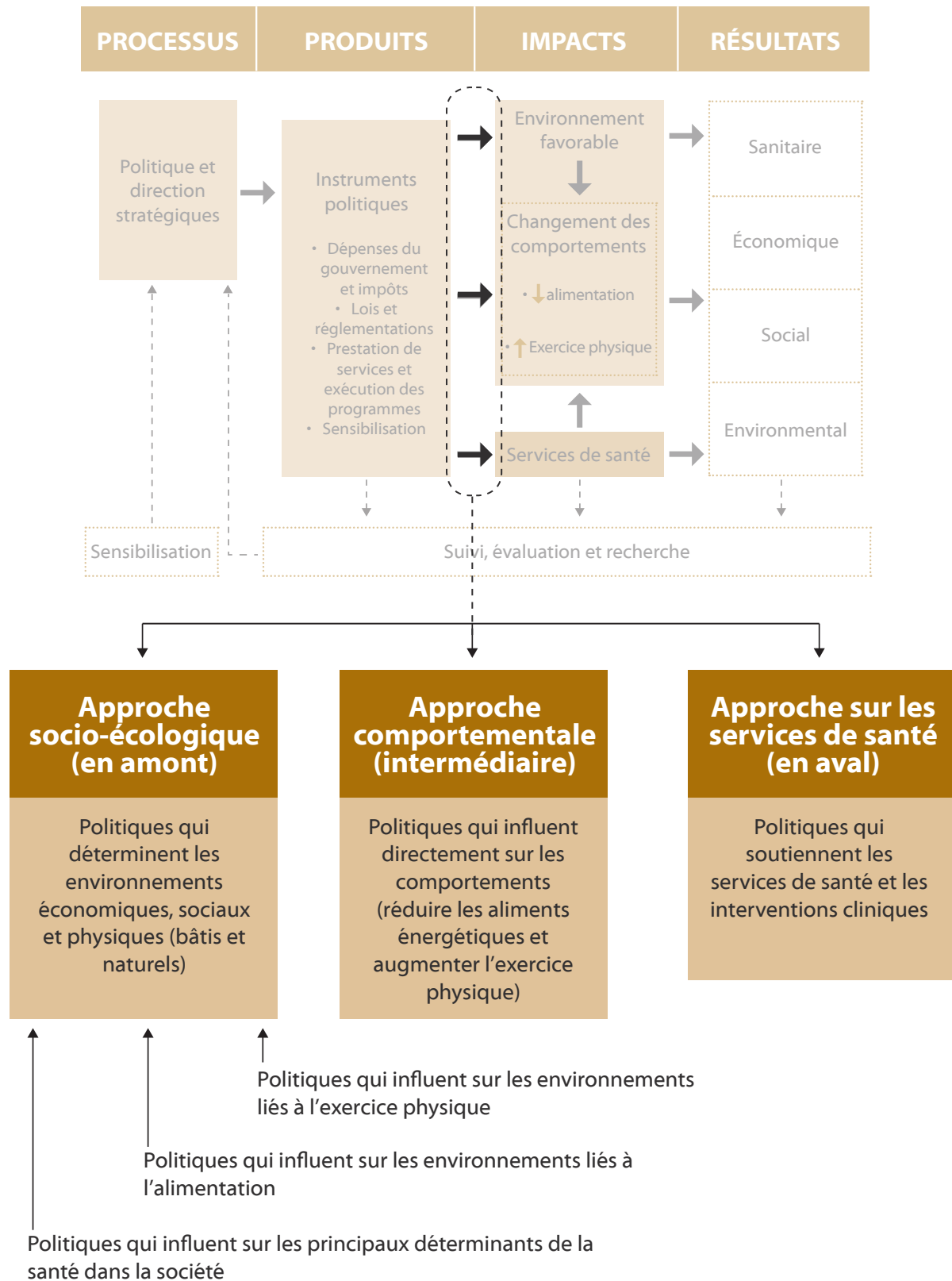
Le cadre modifié de la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (15) est illustré par la Figure 8 et la Figure 9.

Figure 8 Cadre modifié de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé centré sur les domaines d'action de prévention de l'obésité⁹



⁹ Source : Cadre d'action sur l'obésité et grilles d'analyse pour une approche politique exhaustive visant à réduire les cas d'obésité (15) Adapté de : Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : un cadre de suivi et d'évaluation de la mise en oeuvre (8)

Figure 9 Version élargie du cadre modifié de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, qui illustre les approches de prévention de l'obésité¹⁰



¹⁰ Source : Cadre d'action sur l'obésité et grilles d'analyse pour une approche politique exhaustive visant à réduire les cas d'obésité (15)

Pour chacune de ces trois approches de santé publique identifiées dans la version élargie du cadre modifié de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (voir la Figure 10), des grilles d'analyse peuvent être utilisées pour identifier tous les domaines politiques qui présentent un intérêt pour la prévention de l'obésité, et classés selon deux angles : le secteur ou le cadre auquel le domaine politique s'applique le mieux et le partenaire qui est le principal responsable de l'application de la politique. L'utilisation de ces grilles d'analyse favorise une approche systématique dans l'identification de toutes les options et peut permettre d'établir une liste complète dans tout cadre ou secteur. Des exemples de grilles d'analyse présentant différents domaines politiques potentiels, sont présentés ci-après. Il doit être entendu que ces exemples ne constituent pas une liste exhaustive de toutes les options. Par ailleurs, les exemples présentés ne représentent pas nécessairement une « meilleure pratique » ou des domaines d'intervention prioritaires.

Tableau 14 Éléments classés dans les premiers rangs

| SECTEUR | PARTENAIRE | | | |
|-----------|---|--|---|--|
| | OMS et organisations internationales | Gouvernements nationaux | Secteur privé | Société civile et organisations non gouvernementales |
| Finance | <ul style="list-style-type: none"> Allègement coordonné de la dette Activités coordonnées d'assistance Évaluations de l'impact de l'équité en santé sur les accords économiques multinationaux Coopération internationale en matière d'impôts | <ul style="list-style-type: none"> Revenus renforcés par le système national d'imposition | <ul style="list-style-type: none"> Rémunérations et salaires de base payés Avantages soutenus par l'employeur (par ex. congé maladie, couverture maladie) | |
| Commerce | <ul style="list-style-type: none"> Accords équitables de commerce international Réglementation des biens et services ayant un impact majeur sur la santé (par ex. tabac, alcool, aliments) | <ul style="list-style-type: none"> Aide à l'agriculture locale Réglementation des biens et services ayant un impact majeur sur la santé (par ex. tabac, alcool, aliments) | <ul style="list-style-type: none"> Lieu des opérations | |
| Éducation | <ul style="list-style-type: none"> Cohérence des politiques interinstitutions portant sur le développement du jeune enfant | <ul style="list-style-type: none"> Enseignement primaire et secondaire obligatoire Programmes scolaires nationaux Investissements dans les infrastructures scolaires et les équipements éducatifs | <ul style="list-style-type: none"> Possibilités de formation éducative et professionnelle | |

| SECTEUR | PARTENAIRE | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|--|
| | OMS et organisations internationales | Gouvernements nationaux | Secteur privé | Société civile et organisations non gouvernementales |
| Emploi | <ul style="list-style-type: none"> Normes fondamentales du travail Équité dans l'emploi et conditions de travail décentes | <ul style="list-style-type: none"> Équité dans l'emploi et conditions de travail décentes Équité salariale hommes-femmes Conditions de travail favorables aux familles Salaires décents | <ul style="list-style-type: none"> Abolition du travail des enfants Conformité aux codes du travail et aux normes de sécurité et de santé au travail | |
| Santé | | <ul style="list-style-type: none"> Accès universel aux soins de santé Secteur fort des soins de santé primaires Développement de la main d'œuvre sanitaire nationale Évaluations de l'impact sur la santé des politiques des autres secteurs | <ul style="list-style-type: none"> Couverture maladie pour les employés | |
| Affaires sociales et autres secteurs | <ul style="list-style-type: none"> Systèmes de surveillance de l'équité en santé | <ul style="list-style-type: none"> Équité en santé dans les actions politiques face au changement climatique et aux dégradations environnementales Égalité entre hommes et femmes Registre universel des naissances Disponibilité de logements abordables Investissement dans le développement rural Améliorer les bidonvilles Accès universel aux télécommunications | | |

Tableau 15 Grille d'analyse présentant des exemples de domaines politiques influant sur le circuit alimentaire (approche socio-écologique, en amont)

| SECTEUR | PARTENAIRE | | | |
|-----------------------------|--|---|---|---|
| | OMS et organisations internationales | Gouvernements nationaux | Secteur privé | Société civile et organisations non gouvernementales |
| Production primaire | <ul style="list-style-type: none"> Subventions et taxes relatives à la production primaire | <ul style="list-style-type: none"> Subventions et taxes relatives à la production primaire Aménagement du territoire Jardins communautaires | | <ul style="list-style-type: none"> Systèmes d'approbation fondés sur des critères |
| Transformation des aliments | | <ul style="list-style-type: none"> Normes de composition des produits Salubrité des aliments | <ul style="list-style-type: none"> Normes de composition des produits | <ul style="list-style-type: none"> Systèmes d'approbation fondés sur des critères |
| Distribution | <ul style="list-style-type: none"> Accords commerciaux | <ul style="list-style-type: none"> Accords commerciaux Transport des aliments Restrictions sur les importations, subventions et taxes Quarantaine | | |
| Commercialisation | <ul style="list-style-type: none"> Codes internationaux restreignant la commercialisation des aliments malsains | <ul style="list-style-type: none"> Indication de la valeur nutritive sur les supports de commercialisation Protection du consommateur (publicité mensongère par exemple) Restrictions sur la commercialisation des aliments malsains Promotion de la commercialisation des aliments sains Pratiques de commercialisation dans les écoles | <ul style="list-style-type: none"> Restrictions sur la commercialisation des aliments malsains Promotion de la commercialisation des aliments sains | <ul style="list-style-type: none"> Systèmes d'approbation fondés sur des critères |
| Vente au détail | <ul style="list-style-type: none"> Valeur nutritive sur l'étiquette Allégations de santé sur les produits alimentaires | <ul style="list-style-type: none"> Produits vendus dans les écoles Aménagement du territoire Densité des points de vente au détail des aliments frais produits localement Densité des points de restauration rapide Indications nutritionnelles sur les étiquettes Allégations de santé sur les produits alimentaires Système incitant les destinataires à acheter des aliments sains Subventions ou taxes sur les aliments | <ul style="list-style-type: none"> Enforcement des produits dans les magasins | <ul style="list-style-type: none"> Systèmes d'approbation fondés sur des critères |
| Services de restauration | | <ul style="list-style-type: none"> Politiques sur des services de restauration saine dans les ministères et les organismes bénéficiant de subventions (y compris les écoles, les hôpitaux, les installations de loisirs) Informations sur la nutrition dans les restaurants Salubrité des aliments | <ul style="list-style-type: none"> Politiques alimentaires dans les écoles Politiques d'achat des aliments | <ul style="list-style-type: none"> Politiques d'achat des aliments Systèmes d'approbation fondés sur des critères |

Tableau 16 Grille d'analyse présentant des exemples de domaines politiques influant sur l'environnement pour la pratique d'un exercice physique (approche socio-écologique, en amont)

| SECTEUR | PARTENAIRE | | | |
|---------------------------------|--|---|---|--|
| | OMS et organisations internationales | Gouvernements nationaux | Secteur privé | Société civile et organisations non gouvernementales |
| Infrastructure et planification | | <ul style="list-style-type: none"> Urbanisme Routes Aménagement du territoire (zonage) Environnement piétonnier Environnement cycliste | <ul style="list-style-type: none"> Développement résidentiel et urbain | |
| Éducation | | <ul style="list-style-type: none"> Éducation physique dans les écoles Équipements pour l'éducation physique dans les écoles Politiques scolaires sur l'éducation physique, l'exercice physique et le sport Politiques de transport scolaire | <ul style="list-style-type: none"> Éducation physique dans les écoles privées Équipements pour l'éducation physique dans les écoles privées Politiques scolaires sur l'éducation physique, l'exercice physique et le sport Politiques de transport scolaire dans les écoles privées | |
| Transport | <ul style="list-style-type: none"> Accords commerciaux sur les véhicules à moteur | <ul style="list-style-type: none"> Politiques d'imposition sur les voitures Incitations à utiliser les transports publics par le biais de l'impôt Transports publics Contrôle de la circulation Restrictions sur le stationnement Politiques de transport scolaire Systèmes de vélos en libre-service dans les villes Restrictions sur les importations de voitures | <ul style="list-style-type: none"> Politiques de transport scolaire dans les écoles privées Transports en commun privés Incitations pour utiliser les transports en commun | |
| Sport et loisirs | | <ul style="list-style-type: none"> Responsabilité civile Accès de l'ensemble de la communauté aux installations sportives scolaires Équipements sportifs –structures bâties et espaces à ciel ouvert | <ul style="list-style-type: none"> Équipements sportifs | |

Tableau 17 Exemples de cadres et de domaines politiques pour l'approche intermédiaire sur les comportements*

| Principaux cadres de l'enfance | Principales interventions politiques |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Jardins d'enfants Éducation (maternelles, écoles primaires et secondaires par exemple) Installations communautaires et de loisirs Ménages Autres cadres (églises, îles, villages par exemple) | <ul style="list-style-type: none"> Politiques sur les services de restauration dans différents cadres favorisant une alimentation saine et l'exercice physique Campagnes et marketing social Programmes favorisant une alimentation saine et l'exercice physique Éducation et information |

* Nous n'avons pas utilisé de grille d'analyse pour présenter les domaines politiques couverts par l'approche intermédiaire car tous les partenaires, dans tous les cadres, peuvent mettre en place des interventions dans les mêmes domaines politiques.

Tableau 18 Grille d'analyse présentant des exemples de domaines politiques influant sur les interventions cliniques et les services de santé (Approche en aval)

| COMPOSANT DU SECTEUR DE SANTÉ | PARTENAIRE | | | |
|-------------------------------|--|---|---|---|
| | OMS et organisations internationales | Gouvernement | Secteur privé | Société civile et organisations non gouvernementales |
| Soins primaires | <ul style="list-style-type: none"> Partenariats dans les soins primaires Programmes d'alimentation de l'enfant dénutri | <ul style="list-style-type: none"> Conseils sur les modes de vie sains Services de diététique Formation professionnelle (développement sur les lieux de travail) Subventions des conseils sur les modes de vie sains Programmes d'alimentation de l'enfant dénutri | <ul style="list-style-type: none"> Partenariats dans les soins primaires Formation professionnelle (développement sur les lieux de travail) | <ul style="list-style-type: none"> Partenariats dans les soins primaires |
| Soins secondaires | | <ul style="list-style-type: none"> Services de diététique Formation professionnelle (développement sur les lieux de travail) | <ul style="list-style-type: none"> Formation professionnelle (développement sur les lieux de travail) | |
| Soins tertiaires | | <ul style="list-style-type: none"> Services de diététique Listes d'attente dans les hôpitaux pour un traitement par des spécialistes Subventions des traitements par des spécialistes | | |
| Biens thérapeutiques | | <ul style="list-style-type: none"> Subventions des médicaments pour la perte de poids | | |

Annexe 2 :

Feuilles de calcul sur le cadre STEPwise de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques

Les pages ci-dessous présentent dans les grandes lignes le cadre STEPwise de l'OMS pour l'exercice physique et l'alimentation. Ces feuilles de calcul seront utilisées par le groupe de travail.

Utilisez ce cadre pour suggérer des interventions susceptibles de réussir dans votre pays.

Alimentation

| Étape de mise en œuvre de la politique | Interventions dans la population | | Interventions auprès des individus |
|--|----------------------------------|---------------|------------------------------------|
| | National | Infranational | |
| Interventions de base | | | |
| Interventions élargies | | | |
| Interventions souhaitables | | | |

Exercice physique

| Étape de mise en œuvre de la politique | Interventions dans la population | | Interventions auprès des individus |
|--|----------------------------------|---------------|------------------------------------|
| | National | Infranational | |
| Interventions de base | | | |
| Interventions élargies | | | |
| Interventions souhaitables | | | |

Annexe 3 :

Feuilles de calcul pour la méthode ANGELO

Étape 2 : Surveillance et Étape 3 : Hiérarchisation

COMPORTEMENTS

- Quels comportements doivent faire l'objet d'interventions prioritaires ?

IMPORTANTANCE
(quels sont la pertinence et l'impact de cet élément dans notre situation ?)

CAPACITÉ À CHANGER
(en quoi cet élément est-il facile ou difficile à changer ?)

- 1 = aucune importance
- 2 = un peu d'importance
- 3 = une certaine importance
- 4 = une grande importance
- 5 = une importance extrême

- 1 = très difficile à changer
- 2 = difficile à changer
- 3 = peut éventuellement changer
- 4 = facile à changer
- 5 = très facile à changer

| Types de comportements cibles possibles | Scores (utiliser toute la plage des scores) | | | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|---|--|-----------------------------|-------------|---------------|-----------------|
| | Importance (1-5) | Capacité à changer (1-5) | Total (IxC) | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES

- Dans quels domaines peut-on améliorer les connaissances et les compétences portant sur les comportements prioritaires

| Liste des domaines dans lesquels il est possible d'améliorer les connaissances et de renforcer les compétences | Rang (1-5)* | Points (5-1) |
|--|-------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

* Il convient de noter que le critère « Faisabilité » n’est pas pris en compte comme critère de définition des priorités. En effet, la faisabilité de la délivrance d’un message particulier est généralement la même quel que soit le message. C’est pourquoi le score attribué à la priorité repose uniquement sur le critère « Importance ».

ENVIRONNEMENTS Cadre environnemental : Foyers/Familles

- Quels sont les domaines de changement possible des comportements prioritaires dans l'environnement du foyer et de la famille ?

IMPORTANCE
(quels sont la pertinence et l'impact de cet élément dans notre situation ?)

CHANGEABILITY
(en quoi cet élément est-il facile ou difficile à changer ?)

- 1 = aucune importance
- 2 = un peu d'importance
- 3 = une certaine importance
- 4 = une grande importance
- 5 = une importance extrême

- 1 = très difficile à changer
- 2 = difficile à changer
- 3 = peut éventuellement changer
- 4 = facile à changer
- 5 = très facile à changer

| Type d'environnement | Cadre environnemental FOYERS/FAMILLES | Scores (utiliser toute la plage des scores) | | Total (IxC) | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|---|---------------------------------------|---|--------------------------|-------------|------------|--------------|
| | | Importance (1-5) | Capacité à changer (1-5) | | | |
| Physique Qu'est-ce qui est/n'est pas disponible ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Économique Quels sont les facteurs financiers ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Type d'environnement | Cadre environnemental FOYERS/FAMILLES | Scores (utiliser toute la plage des scores) | | Total (IxC) | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|---|--|---|--------------------------|-------------|------------|--------------|
| | | Importance (1-5) | Capacité à changer (1-5) | | | |
| Politique Quelles sont les règles ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Socio-culturel Quelles sont les attitudes, les croyances, les perceptions, les valeurs, les pratiques ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Autres options | | | | | | |

ENVIRONNEMENTS Cadre environnemental : Écoles

- Quels sont les domaines de changement possible des comportements prioritaires dans l'environnement scolaire ?

IMPORTANTANCE

(quels sont la pertinence et l'impact de cet élément dans notre situation ?)

- 1 = aucune importance
- 2 = un peu d'importance
- 3 = une certaine importance
- 4 = une grande importance
- 5 = une importance extrême

CAPACITÉ À CHANGER

(en quoi cet élément est-il facile ou difficile à changer ?)

- 1 = très difficile à changer
- 2 = difficile à changer
- 3 = peut éventuellement changer
- 4 = facile à changer
- 5 = très facile à changer

| Type d'environnement | Cadre environnemental ÉCOLES | Scores (utiliser toute la plage des scores) | | Total (IxC) | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|---|---------------------------------|---|--------------------------|-------------|------------|--------------|
| | | Importance (1-5) | Capacité à changer (1-5) | | | |
| Physique Qu'est-ce qui est/n'est pas disponible ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Économique Quels sont les facteurs financiers ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |

| Type d'environnement | Cadre environnemental ÉCOLES | Scores (utiliser toute la plage des scores) | | Total (IxC) | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|---|------------------------------|---|--------------------------|-------------|------------|--------------|
| | | Importance (1-5) | Capacité à changer (1-5) | | | |
| Politique Quelles sont les règles ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Socio-culturel Quelles sont les attitudes, les croyances, les perceptions, les valeurs, les pratiques ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Autres options | | | | | | |

Cadre environnemental : Quartiers

- Quels sont les domaines de changement possible des comportements prioritaires dans les quartiers ?

IMPORTANCE

(quels sont la pertinence et l'impact de cet élément dans notre situation ?)

- 1 = aucune importance
- 2 = un peu d'importance
- 3 = une certaine importance
- 4 = une grande importance
- 5 = une importance extrême

CHANGEABILITY

(en quoi cet élément est-il facile ou difficile à changer ?)

- 1 = très difficile à changer
- 2 = difficile à changer
- 3 = peut éventuellement changer
- 4 = facile à changer
- 5 = très facile à changer

| Type d'environnement | Cadre environnemental QUARTIERS | Scores (utiliser toute la plage des scores) | | Total (IxC) | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|---|------------------------------------|---|--------------------------|-------------|------------|--------------|
| | | Importance (1-5) | Capacité à changer (1-5) | | | |
| Physique Qu'est-ce qui est/n'est pas disponible ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Économique Quels sont les facteurs financiers ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Type d'environnement | Cadre environnemental QUARTIERS | Scores (utiliser toute la plage des scores) | | Total (IxC) | Rang (1-5) | Points (5-1) |
|---|------------------------------------|---|--------------------------|-------------|------------|--------------|
| | | Importance (1-5) | Capacité à changer (1-5) | | | |
| Politique Quelles sont les règles ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Socio-culturel Quelles sont les attitudes, les croyances, les perceptions, les valeurs, les pratiques ? | Alimentation | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Exercice physique | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Autres options | | | | | | |

Étape 4 : FUSIONNER

Énumérer dans le tableau ci-dessous les éléments ayant obtenu le rang le plus élevé.

| Comportements | Connaissances/Compétences | Environnements |
|---------------|---------------------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Étape 5 : PLAN D'ACTION

NOM DU PROJET :

BUTS :

| Cible (impact) | Stratégies et actions | Calendrier | Situation | Par qui | Indicateurs d'évaluation du processus |
|----------------|-----------------------|------------|-----------|---------|---------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



HIÉRARCHISER LES DOMAINES
d'action prioritaires pour prévenir
L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT
dans la population



ENSEMBLE D'OUTILS PROPOSÉS AUX ÉTATS MEMBRES
pour déterminer et identifier les domaines d'action prioritaires



Organisation
mondiale de la Santé

978 92 4 250327 2



9 789242 503272