

Contribution spéciale IV : Interventions locales pour la prévention de l'obésité

par

Francesco Branca, Organisation mondiale de la santé
en collaboration avec Vasiliki Kolovou Delonas, Université de Warwick et
Trudy Wijnhoven, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale
de la santé

Interventions communautaires : justifications, bénéficiaires, nature et cadres d'exécution?

L'environnement communautaire offre un ensemble exceptionnel de possibilités pour entrer en relation avec différentes personnes ou catégories de population au niveau local (OMS, 2007) et cela constitue un complément nécessaire des politiques très médiatisées mises en œuvre au niveau macroéconomique. Les membres d'une communauté locale ont une culture ou une origine ethnique commune et sont exposés aux mêmes déterminants environnementaux. L'action au niveau local se justifie par sa capacité de faciliter les efforts intersectoriels (King et Gill, 2009). Au sein d'une communauté, il existe des possibilités de mobiliser les ressources humaines avec une plus grande facilité « d'établir des partenariats, de collaborer et d'étendre et enrichir les interventions » (Economos et Irish-Hauser, 2007) grâce à différentes dynamiques et synergies. Ce point est particulièrement important étant donné que la participation accrue et efficace des parties prenantes améliore les perspectives de succès des interventions mises en œuvre pour changer les modes de vie (OMS, 2007; King et Gill, 2009).

La plupart des programmes communautaires sont conçus à l'intention des enfants et utilisent l'école comme point d'entrée. D'autres visent les catégories à bas revenu (voir les exemples du Pays de Galles et de l'Allemagne

ci-après) ou des catégories qui ont tendance à devenir sédentaires (comme dans l'exemple des Pays-Bas).

Les interventions communautaires comportent généralement diverses mesures visant l'offre et la demande de produits alimentaires ainsi que l'offre et la demande d'activité physique.

Les interventions sont mises en œuvre dans une combinaison d'environnements locaux, outre les écoles : lieu de travail, sites collectifs, centres religieux ou culturels, établissements de soins et de services sociaux, quartiers, etc. Elles peuvent viser toute la population ou seulement des catégories particulières, comme les enfants, les femmes au foyer, les femmes enceintes, les personnes handicapées, les groupes à haut risque tels que les diabétiques, les personnes âgées, les familles ou les catégories socialement défavorisées.

Interventions communautaires dans la zone OCDE

Les premières interventions communautaires visant les modes de vie ont été conçues dans les années 70 dans le contexte de maladies non transmissibles. Le Projet de Carélie du Nord, dans l'Est de la Finlande (Puska et al., 1989; Vartiainen et al., 2009) et la « Stanford Three Community Study » aux États-Unis (Fortmann et al., 1981) ont illustré les grandes possibilités qu'offrent les interventions communautaires de réduire les facteurs de risque liés aux modes de vie. Généralement, ces interventions combinent des actions portant sur la demande et sur l'offre. Par exemple, « Heart Health Nova Scotia » (Nova Scotia Heart Health Program, 1993), mis en œuvre sur la période 1989-95 dans le cadre de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, comprenait un projet de démonstration dans des magasins d'alimentation, une campagne de promotion de la consommation de petits déjeuners moins gras, un programme de formation continue pour les cuisiniers et un étiquetage nutritionnel clair pour le consommateur.

- Une nouvelle génération d'interventions communautaires a été élaborée récemment pour relever le défi de l'obésité.
- *Europe*. En 2006, les ministres de la Santé européens ont signé la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité. Celle-ci souligne la nécessité d'agir aussi bien au niveau micro que macro et dans différents contextes (OMS, 2006). Éu égard à cet engagement, il convient de compléter les politiques internationales et nationales (niveau macro) par des activités et initiatives au niveau local (niveau micro). Ces interventions devraient inclure toutes les composantes et viser simultanément tous les aspects de l'activité quotidienne nécessaires pour faciliter les options favorables à la santé et

créer des environnements sains, et non « obésogènes » (Lemmens et al., 2008).

- ❖ Le projet Shape Up (www.shapeurope.net) a été mis en œuvre dans 21 villes d'Europe sur la période 2006-08 pour promouvoir des modes de vie sains par le biais de l'école et de la communauté locale.
 - Le volet consacré à une alimentation saine comprenait notamment les éléments suivants : amélioration de la qualité nutritionnelle et de la variété de la nourriture dans les cantines scolaires; sensibilisation des parents aux liens entre l'alimentation saine, l'apprentissage et la prévention; et un meilleur accès à une nourriture saine dans le voisinage de l'école.
 - Dans le volet consacré à l'activité physique : à l'école, augmentation du nombre, de l'attrait et de la variété des possibilités d'activité physique, et amélioration de l'information et des compétences apportées; sensibilisation des parents aux modes de mobilité en relation avec la santé; changement des habitudes de la famille sur le plan de la mobilité/conduite des enfants à l'école; et augmentation du nombre, de l'attrait et de la variété des possibilités d'activité physique fournies par l'environnement entourant l'école, et l'extension des possibilités de mobilité active.
- *Royaume-Uni.* Le ministère de la Santé a établi la Childhood Obesity National Support Team, équipe qui a pour mission d'aider les partenariats locaux à atteindre les objectifs clés du gouvernement dans la lutte contre l'obésité chez les enfants. Cette équipe est chargée d'aider les autorités locales, les organismes de soins primaires locaux et autres partenaires à améliorer leurs capacités de lutter contre l'obésité. Elle émet des recommandations concernant l'appréciation des données et des besoins, l'évaluation/gestion des performances, la façon d'établir et de conduire des activités préventives visant les enfants en bas âge et les enfants d'âge scolaire, les programmes de gestion pondérale, le travail avec les familles, l'environnement bâti, la formation et le perfectionnement des personnels et la communication.
- *Pays de Galle.* Food Coops a débuté en 2004 avec la participation de 26 coopératives alimentaires orientées vers l'agriculture durable, afin de promouvoir la consommation de fruits et légumes dans les catégories à bas statut socioéconomique. Ce programme permet d'acquiescer des fruits et légumes frais à des prix de gros par un approvisionnement direct auprès d'agriculteurs locaux.
- *France.* Les communes peuvent recevoir du gouvernement l'appellation « ville active PNNS » si elles se conforment au Plan national nutrition et santé. Cela peut se faire par la mise en œuvre de diverses interventions : activités visant à améliorer la nutrition des enfants en bas âge et des jeunes

enfants (information et éducation, suivi); amélioration de la situation dans les écoles (amélioration de la qualité nutritionnelle de la restauration, distribution de fruits, fontaines d'eau, éducation sur la nutrition, éducation physique); amélioration des possibilités d'activité physique (modes de transport actifs, manifestations sportives, soutien aux associations sportives); aide aux catégories sociales défavorisées (soutien aux structures et au personnel fournissant une aide alimentaire, promotion et information pour l'éducation physique); soutien aux personnes âgées (leçons de cuisine, accès à l'activité physique, réseaux sociaux); actions visant des agents économiques (boulangers, distributeurs de fruits et légumes, commerçants, employeurs, restauration publique, information pour les opérateurs); communication à destination du public (information nutritionnelle dans des documents publics et par des canaux publics, manifestations publiques). Actuellement 195 villes, représentant en viron 10 millions d'habitants, participent au plan.

- *Islande*. Le programme intitulé « Tout a git sur nous, et surtout nous-mêmes » a débuté en 2005 dans 25 municipalités pour promouvoir des modes de vie sains chez les enfants et leurs familles en mettant l'accent sur l'augmentation de l'activité physique et l'amélioration du régime alimentaire.
- *Pays-Bas*. « Communautés en mouvement » a été établi par l'Institut des sports et de l'activité physique des Pays-Bas (www.communitiesinbeweging.nisb.nl/cat). Ce programme s'appuie sur une approche communautaire pour promouvoir un mode de vie actif dans des catégories de population qui tendent à devenir plus sédentaires, avec une participation active du groupe cible à l'organisation, l'exécution et l'animation de l'activité et par l'introduction d'un élément de plaisir.
- *Finlande*. « En forme pour la vie » (www.likes.fi) encourage les plus de 40 ans à inclure une activité physique dans leur vie quotidienne. Ce programme est mis en œuvre en coopération avec les services municipaux des sports et de la santé, les employeurs, les services de santé au travail, les clubs sportifs, diverses associations et les organisations de santé publique.
- *Espagne*. Dans le projet « L'exercice te protège » en Estrémadure, (www.ejerciciotecuida.es), les généralistes adressent les personnes âgées présentant un risque de syndrome métabolique ou de dépression modérée à un centre sportif, où des professionnels évaluent périodiquement les participants (par des tests de condition physique, des tests psychosociaux et des tests biologiques) et leur dispensent quatre jours par semaine un programme structuré reposant sur la marche. Les résultats préliminaires ont montré l'efficacité de ce programme, avec une réduction des

consultations de soins primaires et une amélioration de la qualité de vie sur le plan de la condition physique et de la santé.

- *Allemagne*. Le projet BIG (*Bewegung als Investition in Gesundheit*, « L'exercice, investissement pour la santé ») visait les femmes de bas statut socioéconomique ou appartenant aux minorités dans la ville d'Erlangen (2005-07). L'administration des sports était chargée d'organiser les activités locales, en favorisant le réseautage entre les différents environnements et en offrant un point de contact et d'information pour les autres départements municipaux.
- *Australie*. Les programmes communautaires « Eat Well Be Active » (Wilson, 2009) ont fonctionné en partenariat avec divers secteurs comme la santé, l'éducation, l'aide sociale, l'aménagement local et l'alimentation pour surmonter les barrières aussi bien environnementales qu'individuelles à une alimentation saine et à l'activité physique à l'école et dans la population locale.

Évaluer les interventions communautaires

Un examen systématique des interventions visant à prévenir l'obésité chez les enfants (Summerbell *et al.*, 2005) a mis en lumière le paradoxe suivant lequel seul un nombre limité d'études proposent des conclusions sur ce qui fonctionne, bien que la lutte contre l'obésité soit une priorité de santé publique reconnue. Le type de méthode des essais contrôlés randomisés, adopté pour les essais cliniques, n'est pas idéal pour apprécier les interventions communautaires, étant donné qu'il omet des aspects importants comme l'interaction intervention-contexte. Une possibilité de saisir ces éléments réside dans l'approche écologique, qui cherche à préserver et gérer des ressources telles que les personnes, les environnements et les événements et englobe la notion de contexte (Hawe et Riley, 2005; McLaren et Hawe, 2005).

Les enseignements tirés des interventions non couronnées de succès ne font pas la distinction entre le processus d'évaluation et le concept même de l'intervention, alors qu'il faudrait souligner le degré restreint de généralisabilité (validité externe) et de transférabilité des résultats (Rychetnik *et al.*, 2002).

Une autre possibilité consiste aussi à utiliser des méthodes épidémiologiques observationnelles comme les essais non randomisés, les études de cohortes prospectives ou rétrospectives et les études cas-témoins (Black, 1996).

Résultats des interventions communautaires

Il existe toutefois un fonds d'expérience important montrant l'intérêt des projets communautaires pour la lutte contre l'obésité. En Europe, le projet EPODE, mis en œuvre dans un certain nombre de pays de l'OCDE depuis 2004 avec la participation de multiples parties prenantes locales, a produit une réduction de la prévalence du surpoids ou de l'obésité (Westley, 2007; Katan, 2009; Romon *et al.*, 2009). De même, le programme « Nutrition, prévention et santé des enfants et adolescents », mis en œuvre dans la région française d'Aquitaine en 2004, fait état d'une diminution de la prévalence du surpoids chez les enfants de 6 ans à Bordeaux (Baine, 2009).

D'après une étude dans laquelle l'OMS passe en revue, en 2009, 65 interventions communautaires visant le régime alimentaire et l'activité physique (dont 20 dans des localités défavorisées et trois dans des pays à faible ou moyen revenu), « les interventions communautaires qui ont le mieux réussi comprenaient généralement un grand nombre d'activités différentes, réunissant habituellement aussi bien des composantes visant le régime alimentaire que d'autres visant l'activité physique », bien qu'on n'ait pas d'informations sur leur efficacité en regard de leur coût (OMS, 2009). Ces actions n'avaient pas toujours une cible de réduction de l'obésité explicitement formulée.

On aura bientôt des données du projet Pacific OPIC (Obesity Prevention in Communities) (Swinburn *et al.*, 2007; Schultz *et al.*, 2007), vaste intervention communautaire comprenant des programmes, manifestations, campagnes de marketing social et actions de changement environnemental, auprès de plus de 14 000 jeunes aux Fidji, aux Tonga, en Nouvelle-Zélande et en Australie, ainsi que du projet GEMS (Girls Health Enrichment Multi-site Studies) de Stanford (Robinson *et al.*, 2008). Le projet GEMS, visant les jeunes Afro-américaines préadolescentes de milieu à bas revenu, a permis de comparer deux types d'intervention : d'un côté, une intervention associant une activité périscolaire culturellement adaptée et une action ayant pour base le domicile et la famille destinée à réduire le temps passé devant un écran et, de l'autre, un programme communautaire d'éducation en matière de santé ayant pour base l'information.

Concevoir les interventions communautaires

Il ressort des exemples existants que les interventions communautaires doivent être, de préférence, plurivalentes, en incluant une combinaison d'actions visant l'offre et la demande des produits alimentaires ainsi que l'offre et la demande d'activité physique.

En 2009, l'Institute of Medicine des États-Unis (Parker *et al.*, 2009) a conduit une analyse au niveau communautaire qui a mis en lumière une série

d'actions propres à promouvoir une alimentation saine et à augmenter l'activité physique. Il présente une liste de mesures destinées à améliorer le régime alimentaire :

- Accroître l'accès de la population aux aliments sains par le biais des supermarchés, des épiceries et des boutiques de proximité.
- Améliorer l'offre et la mise en évidence des nourritures saines dans les restaurants.
- Promouvoir les efforts visant à fournir des fruits et légumes dans des lieux variés (marchés fermiers, stands fermiers, points de vente itinérants, jardins communautaires, jardins à l'intention des jeunes).
- Veiller à ce que les entités gérées par le secteur public, telles que les programmes périscolaires, les crèches, les centres de loisirs et les lieux de travail de administrations locales, mettent en œuvre des mesures et pratiques visant à promouvoir des aliments et boissons bons pour la santé et à réduire ou supprimer la présence des aliments caloriques à faible intérêt nutritionnel.
- Accroître la participation aux programmes d'aide nutritionnelle du gouvernement fédéral, des États ou des autorités locales.
- Encourager l'allaitement maternel et promouvoir les mesures favorables à cet égard dans la collectivité.
- Améliorer l'accès à une eau potable gratuite et saine dans les lieux publics pour encourager la consommation d'eau au lieu de boissons sucrées.
- Mettre en œuvre des mesures budgétaires et des arrêtés locaux qui découragent la consommation d'aliments et boissons caloriques à faible intérêt nutritionnel.
- Promouvoir des campagnes de communication dans les médias et de marketing social sur l'alimentation saine et la prévention de l'obésité chez les enfants.

Il présente aussi une liste similaire pour la promotion de l'activité physique :

- Encourager la marche et le vélo pour le transport et les loisirs en améliorant l'environnement bâti.
- Promouvoir des programmes en faveur de la marche et du vélo pour le transport et les loisirs.
- Promouvoir les autres formes d'activité physique récréatives.
- Promouvoir les mesures qui font de l'activité physique une habitude quotidienne.
- Promouvoir les mesures qui réduisent le temps d'immobilité devant un écran.

- Établir une campagne de marketing social soulignant les bienfaits multiples d'une activité physique soutenue pour les enfants et les familles.

Outre le peu d'éléments que l'on possède sur ce qui est efficace dans les programmes de santé publique, le choix entre les interventions qui fonctionnent bien présente lui-même une complexité inhérente. Le cadre d'analyse ANGELO (Analysis Grid for Environments Linked to Obesity) a été élaboré en Australie pour guider le processus de priorisation des actions pour la prévention de l'obésité au sein des communautés locales. ANGELO distingue la taille (micro : micro lieux; macro : secteurs) et le type (physique, économique, politique ou socioculturel) d'environnement, il analyse les influences « obésogènes » dans un secteur ou un micro lieu et il permet d'identifier et de prioriser les actions possibles à l'intérieur d'un portefeuille d'interventions (Swinburn *et al.*, 1999; Simmons *et al.*, 2009).

Le système d'évaluation, outre l'appréciation au regard des objectifs du projet avec des indicateurs de processus, de production et de résultat (OMS, 2008), doit aussi explorer le contexte spécifique dans lequel s'applique l'intervention.

Conclusion : faire participer les parties prenantes

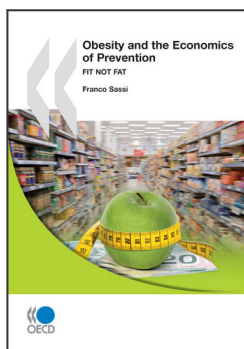
Une participation effective de ses parties prenantes adéquates est essentielle (OMS, 2007; Flynn *et al.*, 2006). Différents secteurs des administrations nationales et locales, les personnels locaux, les conseils locaux, les associations sportives, les associations de parents et d'enseignants et les clubs, les ONG, les universitaires, les médias et le secteur privé doivent être inclus et participer aux différentes formes de dialogue et de partenariats. La mise en place d'un bon mécanisme de gouvernance, ainsi que de canaux de communication efficaces avec les parties prenantes, est aussi indispensable.

Les parties prenantes peuvent engager des ressources humaines ou financières dans le projet et elles peuvent aussi réviser leurs pratiques ou en créer pour se conformer aux objectifs du projet. Les interventions communautaires reçoivent le soutien de fonds publics (nationaux ou locaux), ainsi que d'organisations caritatives et d'autres sources privées, comme le parrainage par des entreprises. Chaque fois que c'est le cas, il importe de souligner la nécessité de la transparence, de l'information publique et de strictes règles éthiques, notamment quand une part de financement provient de sources privées qui peuvent être en conflit d'intérêts avec les objectifs du projet.

Bibliographie

- Baine, M., S. Maurice Tison et H. Thibault (2009), « Enquête : Habitudes alimentaires, mode de vie et prévalence de l'obésité en grande section de maternelle », disponible à www.nutritionenfantquitaine.fr/PNNS/enquetes/2009/Rapport_-GS_2007-2008.pdf, consulté le 30 juin 2010.
- Black, N. (1996), « Why We Need Observational Studies to Evaluate the Effectiveness of Health Care », *British Medical Journal*, vol. 312, n° 7040, pp. 1215-1218, 11 mai.
- Economos, C.D. et S. Irish Hauser (2007), « Community Interventions: A Brief Overview and their Application to the Obesity Epidemic », *Journal of Law Medicine and Ethics*, vol. 35, n° 1, pp. 131-137.
- Flynn, M.A.T., D.A. Mcneil, B. Maloff, D. Mutasingwa, M. Wu, C. Ford et S.C. Tough (2006), « Reducing Obesity and Related Chronic Disease Risk in Children and Youth: A Synthesis of Evidence with 'Best Practice' Recommendations », *Obesity Reviews*, vol. 7, pp. 7-66, février.
- Fortmann, S.P., P.T. Williams, S.B. Hulley, W.L. Haskell, J.W. Farquhar (1981), « Effect of Health Education on Dietary Behavior: The Stanford Three Community Study », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 34, n° 10, pp. 2030-2038, octobre.
- Hawe, P. et T. Riley (2005), « Ecological Theory in Practice: Illustrations from a Community based Intervention to Promote the Health of Recent Mothers », *Prevention Science*, vol. 6, n° 3, pp. 227-236, septembre.
- Katan, M.B. (2009), « Weight Loss Diets for the Prevention and Treatment of Obesity », *New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 9, pp. 923-925, 26 février.
- Lemmens, V.E., A. Oenema, K.I. Klepp, H.B. Henriksen et J. Brug (2008), « A Systematic Review of the Evidence Regarding Efficacy of Obesity Prevention Interventions among Adults », *Obesity Reviews*, vol. 9, n° 5, pp. 446-455, septembre.
- Lynn Parker, A., C. Burns et E. Sanchez (dir. pub.), (2009), *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity*, Committee on Childhood Obesity Prevention Actions for Local Governments; Institute of Medicine, National Research Council.
- McLaren, L. et P. Hawe (2005), « Ecological Perspectives in Health Research », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, n° 1, pp. 6-14, janvier.
- Nova Scotia Heart Health Program (1993), *Report of the Nova Scotia Nutrition Survey*, Nova Scotia Department of Health, Health and Welfare Canada, Halifax, N.S., Canada.
- Organisation mondiale de la santé – OMS (2006), *Charte européenne sur la lutte contre l'obésité*, Organisation mondiale de la santé, Istanbul.
- OMS (2007), *The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response*, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, Copenhague.
- OMS (2008), *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Puska P., J. Tuomilehto, A. Nissinen, J.T. Salonen, E. Vartiainen, P. Pietinen, K. Koskela et H.J. Korhonen (1989), « The North Karelia Project: 15 Years of Community based Prevention of Coronary Heart Disease », *Annals of Internal Medicine*, vol. 21, n° 3, pp. 169-173, juin.
- Robinson, T.N., H.C. Kraemer, D.M. Matheson, E. Obarzanek, D.M. Wilson, W.L. Haskell, L.A. Pruitt, N.S. Thompson, K.F. Haydel, M. Fujimoto, A. Varady, S. McCarthy, C. Watanabe et J.D. Killen (2008), « Stanford GEMS Phase 2 Obesity Prevention Trial

- for Low income African American Girls: Design and Sample Baseline Characteristics », *Contemporary Clinical Trials*, vol. 29, n° 1, pp. 56 69, janvier.
- Romon, M., A. Lommez, M. Tafflet, A. Basdevant, J.M. Oppert, J.L. Bresson, P. Ducimetiere, M.A. Charles, J.M. Borys (2009), « Downward Trends in the Prevalence of Childhood Overweight in the Setting of 12 year School and Community based Programmes », *Public Health Nutrition*, vol. 12, n° 10, pp. 1735 1742, octobre.
- Rychetnik, L., M. Frommer, P. Hawe et A. Shiell (2002), « Criteria for Evaluating Evidence on Public Health Interventions », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, n° 2, pp. 119 127, février.
- Schultz, J., J. Utter, L. Mathews, T. Cama, H. Mavoa et B. Swinburn (2007), « The Pacific OPIC Project (Obesity Prevention in Communities): Action Plans and Interventions », *Pacific Health Dialog*, vol. 14, n° 2, pp. 147 153, septembre.
- Simmons, A., H.M. Mavoa, A.C. Bell, M. de Courten, D. Schaaf, J. Schultz et B.A. Swinburn (2009), « Creating Community Action Plans for Obesity Prevention Using the ANGELO (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity) Framework », *Health Promotion International*, vol. 24, n° 4, pp. 311 324, décembre.
- Summerbell, C.D., E. Waters, L.D. Edmunds, S. Kelly, T. Brown et K.J. Campbell (2005), « Interventions for Preventing Obesity in Children », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3.
- Swinburn, B., G. Egger et F. Raza (1999), « Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity », *Preventive Medicine*, vol. 29, n° 6, Pt 1, pp. 563 570, décembre.
- Swinburn, B., J. Pryor, M. McCabe, R. Carter, M. de Courten, D. Schaaf et R. Scragg (2007), « The Pacific OPIC Project (Obesity Prevention in Communities) – Objectives and Designs », *Pacific Health Dialog*, vol. 14, n° 2, pp. 139 146, septembre.
- Vartiainen, E., T. Laatikainen, M. Peltonen, A. Juolevi, S. Mannisto, J. Sundvall, P. Jousilahti, V. Salomaa, L. Valsta et P. Puska (2009), « Thirty five year Trends in Cardiovascular Risk Factors in Finland », *International Journal of Epidemiology*, 3 décembre.
- Westley, H. (2007), « Thin Living », *British Medical Journal*, vol. 335, n° 7632, pp. 1236 1237, 15 décembre.
- Wilson, A.M., A.M. Magarey, J. Dollman, M. Jones et N. Mastersson (2009), « The Challenges of Quantitative Evaluation of a Multi-setting, Multi-strategy Community-based Childhood Obesity Prevention Programme: Lessons Learnt from the Eat Well Be Active Community Programs in South Australia », *Public Health Nutrition*, vol. 13, pp. 1-9, octobre.



Extrait de :
Obesity and the Economics of Prevention
Fit not Fat

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264084865-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

Branca, Francesco et Vasiliki Kolovou Delonas (2010), « Interventions locales pour la prévention de l'obésité », dans OCDE, *Obesity and the Economics of Prevention : Fit not Fat*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264084889-13-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.