

Impact de la prévention de l'obésité sur le lieu de travail.

Travail de Bachelor

Graells Madison et Vianin Mégane

N° matricule : 13851175 et 11201266

Directrice de TBSc: Bucher Della Torre Sophie – Diététicienne diplômée, adjointe scientifique HES
Haute Ecole de Santé de Genève, filière Nutrition et diététique

Membre du jury: Rieker-Agranier Annick – Spécialiste de Santé et Sécurité au travail, directrice co-associée
PMSE Prévention et Maintien de la Santé en Entreprise, Le Lignon

Genève, Juillet 2016



Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou de la Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

[JUILLET 2016]

[GRAELLS MADISON ET VIANIN MEGANE]

Table des matières

Résumé	6
Abréviations.....	7
1 Introduction	9
2 Cadre théorique	10
2.1 L'obésité	10
2.1.1 Définition.....	10
2.1.2 Prévalence	10
2.1.3 Etiologie.....	11
2.1.4 Conséquences.....	12
2.2 Promotion de la santé et prévention	14
2.3 Promotion de la santé sur le lieu de travail.....	15
2.3.1 Définitions du travail	15
2.3.2 Historique de la notion de travail.....	15
2.3.3 Situation actuelle.....	16
2.3.4 Santé au travail (au niveau international)	17
2.3.5 Promotion de la santé sur le lieu de travail au niveau international.....	18
2.3.6 Promotion de la santé sur le lieu de travail en Suisse	19
2.3.7 Bénéfices et risques de la promotion de la santé sur le lieu de travail	20
2.4 Prévention de l'obésité sur le lieu de travail	23
2.4.1 Prévention de l'obésité	23
2.4.2 Stratégies de prévention de l'obésité.....	25
2.4.3 Prévention de l'obésité sur le lieu de travail	27
3 Question de recherche	29
3.1 Choix du thème	29
3.2 Questions de recherche.....	29
3.3 Hypothèses	30
3.4 Buts et objectifs	30
4 Méthodologie.....	31
4.1 Stratégie de recherche documentaire.....	31
4.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	33
4.2.1 Type d'études	33
4.2.2 Population	33
4.2.3 Intervention.....	33
4.2.4 Outcome.....	33
4.3 Sélection des revues.....	33
4.3.1 Sélection sur la base du titre et de l'abstract	33
4.3.2 Sélection sur la base du texte entier	34
4.4 Evaluation de la qualité des revues.....	34
4.5 Extraction des données	34

4.5.1	Extraction des données descriptives	34
4.5.2	Extraction des données en lien avec la qualité des études	34
4.5.3	Extraction des données en lien avec la première question de recherche.....	34
4.5.4	Extraction des données en lien avec la deuxième question de recherche.....	35
4.6	Interview d'experts	35
5	Ethique.....	36
6	Budget et ressources	37
7	Résultats	38
7.1	Revue de littérature	38
7.2	Description des revues sélectionnées	39
7.3	Analyse de la qualité des revues.....	40
7.4	Description des études sélectionnées	40
7.5	Analyse de la qualité des études.....	43
7.6	Résultats de la première question de recherche	44
7.6.1	Comportement alimentaire.....	44
7.6.2	Mesures anthropométriques	47
7.6.3	Connaissances nutritionnelles.....	50
7.6.4	Activité physique	50
7.7	Résultats de la deuxième question de recherche	51
7.7.1	Description des interventions des WHPP.....	51
7.7.2	Stratégies au niveau environnemental.....	52
7.7.3	Stratégies à composantes multiples.....	53
7.7.4	Stratégies motivationnelles.....	53
7.7.5	Stratégies éducationnelles et comportementales.....	53
7.7.6	Modèles et théories de changement de comportement	54
7.8	Résultats des interviews d'experts	54
7.8.1	Pertinence de l'utilisation du RCT pour évaluer les WHPP.....	54
7.8.2	Méthodes d'évaluation efficace lors de la mise en place de WHPP.....	55
8	Discussion	56
8.1	Synthèse des résultats.....	56
8.2	Interprétation des résultats et mise en perspective	57
8.2.1	Nombre d'études.....	57
8.2.2	Hétérogénéité des études	57
8.2.3	Efficacité des WHPP.....	59
8.2.4	Evaluation des WHPP	62
8.3	Points forts, limites et biais	64
9	Perspectives	66
9.1	Recommandations pour la pratique	66
9.2	Recommandations pour la recherche	66
10	Conclusion	68
11	Remerciements.....	69

12	Bibliographie.....	70
13	Annexe 1.....	I
13.1	Grille d'analyse de la qualité de revue	I
14	Annexe 2.....	I
14.1	Résultats de l'analyse de la qualité	I
15	Annexe 3.....	I
15.1	Protocole du travail de Bachelor.....	I

Résumé

Introduction : L'obésité est une maladie chronique dont la prévalence a augmenté en Suisse et dans le monde. Ses conséquences peuvent être somatiques, psychologiques, sociales et financières. La prévention de l'obésité est l'un des défis principaux de la santé publique. Dans ce contexte, de nombreuses stratégies de prévention ciblées sur l'alimentation et l'activité physique ont émergé et sont mises en place dans différents « settings » dont le lieu de travail. Les buts de ce travail sont 1) de vérifier l'efficacité des programmes de prévention sur le lieu de travail sur la prévalence de l'obésité et sur les « outcomes » en lien, 2) de déterminer les composantes les plus efficaces de ces programmes et 3) d'obtenir l'avis d'experts du domaine de la santé publique sur les méthodes d'évaluation de ces programmes.

Méthodes : Nous avons procédé à une revue de revues systématiques et méta-analyses afin d'atteindre les deux premiers buts. Les recherches ont été effectuées sur les bases de données Pubmed et Cinhal à l'aide de mots-clés déterminés au préalable. Les revues ont été incluses ou exclues selon des critères prédéfinis. La qualité des revues sélectionnées a été analysée à l'aide d'une grille standardisée et les données extraites à l'aide de différentes tables. Les résultats ont été complétés grâce à trois interviews d'experts. Les interviews se sont déroulées dans un style journalistique et les informations obtenues ont été analysées, comparées et synthétisées.

Résultats : Nous avons sélectionné dix revues, dont huit revues systématiques et deux méta-analyses. Selon la grille standardisée, quatre revues sont qualifiées de qualité positive et six revues sont de qualité neutre. La majorité des résultats de ces revues soulèvent un effet positif des programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail. La qualité des études incluses dans ces revues est généralement faible à modérée. Peu d'auteurs émettent des conclusions quant à l'efficacité de ces programmes. Les revues analysées ne permettent pas de définir les composantes les plus efficaces de ces programmes, mais il semblerait que les programmes à composantes multiples, incluant des interventions environnementales et individuelles soient les plus efficaces. Enfin, les experts ont relevé que les essais cliniques randomisés, « gold standard » pour l'évaluation d'études d'intervention, ne semblent pas adaptés aux interventions de santé publique. Une utilisation mixte des méthodes quantitatives et qualitatives, la prise en compte de l'environnement et le choix d'indicateurs adaptés à la question de recherche pourraient améliorer l'évaluation de ces programmes.

Conclusion : Les programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail, et principalement les programmes à composantes multiples, semblent avoir un effet positif sur la prévalence de l'obésité et les « outcomes » en lien. Les difficultés d'évaluation de ces interventions limitent les preuves scientifiques de leur efficacité. L'évaluation systématique de ces programmes et l'utilisation de nouvelles méthodes telles que « l'évaluation réaliste » augmenteraient les preuves de l'efficacité de ces programmes.

Mots-clés : Obésité – Prévention – Lieu de travail

Abréviations

AND : Academy of nutrition and dietetics

APOP : Accelerating progress in obesity prevention

AVS : Assurance-vieillesse et survivants

BIA : Bioimpédancemétrie

CFST : Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail

CIM-10 : Classification internationale des maladies de l'OMS, 10^{ème} révision

DFI : Département fédéral de l'intérieur

EES : Enquête suisse sur la santé

EU-OSHA : European agency for safety and health at work - Agence d'information de l'Union européenne en matière de sécurité et de santé au travail

IMC : Indice de masse corporel

IOM : Institute of medicine

GECSSP : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

HedS : Haute Ecole de Santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

LTr : Loi sur le travail

MA : Méta-analyse

NSW-CPHN : New South Wales – Centre for public health nutrition

OFSP : Office fédéral de la santé publique

OIT : Organisation internationale du travail

OMS : Organisation mondiale de la santé

PICO : Population – Interventions – Comparaison – « Outcome »

PNA : Programme national alcool

PNAAP : Programme national alimentation et activité physique

PSE : Promotion de la santé en entreprise

PSS : Promotion Santé Suisse

RCT : Randomised clinical trial - Essai contrôlé randomisé

RS : Revue systématique

SECO : Secrétariat d'Etat à l'économie

SMOC : Swiss model for outcome classification – Modèle suisse de classification des « outcomes »

SST : Sécurité et santé au travail

WHPP : Workplace health promotion programs - Programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail

1 Introduction

L'obésité est une maladie caractérisée par un taux de masse grasse particulièrement élevé, ayant un impact sur la santé (1). En Suisse et dans le monde, la prévalence de l'obésité a augmenté de façon spectaculaire (1–3). On parle d'épidémie d'obésité depuis les années 1990 (4). Les causes de l'obésité sont multifactorielles. Elles se traduisent par un déséquilibre de la balance énergétique (apports alimentaires trop élevés et/ou dépense énergétique trop basse) qui engendre une prise de poids (5). Les conséquences de l'obésité sont multiples et peuvent être d'ordre somatique, psychologique, social et financier (6,7).

Le développement de programmes de prévention de l'obésité est donc un enjeu important en santé publique (8). La santé publique inclut la promotion de la santé et la prévention des maladies. La prévention des maladies peut être développée au niveau individuel ou structurel et dans différents cadres, notamment le lieu de travail (9).

L'Organisation internationale du travail (OIT) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) promeuvent toutes deux la promotion de la santé sur le lieu de travail (10,11). En Suisse, la promotion de la santé au travail est également encouragée, il s'agit notamment de l'une des mesures préconisées par la stratégie « Santé 2020 » (12). L'utilisation du lieu de travail comme cadre lors de la mise en place de programmes de promotion de la santé offre de nombreux avantages. L'accès à une part importante de la population, la stabilité du cadre et les avantages économiques en font partie (13).

Dans ce contexte, de nombreuses stratégies de promotion de la santé et de prévention de l'obésité ont émergé au niveau mondial, notamment la « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » de l'OMS (14). En Europe, une politique-cadre de la santé, adaptable aux différents contextes présents en Europe est élaborée : « Santé 2020 » (15) et un « Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 » est développé (16). La Suisse s'inscrit dans cette dynamique et met en place la « Stratégie alimentaire suisse 2013-2016 » (17) et le « Programme national alimentation et activité physique 2008–2012 » (PNAAP) (3), entre autres. Ces stratégies décrivent l'employeur comme l'un des acteurs de la prévention de l'obésité et encouragent la mise en place de programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail (Workplace health promotion programs, WHPP) et notamment des programmes de prévention de l'obésité (3,14,15,17). De nombreux WHPP ciblés sur l'alimentation et/ou l'activité physique ont été mis en place, mais qu'en est-il de l'efficacité réelle de ces programmes ?

Dans ce travail de Bachelor, le cadre de référence permettra une familiarisation avec la situation actuelle en matière de prévention de l'obésité sur le lieu de travail. Dans un second temps, une revue de revues systématiques aura pour but de déterminer l'impact des WHPP sur l'obésité et les « outcomes » en lien, ainsi que d'identifier les composantes des programmes les plus efficaces. Enfin, l'avis d'experts dans le domaine de la santé publique sera sollicité afin d'approfondir l'analyse des résultats obtenus.

2 Cadre théorique

2.1 L'obésité

2.1.1 Définition

Selon l'OMS, « le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » (1).

La mesure de la composition corporelle d'un individu permet de définir l'obésité. Le pourcentage de masse grasse représente en moyenne 10 à 15% du poids corporel total chez l'homme et 20 à 25% chez la femme (4). Des outils valides et fiables permettent de le mesurer (« mesure de densité corporelle, évaluation par absorptiométrie, tomodensitométrie, résonance magnétique ») (4). Ces méthodes étant trop coûteuses pour une utilisation courante, l'obésité est en pratique définie par le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) (4). L'IMC est une mesure du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m^2 (1). L'obésité est définie comme un IMC égal ou supérieur à 30 et peut être perçue comme une « forme sévère de surpoids » (1,2).

Table 1 : Classification du poids selon l'indice de masse corporel (18,19) (traduction libre)

IMC (kg/m^2)	Classification de l'OMS	Dénomination usuelle
18.5 – 24.9	Normes	Poids « souhaitable »
25.0 – 29.9	Excès de poids grade I	Surpoids
30.0 – 39.9	Excès de poids grade II	Obésité
≥ 40.0	Excès de poids grade III	Obésité massive

L'IMC est un bon indicateur de l'état de santé au sein de la population générale et est utilisé au niveau international (2). Cependant, cela ne donne qu'une indication approximative, en effet, d'autres facteurs (masse musculaire, tour de taille, etc.) jouent également un rôle (1). Pour diagnostiquer l'obésité au niveau individuel, l'IMC doit donc être systématiquement associé à un examen clinique (1).

En plus de son excès, la répartition de la masse grasse joue aussi un rôle prédominant dans les risques en lien avec l'obésité (4).

Finalement, il est important de préciser que l'obésité, en plus d'être un facteur de maladies non transmissibles, est une maladie en soit définie dans la Classification internationale des maladies de l'OMS, 10^{ème} révision (CIM-10) (16).

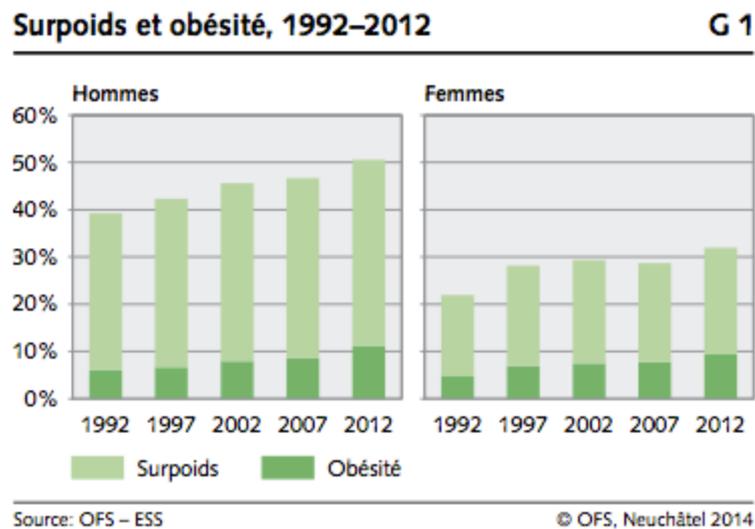
2.1.2 Prévalence

En 2014, environ 13% de la population adulte mondiale était obèse (1). Entre 1980 et 2014, « la prévalence de l'obésité a plus que doublé au niveau mondial » (1). En Europe, le

surpoids et l'obésité touchent plus de la moitié de la population adulte (3). Dès 1990, on parle d'une épidémie d'obésité dans les pays développés (4).

L'Enquête suisse sur la santé (EES) 2012 révèle que « près d'une personne sur trois de 15 ans et plus était en surpoids et une sur dix était obèse » (2). Malgré qu'une stabilisation du nombre de personnes en surpoids et obèses ait été observée entre 2002 et 2007, la hausse régulière du nombre d'individus en situation d'obésité depuis les années 1992 a multiplié par deux la prévalence (5,4% en 1992 contre 10,3% en 2012) (2).

Figure 1 : Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité en Suisse (2)



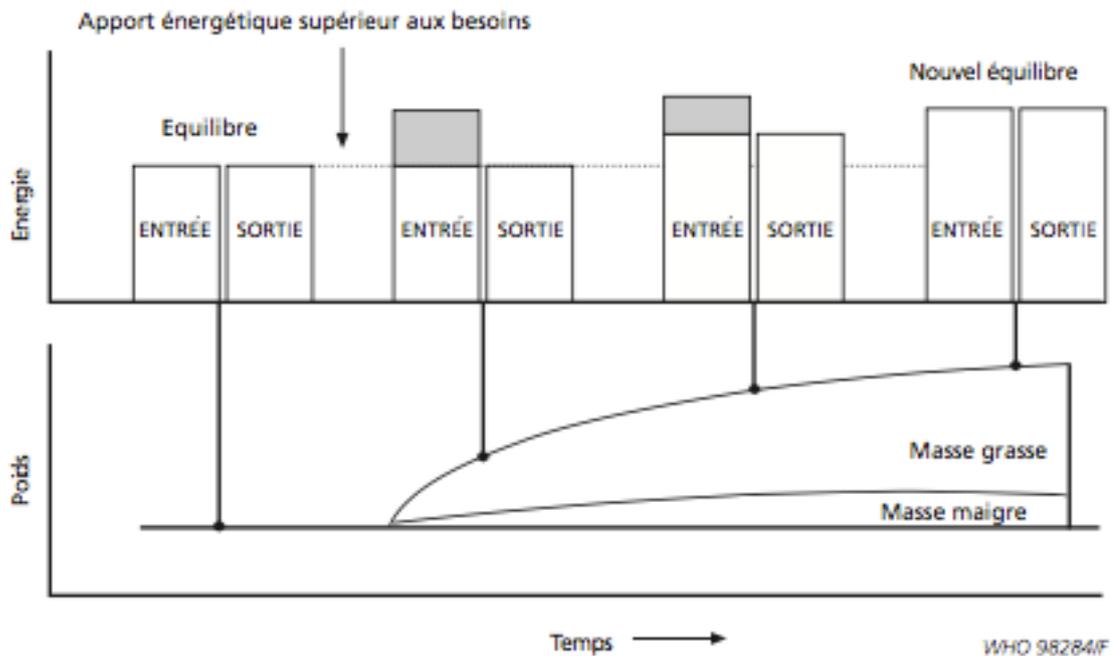
2.1.3 Etiologie

La régulation du poids est un processus physiologique complexe où interviennent différents mécanismes « qui agissent comme des signaux au niveau de l'intestin, du tissu adipeux et du cerveau » (5). Ce processus physiologique est influencé par des facteurs tant intrinsèques (facteurs génétiques, biologiques) qu'extrinsèques (facteurs comportementaux, environnementaux) (4).

La régulation pondérale résulte d'une balance énergétique neutre ce qui signifie qu'il existe un équilibre entre les apports et les dépenses énergétiques (20). Une balance énergétique positive, c'est à dire un apport énergétique supérieur aux besoins, engendre sur le long terme une prise de poids avec une perturbation des mécanismes régulateurs (5). Le déséquilibre de la balance énergétique a comme principales causes des apports énergétiques augmentés, une dépense énergétique diminuée, ou l'association des deux (5). La surconsommation d'aliments à haute densité énergétique, le mode de vie sédentaire, le stress sont des illustrations de facteurs, propres à la société moderne, déséquilibrant la balance énergétique (20). En plus de ces éléments comportementaux et environnementaux, la balance énergétique positive peut être favorisée par une prédisposition génétique (5).

La Figure 2 ci-dessous explicite les trois phases qui apparaissent dans le processus de prise de poids.

Figure 2 : Processus de prise de poids (21)



La première phase est une période d'équilibre : le bilan énergétique et le poids sont stables. Lors de la deuxième phase, un bilan énergétique positif prolongé engendre une prise de poids. Finalement, la troisième phase amène à « un nouvel équilibre à un poids plus élevé » qui découle « d'une augmentation du métabolisme associée à une masse maigre plus importante et à un tissu adipeux plus développé » (5). Cette troisième phase rend la perte de poids plus difficile et ne prévient pas d'une nouvelle prise de poids se basant sur cette même dynamique (5).

Finalement, il peut être conclu que les causes de l'obésité sont multifactorielles. La Figure 3 résume les principaux facteurs de l'obésité (4).

Figure 3 : Facteurs impliqués dans le développement de l'obésité au fil du temps (4)



2.1.4 Conséquences

L'obésité est considérée comme une « maladie chronique évolutive » (4). Une des conséquences de l'obésité est le développement d'une maladie inflammatoire du tissu

adipeux. Ceci engendre l'instauration progressive d'une résistance aux thérapies visant une perte de poids (6).

De plus, l'obésité est un facteur de risque de maladies chroniques (7). La Figure 4 présente les risques relatifs de développer certaines pathologies et leur prévalence chez les personnes obèses (IMC \geq 30) par rapport aux personnes non obèses ($18.5 < \text{IMC} < 25$).

Figure 4 : Risques relatifs et prévalence de certaines pathologies chez les patients obèses par rapport aux sujets non obèses (20)

Pathologies	Risque relatif (Intervalle de Confiance 95p.100)*	Prévalence (%)
Hypertension artérielle	2,4 (2,2-2,8)	42,1
Coronaropathies	1,5 (1,1-2,0)	8,5
Maladies ostéo-articulaires	1,25 (1,1-1,4)	32,6
Complications gastriques**	1,2 (1,03-1,5)	15,9
Diabète type II	3,8 (2,7-5,3)	9,8
Dyslipidémie	1,5 (1,2-1,8)	15,2
Hyperuricémie, goutte	3,7 (2,5-5,5)	7,2
Pathologie veineuse	1,2 (1,1-1,4)	28
Lithiase biliaire	1,7(1,2-2,2)	8,3

Outres les conséquences somatiques, l'obésité entraîne des problèmes psychologiques et sociaux (6). La mauvaise estime de soi, les troubles du comportement alimentaire, la dépression, l'isolement social sont des exemples de ces « conséquences socio-psychologiques » (5,20). De plus, la discrimination que subissent les personnes en situation d'obésité résulte de la perception négative que se font les autres par rapport à leur silhouette « non souhaitable » et les préjugés caractérisant leur personnalité (5). Cette discrimination se révèle préjudiciable tout au long de la vie d'une personne obèse et impacte sur leur formation, leur emploi, leur revenu ou encore leur santé physique et mentale (5).

L'obésité est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité (20). Selon le « Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 », le surpoids et l'obésité provoqueraient chaque année la mort de quelque 320 000 hommes et femmes dans 20 pays d'Europe de l'Ouest. » (16).

Finalement, cette pathologie a des répercussions financières importantes sur le système de santé. Selon le sixième rapport sur la nutrition en Suisse publié en 2012, « les coûts liés à la surcharge pondérale et à l'obésité [...] ont plus que doublé ces cinq dernières années et s'élèvent actuellement à plus de 5,8 milliards de francs par année » (7).

L'épidémie d'obésité constitue un enjeu important de santé publique d'où l'importance de développer des programmes de prévention efficaces (8).

2.2 Promotion de la santé et prévention

La santé publique est définie comme « l'art et la science de prévenir les maladies, promouvoir la santé et prolonger la vie par un effort organisé de la société » (9). Cette définition de la santé publique inclut deux notions essentielles : la promotion de la santé et la prévention de maladies

La promotion de la santé comprend « l'ensemble des interventions qui contribuent à améliorer la santé de la population » (9). Quant à la prévention, elle a pour but « la protection de la santé, la prévention des maladies et leur dépistage précoce » (9). La promotion de la santé et la prévention des maladies sont complémentaires et ciblent un « setting » prédéfini (9). Le « setting » correspond à « un système social délimité que l'on analyse et définit pour les besoins d'une intervention » (22).

La prévention cible son action soit au niveau individuel soit au niveau environnemental ; on parle alors respectivement de prévention individuelle et de prévention structurelle. La prévention individuelle engendre un impact direct sur la personne. Pour cela, des informations et des conseils sont transmis afin d'améliorer les connaissances et de modifier les croyances (9). La prévention structurelle permet quant à elle d'influencer indirectement les individus en agissant sur leur environnement. L'environnement comprend les domaines sociaux (école, entreprise, foyer, etc.), sociopolitiques, économiques mais aussi le cadre légal et réglementaire (9). Ces deux types de prévention ont un lien étroit. Pour cette raison, la combinaison des deux se révèle être une stratégie avantageuse (9).

Différents types de prévention existent selon la période de leur application (9) :

« La prévention primaire cherche à éviter les maladies ; elle intervient souvent précocement dans la vie des personnes. C'est une stratégie à long terme.

La prévention secondaire vise l'identification précoce des risques ou des maladies. Les pathologies identifiées sont ensuite prises en charge pour un diagnostic et un traitement précoces.

La prévention tertiaire vise à améliorer le pronostic, en minimisant les séquelles et en diminuant les risques de rechutes (9). »

Il existe deux stratégies préventives : la stratégie dite « de population » et la stratégie dite « des hauts risques » (9). La première cible toute la population qu'elle soit à haut risque ou non de développer la maladie. La seconde ne vise que les individus à haut risque (9). Chacune d'entre elles a des avantages et des inconvénients, l'analyse de la situation permettra de sélectionner la plus adaptée (9).

2.3 Promotion de la santé sur le lieu de travail

2.3.1 Définitions du travail

Le travail peut être défini comme un « effort individuel ou collectif physique ou intellectuel conscient, délibéré professionnel ou non, dont le but est la concrétisation d'un projet, d'une idée ou d'un produit, et dont la rétribution peut être morale ou matérielle » (23).

Dans ce travail de Bachelor, nous nous intéressons au travail professionnel. Il s'agit donc d'une « activité professionnelle régulière et rémunérée » (24) ou de « l'exercice d'une activité professionnelle ; lieu où elle s'exerce » (24). On parle donc du travail comme d'un emploi, il s'agit de « la forme qu'a pris le travail dans la société salariale » (25).

Ces définitions ajoutent une dimension économique au travail qui est l'un des facteurs essentiels de la production. Or, l'économie désigne « l'ensemble des activités d'une société qui visent la production, la distribution et la consommation de biens et de ressources » (26).

Pour aller plus loin, le travail peut être défini « comme l'activité d'un homme ou d'une femme dans un cadre organisationnel et social défini, utilisant des outils particuliers, aux fins d'atteindre des productions données ». Cette dernière définition amène la notion de « cadre » (27).

2.3.2 Historique de la notion de travail

Dans la Grèce antique, le travail a une connotation négative en opposition avec la notion de liberté qui permet l'activité libre. Il s'agit alors d'une activité réservée aux esclaves. Les activités religieuses ou militaires, par exemple ne sont d'ailleurs pas considérées comme étant du travail. Plus tard, la différence entre ces activités diminue et elles seront toutes considérées comme du travail, dans le sens actuel que nous lui donnons. Ce n'est cependant qu'à partir du XVI^e siècle que le travail devient une activité valorisée, permettant à l'Homme de s'intégrer dans la société. Dès le XVIII^e siècle, l'émergence des conditions salariales entraîne une modification du statut de travail, qui permet désormais d'obtenir ce dont on a besoin pour vivre, grâce à la création de valeur. L'objectif principal du travail est alors la productivité et le travail permet l'organisation de la société (28).

Aux XIX^e et XX^e siècles, « le travail devient emploi » (25). Cela signifie qu'il ne s'agit plus simplement d'une production de biens ou de services en échange d'une rémunération. Le statut de travailleur s'accompagne de droits. Le travailleur ou salarié obtient un certain nombre de garanties lui permettant de maîtriser son présent et son avenir, comme le droit à un salaire minimum, l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), etc. (25). C'est également à cette époque qu'émerge l'idée de la création d'une organisation internationale gérant les questions liées au travail et en 1919, l'Organisation internationale du travail (OIT) voit le jour. Il s'agit d'une réponse à certaines préoccupations sécuritaires, humanitaires, politiques et économiques. En effet, les grandes nations comprennent l'importance d'une justice sociale afin de promouvoir une paix mondiale durable et décident de coopérer pour que les travailleurs aient de meilleures conditions de travail. Les années suivant la création de l'OIT se traduisent par un fort enthousiasme et l'adoption d'un grand nombre de conventions et recommandations, portant entre autres sur le chômage, le travail des

femmes, l'âge minimum, etc. Cependant, c'est après la Seconde Guerre Mondiale que l'OIT connaît un véritable essor, notamment grâce à l'entrée dans l'Organisation de nombreux pays en voie de développement. En 1999, la promotion d'une mondialisation équitable et l'utilisation du travail comme moyen de lutte contre la pauvreté sont mises en avant. Les objectifs de l'OIT s'inscrivent donc dans les objectifs de développement du millénaire (29).

2.3.3 Situation actuelle

Actuellement, « les travailleurs représentent la moitié de la population mondiale et sont les principaux moteurs du développement socio-économique » (10). Dans son rapport concernant la situation du travail dans le monde publié en 2014, l'OIT déclare que l'écart économique entre les pays émergents et les pays ayant une économie avancée diminue. Il semblerait que l'amélioration de la qualité des emplois et la diminution des emplois vulnérables (emploi indépendant et travail familial non rémunéré) soient des facteurs améliorant la progression économique dans un pays. Cependant, les disparités restent importantes. Plus de la moitié des travailleurs des pays en voie de développement occupent un emploi vulnérable ce qui entraîne bien souvent un manque de ressources financières, mais aussi éducationnelles ou sanitaires. De plus, environ un tiers des emplois dans le monde ne permettent pas aux travailleurs de gagner suffisamment pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles.

Pour relever ce défi, la diversification des capacités de production est l'un des axes d'action mis en avant par l'OIT. Le deuxième axe est le combat de la faible productivité et des conditions de travail médiocres. Troisièmement, l'amélioration de la protection sociale est une priorité qui contribuera à réduire l'incidence de la pauvreté, des inégalités et de l'emploi vulnérable. En conclusion, cela signifie que, dans les années à venir, l'objectif prioritaire sera le développement de postes de travail décents, contribuant à l'amélioration globale de la qualité de vie (30).

Actuellement, la mission de l'OIT est « de promouvoir la justice sociale, condition essentielle à la prospérité et à la paix universelle, et les droits internationalement reconnus de la personne humaine et du travail. » (31). Ceci au travers de l'Agenda pour le travail décent de l'OIT, élaboré en 2001, qui peut être décliné en quatre piliers principaux :

- « Promouvoir et mettre en œuvre les principes et les droits fondamentaux au travail
- Accroître les possibilités pour les hommes et les femmes d'obtenir un emploi décent
- Étendre le bénéfice et l'efficacité de la protection sociale pour tous
- Renforcer le tripartisme et le dialogue social » (31).

Le travail décent est décrit comme le droit d'exercer un travail productif et rémunéré dans des conditions de liberté des individus, d'égalité des chances et des traitements, de sécurité sur le lieu de travail, de protection sociale et de dignité (32,33). Dans ce contexte, l'importance de la Sécurité et santé au travail (SST) ne fait plus de doute. En effet, la SST est la discipline traitant de la prévention des accidents et maladies liés au travail et promouvant la santé des travailleurs (34). Cette dernière est indispensable à l'atteinte des objectifs cités précédemment.

2.3.4 Santé au travail (au niveau international)

Le droit à des conditions de travail décentes est l'une des préoccupations de l'OIT depuis sa création. En 1950, le comité mixte OIT/OMS, fondé en 1948, se réunit pour la première fois et adopte une définition commune de la santé au travail, révisée en 1995 lors de la 12^e session du comité (34–36) :

« La santé au travail devrait viser les objectifs suivants: promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions; prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de travail; les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé; placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses capacités physiologiques et psychologiques; en somme, adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche. La santé au travail vise principalement les trois objectifs suivants: i) le maintien et la promotion de la santé des travailleurs et de leur aptitude au travail; ii) l'amélioration des conditions et du milieu de travail pour assurer la sécurité et la santé au travail; iii) l'adoption de systèmes d'organisation du travail et de cultures d'entreprise susceptibles de contribuer à la sécurité et à la santé au travail et de promouvoir un climat social positif et le bon fonctionnement de l'entreprise. Dans le présent contexte, l'expression « culture d'entreprise » désigne les systèmes de valeurs adoptés par une entreprise donnée. En pratique, elle se reflète dans les méthodes de gestion, dans la politique appliquée en matière de personnel, de participation, de formation et dans la gestion de la qualité de l'entreprise » (34).

Par la suite, l'OIT régleme la SST par de nombreuses conventions et recommandations, notamment la « convention (n°155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 » et la « convention (n°161) sur les services de santé au travail, 1985 », et les conditions de travail s'améliorent dans de nombreuses parties du monde. Cependant, les problèmes persistent et l'importance d'une action coordonnée au niveau international ne fait plus de doute. En 2003, l'OIT lance une « Stratégie globale en matière de sécurité et de santé au travail » ayant pour buts la mise en place d'une culture préventive, l'élaboration de nouveaux instruments, l'assistance technique aux pays en voie de développement et le développement, la gestion et la diffusion des connaissances, ceci grâce à une collaboration internationale, notamment avec l'OMS. En 2006, la « convention (n°187) sur le promotionnel pour la sécurité et la santé au travail » est adoptée. Avec les conventions n°155 et n°161, elles déterminent les principes fondamentaux de sécurité et de santé du travail. En 2008, une analyse exhaustive de la situation mondiale concernant la SST est menée par la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations. Les conclusions en découlant ont permis l'élaboration du plan d'action 2010-2016 ayant pour but la mise en place effective d'instruments clés, à savoir les conventions n°155 (ainsi que son Protocole de 2002) et n°187, dans le domaine de la SST (36).

Parallèlement, l'OMS établit le « Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017 », traitant de tous les aspects relatifs à la santé des travailleurs (prévention primaire des risques, promotion de santé au travail, conditions d'emplois, etc.). Les actions envisagées sont définies par cinq objectifs :

- « Définir et appliquer un cadre d'action pour la santé des travailleurs ;
- Protéger et promouvoir la santé sur le lieu de travail ;
- Améliorer les services de médecine du travail et en élargir l'accès ;
- Fournir des données sur lesquelles fonder l'action ;
- Intégrer la santé des travailleurs dans d'autres politiques » (10).

Pour la mise en œuvre de ces objectifs, l'OMS s'engage à agir en partenariat avec les Etats Membres et l'OIT, ainsi qu'avec les organisations d'employeurs, les syndicats, etc (10).

En Europe, l'agence d'information de l'Union européenne en matière de sécurité et de santé au travail (EU-OSHA) a pour mission la production et l'échange d'informations, d'analyses et d'outils permettant le développement de connaissances et de bonnes pratiques et la sensibilisation en matière de SST (37). Ses actions s'inscrivent dans 1) le « Cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail (2014-2020) » (38) qui a pour but de maintenir le rôle important de l'Union européenne en ce qui concerne la promotion de conditions de travail élevées ; 2) la stratégie « Europe 2020 » qui vise une croissance intelligente, durable et inclusive (39).

2.3.5 Promotion de la santé sur le lieu de travail au niveau international

La « Stratégie globale en matière de sécurité et de santé au travail » et le « Plan d'action 2010-2016 » de l'OIT ainsi que le « Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017 » de l'OMS accordent une attention non négligeable à la promotion de la santé sur le lieu de travail, qui vient compléter les mesures de sécurité et de santé au travail (10,11,36). La Charte d'Ottawa, rédigée dans le cadre d'une conférence internationale pour la promotion de la santé, reconnaît d'ailleurs le lieu de travail comme l'un des « settings » clé du succès (40).

De plus, la promotion et le maintien d'une bonne santé et d'un environnement de travail sain semblent avoir des répercussions positives sur la réussite de l'entreprise, notamment par la réduction de l'absentéisme, l'amélioration de la productivité et de la motivation et la facilitation du recrutement. Les conditions de travail sont l'un des nombreux déterminants de la santé des individus, ce qui signifie que de mauvaises conditions de travail peuvent, à l'inverse, se traduire par une diminution de l'état de santé de la population active. Les WHPP efficaces contribuent donc au bien-être et à la bonne santé des travailleurs, tout en étant un investissement rentable (41).

Selon l'OIT, un WHPP efficace doit :

- S'intégrer à la SST en aidant à la mise en place et au maintien d'un environnement de travail sûr et salubre par l'amélioration de la qualité de vie au travail ;
- Préparer les travailleurs à affronter les risques psychosociaux susceptibles de perturber leur bien-être et leurs performances professionnelles ;
- Aider les travailleurs à gérer les maladies chroniques et à devenir proactifs dans la prise en charge de leur santé ;
- Etre mis en place de façon collective par les efforts conjoints des employeurs, des travailleurs, des communautés et de la société dans son ensemble (41).

Dans ce contexte, l'OIT a mis au point le kit pédagogique « SOLVE » en 2002, et l'a revu et complété en 2012. Le but étant l'intégration de la promotion de la santé au travail au travers de neuf problématiques : « le stress et le stress d'origine économique, la violence, le tabac et le tabagisme passif, l'alcool et les drogues, la nutrition, l'activité physique, le sommeil réparateur et le VIH/SIDA » (41).

2.3.6 Promotion de la santé sur le lieu de travail en Suisse

Bien que les racines du droit du travail en Suisse remontent à plusieurs siècles, ce n'est qu'au XX^e siècle que ce dernier s'est réellement développé et a acquis sa forme actuelle (42). Le droit du travail a pour but de régler les relations entre un employé et son employeur. Ces règles peuvent être régies par le droit public ou le droit privé. Le droit privé gère les relations entre individus alors que le droit public règle les relations entre les individus et l'état (43).

C'est au droit public qu'appartient la législation sur la protection des travailleurs qui englobe notamment la Loi sur le travail (LTr) et ses ordonnances. Elles ont pour but de protéger la santé des travailleurs, par la protection de la santé au sens large et par la réglementation du temps de travail (43). La Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) définie par le Conseil fédéral et agissant sous le contrôle de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) coordonne l'application de la LTr et de ses ordonnances (44). L'EES 2012 a permis au SECO de faire le point sur la problématique travail et santé en Suisse à l'heure actuelle. Il en ressort qu'en 2012, 89.5% de la population active en Suisse décrit son état de santé général comme bon ou très bon et 78.9% de la population est satisfaite ou très satisfaite au travail. Cependant, seules 45.8% des personnes actives pensent que leur travail a un impact positif sur leur santé, 43.9% ne voient pas le lien existant entre santé et travail et 10,3% relèvent un impact négatif du travail sur leur santé (45). On remarque également l'apparition de nouveaux facteurs, plus ou moins liés à l'emploi, ayant un impact sur l'état de santé des employés (stress, sédentarité, alimentation, etc.) et les mesures préventives fixées par la LTr et ses ordonnances peuvent devenir insuffisantes. La promotion de la santé sur le lieu de travail permet de compléter ces mesures puisqu'elle englobe, non seulement la promotion de conditions de travail saines, mais également la promotion de comportements sains chez les employés (46).

La promotion de la santé sur le lieu de travail, ou la promotion de la santé en entreprise (PSE) est d'ailleurs l'une des mesures préconisées par la stratégie « Santé 2020 » élaborée par le Conseil fédéral. En effet, « Santé 2020 » propose 36 mesures se basant sur 12 objectifs qui ont pour but d'affronter les principaux défis à venir en matière de santé. Quatre domaines d'action ont été définis.

Figure 5 : Les quatre domaines d'action de la stratégie « Santé 2020 » du Conseil fédéral (12)

L'un des trois objectifs mis en place pour le domaine d'action « garantir la qualité de vie » est de « renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies » et ce grâce à trois mesures. L'une d'elles est une « amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies non transmissibles, afin d'en réduire l'incidence et l'impact sur les personnes concernées et sur l'économie ; l'accent est mis notamment sur la promotion de la santé en entreprise » (12).

En parallèle, l'OFSP, en collaboration avec la Suva et Promotion Santé Suisse (PSS) décide de développer la PSE, dans le cadre du PNAAP. Plusieurs projets-pilotes ou initiatives ont été lancés suite à cela (47), par exemple l'initiative « Actionsanté » qui soutient les entreprises promouvant un mode de vie sain (48). D'autres programmes nationaux ou associations suisses comme le « Programme national alcool (PNA) » encouragent la PSE (47). Pour terminer, PSS propose plusieurs outils aidant au développement de la PSE avec notamment le label « Friendly Work Space » qui encourage le bien-être des travailleurs par la gestion de la santé en entreprise (49) ou le projet-pilote « VitaLab » qui se concentre sur la PSE dans les petites entreprises (50). En janvier 2016, l'OFSP, la Suva et PSS ont concrétisé cette collaboration par la signature d'un contrat. Le but est de développer des actions communes en matière de PSE. Quatre champs d'actions ont été définis : l'ergonomie, l'activité physique, la nutrition et la santé psychique (51).

Cette nouvelle collaboration, et la PSE en général s'inscrivent dans le cadre de la « Stratégie nationale : Prévention des maladies non transmissibles » qui préconise, entre autres, la création d'environnements facilitant un mode de vie sain. Cette stratégie a été approuvée par le Conseil fédéral au printemps 2016 (52).

2.3.7 Bénéfices et risques de la promotion de la santé sur le lieu de travail

Les chapitres précédents ont montré que la PSE est de plus en plus préconisée. Cela peut s'expliquer par les nombreux avantages qu'elle procure pour les individus, mais également au niveau pratique et économique.

La promotion de la santé ayant comme but l'amélioration de la santé des individus et la santé étant décrite comme un état de bien-être global, il semble logique de penser que toute forme de promotion de la santé soit bénéfique, à condition qu'elle respecte les principes éthiques en lien, à savoir la bienfaisance, l'équité, l'autonomie et la non-malfaisance (9). La PSE est donc bénéfique pour les individus, d'autant plus grâce à

l'impact que l'effet de groupe peut avoir sur la motivation. En effet, la présence de collègues peut encourager chacun à suivre les propositions de la stratégie de promotion et à s'impliquer davantage dans sa propre santé (13). Cependant, la présence du groupe peut également avoir un impact négatif sur les individus, notamment à cause de la stigmatisation qui peut apparaître (53) ou des comparaisons entre individus pouvant entraîner un jugement envers les personnes ayant moins de motivation ou plus de difficultés à modifier leurs comportements. Il pourrait en découler un certain nombre de conséquences comme la dévalorisation personnelle ou la culpabilité qui éloignent l'individu de la notion de bien-être visée au départ.

Les bénéfiques pratiques de la PSE facilitent sa mise en place et améliorent son efficacité, ce qui peut encourager les entreprises à la mettre en place. En effet, étant donné que la moitié de la population mondiale travaille (10) et que 65% de la population en âge de travailler est active en Suisse (54), le lieu de travail est un « setting » permettant d'avoir accès à une part importante de la population adulte, d'autant plus que la majorité du temps d'éveil y est passé (13,55). Plus intéressant encore, il permet d'atteindre une population hétérogène, issue de différents milieux, cultures ou classes sociales (56). De plus, le lieu de travail offre l'avantage d'une relative stabilité puisque les employés y restent à plus ou moins long terme. Ceci peut favoriser le développement de comportements sains à long terme également (13). Finalement, la PSE permet la mise en place de stratégies de promotion au niveau individuel, avec, pour exemple, des consultations individuelles ou des messages éducationnels ; et au niveau structurel grâce à la labellisation de la cafétéria afin de promouvoir une alimentation équilibrée ou la mise en valeur des escaliers afin de promouvoir l'activité physique, entre autres (55). L'utilisation des réseaux et infrastructures existants peut faciliter l'adoption de ces mesures. (53,55).

Pour terminer, la PSE présente des avantages économiques, ce qui est intéressant dans la mesure où les coûts de la mise en place de programmes de promotion de la santé sont à la charge, en partie ou totalement, des entreprises (13). Aux Etats-Unis, la participation financière de l'employeur aux soins de santé de ses employés est un argument souvent mis en avant pour encourager les entreprises à mettre en place une stratégie de PSE (55–57). Dans les pays européens et en Suisse, ces coûts sont principalement pris en charge par le système de santé, diminuant ainsi les bénéfices directs de la PSE pour les employeurs (56). Cependant des bénéfices financiers indirects peuvent motiver sa mise en place. En effet, des études européennes ont démontré que chaque euro investi dans la PSE entraînait un retour sur investissement de 2.5€ à 4.8€ grâce à la réduction de l'absentéisme (41,58). Cela est d'autant plus intéressant quand on sait que les absences dues aux maladies et aux accidents représentent une perte de 20% de la productivité en Suisse. L'absentéisme peut également être dû à une perte de motivation, un mauvais climat de travail ou à une perte de compétence de décision (46). Or, la PSE peut entraîner une augmentation de la motivation et une amélioration des conditions de travail (41,46,58). De plus, l'« empowerment », l'une des approches sur lesquelles se base la promotion de la santé, vise à donner à chacun les outils lui permettant de prendre ses propres décisions en matière de santé. Ceci permet aux employés d'avoir une influence sur leur climat de travail et d'augmenter leur pouvoir de décision (46). L'absentéisme, ainsi que le renouvellement du personnel, en sont d'autant plus diminués. Enfin, la PSE améliore la productivité et donne une image positive à l'entreprise qui la met en place de façon permanente, ce qui facilite le recrutement de personnel (41,46,58).

La mise en place de programmes de promotion de la santé, que ce soit sur le lieu de travail ou ailleurs, comporte des risques qu'il est important d'identifier afin de les éviter. La stigmatisation et la culpabilisation ou dévalorisation citées précédemment en font partie. L'élitisme peut également être l'un des risques liés à la promotion de la santé. Sur le lieu de travail, cela pourrait par exemple se traduire par la mise en place d'un programme réservé aux cadres. Un autre risque peut être la coercition, en effet certaines stratégies de PSE contraignent moralement les employés à prendre part aux programmes mis en place, notamment par des sanctions en cas de refus de participation. La confidentialité est également un élément à prendre en compte afin d'éviter tout risque de divulgation de données personnelles des employés. Pour terminer, des conflits d'intérêt peuvent survenir et sont un risque non négligeable de la PSE. Cela peut être le cas, par exemple, lorsque le programme est mis en place dans un but d'amélioration de l'image de l'entreprise uniquement, et que les intérêts des employés ne sont pas réellement pris en compte (13). D'autres risques pourraient également apparaître, cependant ceux-ci peuvent être limités par le respect des quatre principes éthiques cités précédemment.

De manière générale, il semble que la PSE au travail permette d'améliorer la santé d'une part importante de la population active, qui peut ensuite transmettre les connaissances et comportements acquis à l'entourage. Les risques encourus sont largement contrebalancés par les bénéfices qu'apporte la PSE, ce qui explique l'adoption de plus en plus importante de stratégies en lien, que ce soit au niveau national ou au niveau international.

2.4 Prévention de l'obésité sur le lieu de travail

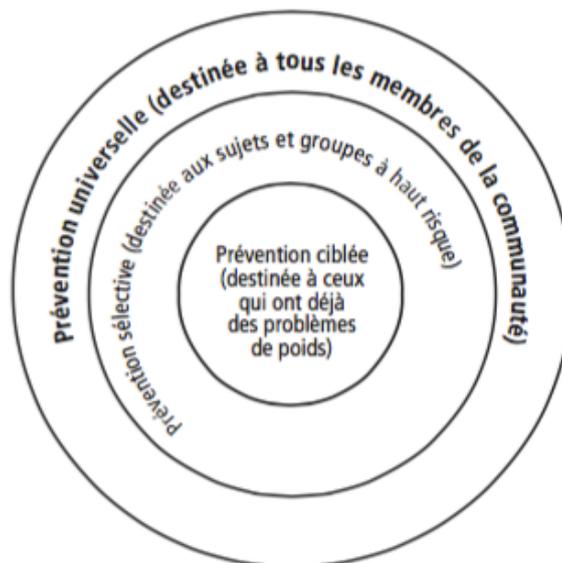
2.4.1 Prévention de l'obésité

La malnutrition est au cœur de la politique depuis plusieurs années. Les préoccupations ont évolué passant de la lutte « contre les problèmes de déficience nutritionnelle » à la lutte contre « les maladies non transmissibles reliées à l'alimentation et à la sédentarité » (59). Les maladies chroniques non transmissibles regroupent différents types de pathologies : les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies musculo-squelettiques et le diabète (52,60). Les principaux facteurs de risques comportementaux modifiables sont « le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation et l'usage nocif de l'alcool » (60). L'obésité est un des facteurs de risque métabolique qui découle de ces comportements (60).

L'augmentation constante de la prévalence de l'obésité, la notion d'épidémie d'obésité, le caractère difficilement réversible de l'obésité ainsi que ses conséquences somatiques, psychologiques, sociales et financières sont autant de raisons qui justifient la mise en place de stratégies de prévention (1,4-7).

Dans le cadre de la prévention de l'obésité, il est difficile de parler en termes de prévention primaire, secondaire et tertiaire. En effet, ces catégories prennent tout leur sens lorsqu'il s'agit de pathologies aiguës mais s'appliquent difficilement dans le contexte d'une maladie multifactorielle (5). Ainsi, pour les maladies chroniques, la subdivision en catégories de la prévention est effectuée en fonction « du niveau d'intervention plutôt que du résultat recherché » (5). La Figure 6 permet de comprendre les différents niveaux d'interventions de prévention du surpoids et de l'obésité :

Figure 6 : Niveaux auxquels s'exercent les mesures de prévention de l'obésité (5)



Pour la population adulte, chaque stratégie doit viser un des deux objectifs majeurs : la prévention de l'augmentation du poids et la promotion du maintien du poids (20).

Comme explicité auparavant, l'étiologie de l'obésité est multifactorielle. En ce qui concerne les divers facteurs intervenant dans la prise pondérale, il est possible d'agir sur l'alimentation et sur l'activité physique (5,20). Ce sont les deux principaux facteurs comportementaux qui peuvent influencer la balance énergétique et créer un déséquilibre (20). Une alimentation « pauvre en graisses, riche en glucides complexes et contenant des quantités importantes de fruits et légumes frais » et l'activité physique sont encouragées dans cette démarche de santé publique (5).

La Table 2 relève les résultats d'une étude recensant les différents niveaux de preuves quant aux facteurs qui pourraient influencer le surpoids ou l'obésité (61).

Table 2 : Facteurs pouvant promouvoir ou prévenir la prise pondérale (61) (traduction libre)

Preuve	Diminue les risques	Pas de relation	Augmente les risques
Convaincante	Activité physique régulière Alimentation riche en fibres		Habitudes de vie sédentaire Apports riches en aliments à haute densité énergétique
Probable	Milieux scolaire et familial soutenant des choix alimentaires sains pour les enfants Allaitement		Marketing massif d'aliments à haute densité énergétique Conditions sociales et économiques défavorables Boissons sucrées
Possible	Consommation de glucides à index glycémique faible	Teneur en protéine de l'alimentation	Portions alimentaires larges Proportion importante d'aliments préparés à l'extérieur de la maison
Insuffisante	Augmentation de la fréquence d'apports alimentaires		Alcool

L'éducation de la population ainsi que l'environnement influencent ces principaux facteurs comportementaux et sont alors au cœur des stratégies contre l'obésité. Il faudrait donc viser à l'augmentation des connaissances et compétences de la population et à la réduction de « l'exposition de la population à un environnement favorable à l'obésité » (5). Pour ce faire, on peut agir à plusieurs niveaux : a) population (autorité publique), b) industries alimentaires, c) lieu de travail, d) publicité, e) institutions de santé, f) systèmes éducatifs, g) individuel (20). Ainsi de nombreux acteurs entrent en jeu dans la prévention de l'obésité. Dans le rapport de l'OMS « Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale », il est souligné qu'il existe une « responsabilité partagée des pouvoirs publics » à la promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière (5).

2.4.2 Stratégies de prévention de l'obésité

C'est en 1997 que la problématique de l'obésité a été soulevée suite à l'observation des données épidémiologiques lors d'une consultation de l'OMS. Depuis lors, différentes politiques et de multiples stratégies de santé publique ont été élaborées dans le but de favoriser la prévention et la prise en charge de cette pathologie (59). Citons le « Premier plan d'action pour l'alimentation et la nutrition » (62) en vigueur des années 2000 à 2005, puis le « Deuxième plan d'action pour l'alimentation et la nutrition » (63) qui renouvelle le précédent pour les années 2007 à 2012. Ces derniers visent « une politique en matière d'alimentation et de nutrition » qui a pour but « de protéger et de favoriser la santé et de réduire la charge de morbidité liée à l'alimentation » (62). Tous deux ciblent en partie leurs stratégies sur le problème de santé publique qu'est l'obésité (62,63). Le livre blanc « Stratégie européenne pour les problèmes de santé liées à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité » édité en 2007 par l'Union européenne avait pour but de définir des mesures pour atteindre les objectifs du « Deuxième plan d'action pour l'alimentation et la nutrition » (7,64).

En parallèle, l'OMS définit en 2004 une « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ». Adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2004, cette stratégie définit les mesures nécessaires pour encourager les gens à avoir une alimentation saine et à faire régulièrement de l'exercice. Elle incite toutes les parties intéressées à agir aux niveaux mondial, régional et local pour améliorer les régimes alimentaires et favoriser la pratique d'exercices physiques au sein de la population (14). Il y est souligné que l'obésité fait partie des principales maladies liées à une mauvaise alimentation et fait partie des problèmes majeurs de santé publique (14).

En 2006, une charte européenne a été éditée. Elle vise à inclure la lutte contre l'obésité comme un sujet prédominant dans les programmes politiques. La charte désigne l'épidémie d'obésité comme « l'un des plus redoutables défis pour la santé publique dans la Région européenne de l'OMS » (65). Elle souligne aussi les conséquences de l'obésité sur le développement économique et social. S'appuyant sur le caractère réversible de l'obésité, le but de la charte est « d'instaurer des sociétés où les modes de vie sains, fondés sur l'alimentation et l'activité physique, constituent la norme, où les objectifs sanitaires sont en harmonie avec les objectifs culturels et socioéconomiques, et où les choix plus favorables à la santé sont facilités pour l'individu ». Pour ce faire, la charte stipule qu'il faut développer une synergie entre le cadre des interventions et les acteurs et qu'il faut opter pour des stratégies ayant déjà fait leurs preuves (65).

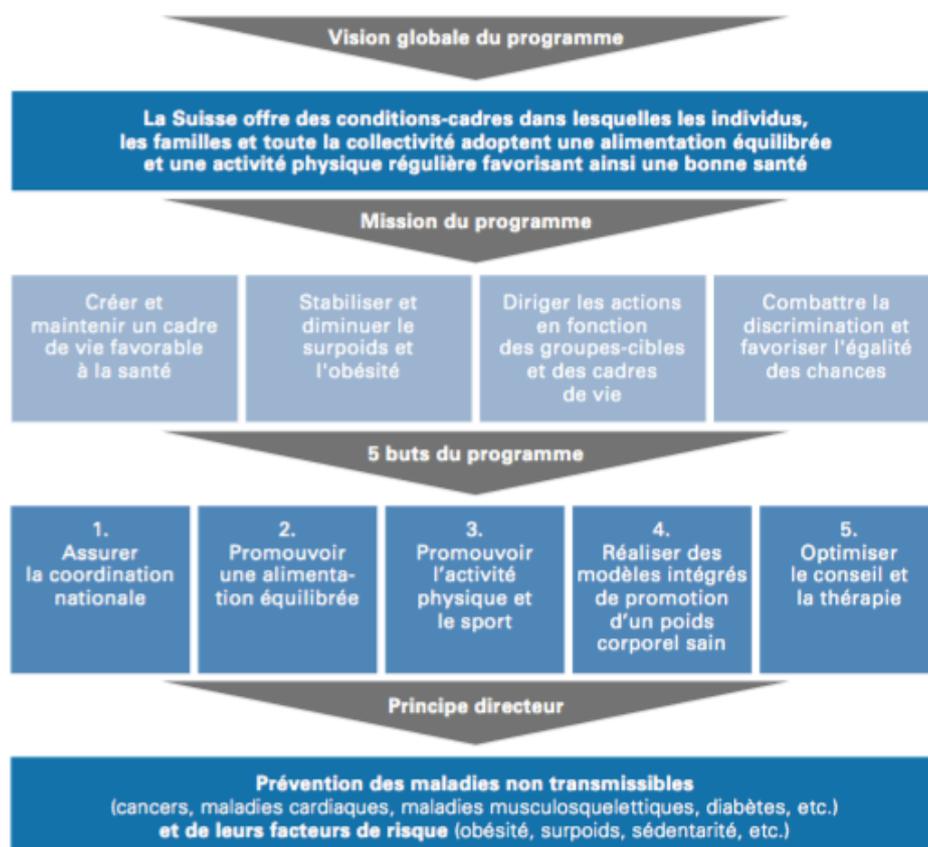
En 2012, une « nouvelle politique-cadre européenne de la santé » est élaborée : « Santé2020 » (15,66). L'objectif est de définir « des stratégies d'action adaptables aux nombreuses réalités contextuelles de la Région européenne de l'OMS » (15). C'est dans ce cadre, que le « Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnel 2015-2020 » a été instauré (16). Ce dernier a, entre autres, pour but de diminuer la charge de l'obésité. Pour atteindre les buts fixés, les objectifs sont :

a) Instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains ; b) Faire valoir les bienfaits procurés par une conduite alimentaire saine tout au long de l'existence, notamment chez les groupes les plus vulnérables ; c) Renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine ; d) Renforcer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche ; e) Renforcer la gouvernance, les alliances et les réseaux pour assurer l'adoption d'une stratégie d'intégration de la santé dans toutes les politiques. » (16).

Il est intéressant de souligner que la Suisse fait partie des pays membres de l'OMS (67). De plus, le Conseil fédéral a adhéré à la stratégie de politique européenne de santé ; « Santé2020 » (12). De ce fait, la Suisse a, elle aussi, œuvré à la prévention de l'obésité au fil des années. Le sixième rapport sur la nutrition en Suisse a permis de faire un état des lieux de la situation actuelle. Sur cette base et sur la base des actions internationales, la « Stratégie alimentaire suisse » de 2001 qui avait fait voir le jour au « PNAAP » a été renouvelée. Ainsi, la « Stratégie alimentaire suisse 2013-2016 » liste le surpoids et les maladies associées comme un des domaines d'action (17). En effet, malgré une hausse moins importante que par le passé, « en Suisse, dans la population adulte, près de 46 % des hommes et 29 % des femmes sont concernés par le surpoids et l'obésité » (17).

En parallèle, le « PNAAP 2008-2012 » qui avait pour mission, entre autres, la lutte contre le surpoids et l'obésité (Figure 7) a été prolongé de quatre ans suite à une décision du Conseil fédéral dans le but de poursuivre les efforts déjà entrepris (3,68).

Figure 7 : Vision globale du Programme national alimentation et activité physique 2008-2012 (3)



En outre, l'obésité étant un des facteurs de risque des maladies non transmissibles, les stratégies en lien permettent aussi de lutter contre l'obésité (5). L'OMS a élaboré un « Plan d'action 2008-2013 » pour la « Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles » suivi du « Plan d'action 2013-2020 » (69,70). Le plan d'action réactualisé base ses actions sur neuf cibles à atteindre jusqu'en 2025 dont « l'arrêt de la recrudescence de l'obésité » (70).

En Suisse, une « Stratégie nationale (de) prévention des maladies non transmissibles 2017-2024 » a émergé dans le cadre de la stratégie globale « Santé2020 ». Cette stratégie intègre les « programmes nationaux de prévention » et en particulier la « Stratégie alimentaire suisse » et le « PNAAP » (71).

Notons finalement que malgré tout, en 2013, le rapport traitant de la stratégie « Santé2020 » au niveau national souligne qu'une des faiblesses du système de santé actuel est l'investissement lacunaire dans le domaine de la prévention. Le défi sous-jacent est donc de « mettre en œuvre des mesures efficaces et efficaces de prévention des maladies » (12). Il peut être conclu qu'avec ce soutien du Conseil fédéral, la prévention en Suisse tend à évoluer.

2.4.3 Prévention de l'obésité sur le lieu de travail

Jusqu'aux années 1800, une part importante de la population travaille dans le domaine de l'agriculture (secteur primaire). La révolution industrielle correspond à la transition de l'économie agricole et artisanale à l'économie industrielle (secteur secondaire). L'emploi dans le secteur agricole diminue et l'exode rural entraîne une forte diminution du pourcentage de la population travaillant dans le secteur primaire au profit du secteur secondaire, puis plus tard du secteur tertiaire, qui englobe les activités productrices de services immatériels (26). Cette urbanisation engendre une modification importante des modes de vie (5,41). La plupart des activités professionnelles entraînent une faible dépense énergétique de par « les transports motorisés, l'équipement mécanisé et les dispositifs permettant d'économiser de la main-d'œuvre » (5). D'autre part, dans certains cas les faibles revenus favorisent la consommation d'aliments à prix avantageux mais nutritionnellement peu intéressants (5,41). Dans d'autres cas, l'augmentation des revenus favorise la surconsommation d'aliments à haute densité énergétique facilement disponibles (5). Finalement, le stress lié au travail peut aussi avoir des répercussions sur l'alimentation et mener à un trouble pondéral (41). La combinaison de ces facteurs a favorisé l'augmentation du surpoids et de l'obésité au sein des pays industrialisés (4,41).

C'est notamment pour ces raisons qu'au sein des politiques internationales et nationales visant à la lutte contre l'épidémie d'obésité, l'employeur est à de multiples reprises considéré comme un acteur de prévention de l'obésité (3,5,14,15,17,64,71). Dans le cadre de la « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », l'OMS établit que « le lieu de travail devrait permettre de faire des choix alimentaires sains et encourager les travailleurs à faire de l'exercice » (14). Ainsi, comme explicité précédemment, le lieu de travail est un « setting » clé de la promotion de la santé mais aussi de la prévention de la maladie (14,46). La promotion de comportements sains chez les employés va de pair avec la prévention de l'obésité. Les différentes stratégies adoptées

au niveau de la promotion de la santé en entreprise forment alors un cadre dans lequel des actions de prévention de l'obésité peuvent émerger.

Cela se vérifie au niveau international. En effet, le « Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017 » de l'OMS stipule dans un de ces cinq objectifs qu'« il faudrait davantage stimuler la promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles en milieu professionnel, et notamment [...] inciter les travailleurs à avoir une alimentation saine et à faire de l'exercice physique. » (10). Le « Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 » va dans le même sens en promouvant la disponibilité d'aliments sains sur le lieu de travail ainsi que des environnements favorables à l'activité physique (70).

En partenariat avec l'OMS, le « kit pédagogique SOLVE » élaboré par l'OIT a été conçu pour former des acteurs clés dans le milieu professionnel à la mise en œuvre de la promotion de la santé. La formation vise notamment à prévenir l'obésité en ciblant les « habitudes liées au mode de vie » telles que l'alimentation, l'activité physique et le sommeil (41).

Dans ce contexte, de nombreux WHPP, ciblés sur l'activité physique et/ou alimentation, ont été mis en place et évalués au travers d'études. Cependant, ces études se déroulent principalement aux Etats-Unis (56).

En Europe, la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité souligne l'importance de mener des actions dans différents contextes et notamment sur le lieu de travail (65). Dans le cadre du « Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 » la stratégie est la même et ce dans le but d' « instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains » (16).

En Suisse, bien que la « Stratégie alimentaire suisse 2013-2016 » cite l'employeur comme un des acteurs principaux, il est révélé dans le sixième rapport sur la nutrition en Suisse que les actions de prévention font encore défaut sur le lieu de travail (7,17).

3 Question de recherche

3.1 Choix du thème

La prévention de l'obésité sur le lieu de travail est un thème actuel et de plus en plus mis en avant par les différentes stratégies internationales en matière de santé. La littérature démontre que bon nombre de ces programmes entraînent des bénéfices pouvant aider à prévenir l'obésité. Cependant, la majorité de ces études soulignent le besoin de nouvelles recherches afin de s'assurer de la réelle efficacité des WHPP sur l'obésité.

En Suisse, selon le chapitre 1 « Prestations des médecins, des chiropraticiens et des pharmaciens » de l'« Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie », les diététicien-ne-s ont un rôle à jouer dans la prise en charge de l'obésité (72). La prévention des maladies chroniques étant une priorité de santé, les diététicien-ne-s peuvent s'investir dans ce domaine et proposer leurs compétences afin de prévenir l'obésité.

Pour ces raisons, le thème de la prévention de l'obésité sur le lieu de travail sera développé par le biais d'une revue de littérature et d'une enquête qualitative exploratoire.

3.2 Questions de recherche

Deux questions principales ont émergé du choix du thème et ont été déclinées sous la forme de question PICO (Population – Intervention – Comparaison – « Outcome »). La première question cherche à identifier les conséquences des programmes de prévention de l'obésité sur des indicateurs en lien avec le poids et la nutrition.

- Un programme de prévention de l'obésité sur le lieu de travail permet-il de prévenir l'obésité et d'améliorer les comportements et les connaissances en lien ?
 - P : population active adulte
 - I : programme de prévention de l'obésité
 - C : pas de programme ou pas de comparaison
 - O : prévalence de l'obésité, comportements, connaissances en lien.

La deuxième question s'intéresse aux diverses composantes des programmes de prévention de l'obésité afin de déterminer les éventuelles différences d'efficacité :

- Quelles sont les composantes influençant le succès d'un programme de prévention de l'obésité sur le lieu de travail ?
 - P : population active adulte
 - I : composantes du programme
 - C : autres composantes
 - O : succès du programme

Suite aux résultats obtenus, une troisième question a été soulevée :

- Quelle est l'opinion d'un échantillon d'experts concernant l'évaluation de l'impact des interventions de prévention de l'obésité ?

3.3 Hypothèses

Nous avons émis trois hypothèses, concernant nos questions de recherche :

1. Les programmes de prévention de l'obésité auraient un impact positif sur le poids, les comportements en lien avec la nutrition et/ou les connaissances en lien avec la nutrition. Ces programmes permettraient de stabiliser ou de diminuer la prévalence de l'obésité.
2. Tous les programmes ne seraient pas égaux en matière d'efficacité. Celle-ci dépendrait des composantes de l'intervention.
3. Les méthodes quantitatives traditionnelles décrites dans la littérature ne sont pas adaptées à l'évaluation des programmes de prévention de l'obésité.

3.4 Buts et objectifs

Ce travail a trois buts principaux :

- Evaluer l'efficacité des programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail.
- Déterminer les composantes des programmes les plus efficaces afin de prévenir l'obésité.
- Proposer des pistes pour l'évaluation de l'impact des programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail.

Ces buts peuvent être déclinés en quatre objectifs généraux et neuf sous-objectifs :

- Prendre connaissance de la situation actuelle en matière 1) d'obésité, 2) de prévention de cette maladie, 3) de promotion de la santé et prévention des maladies sur le lieu de travail.
- Déterminer l'impact des programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail et identifier les composantes influençant le succès des programmes.
 - Déterminer la méthodologie de la revue de littérature.
 - Sélectionner des articles permettant de répondre à la question de recherche, en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion.
 - Analyser la qualité des articles sélectionnés.
 - Extraire et analyser les données des articles sélectionnés.
- Identifier les faiblesses méthodologiques de l'évaluation des programmes de prévention de l'obésité et y trouver des alternatives au travers de trois interviews de professionnels de la santé au travail.
 - Identifier les professionnels à interviewer.
 - Créer une trame d'entretien.
 - Réaliser et analyser les entretiens.
- Discuter les résultats de notre travail et ses perspectives.
 - Discuter les points forts et les points faibles.
 - Proposer des recommandations de pratiques et/ou de recherches sur le thème de la prévention de l'obésité sur le lieu de travail.

4 Méthodologie

Ce chapitre décrit la méthodologie de ce travail. Une revue de littérature a été effectuée, suivie d'une enquête exploratoire.

4.1 Stratégie de recherche documentaire

Puisqu'il existe un nombre conséquent d'études et de revues sur le thème de la prévention de l'obésité sur le lieu de travail, une revue de revues systématiques a été effectuée afin de répondre à la première question de recherche de ce travail.

Les recherches se limitent aux bases de données Pubmed et Cinahl. Pour effectuer ces recherches, nous avons divisé notre question de recherche en trois concepts :

- Programme de prévention
- Lieu de travail
- Poids corporel, comportements, connaissances, style de vie

Ces concepts ont été déclinés en différents mots-clés français et soumis au logiciel « HeTop » afin d'être traduits en anglais et d'en obtenir des « MeshTerms » (Thésaurus de la base de données Pubmed). Pour la base de données Cinahl, nous avons traduit de manière libre nos mots-clés en anglais et les avons transformés en « Cinahl Headings ».

Premièrement, une recherche large a été effectuée. Sur Pubmed, les « MeshTerms » « Body weight » AND « Workplace » et le filtre « Review » ont été associés. Sur Cinahl, les mots-concepts « work OR work environment » AND « body weight OR nutrition » AND « Systematic review OR Meta analysis » ont été associés.

Cette recherche a permis une première sélection d'articles et l'identification de nouveaux mots clés pertinents. La Table 3 présente la sélection finale des mots-clés utilisés pour notre revue de littérature.

Deuxièmement, la totalité des « MeshTerms » et la totalité des « Cinahl Headings » de la table 3 ont été combinées. Les termes d'un même concept ont été combinés à l'aide de l'opérateur booléen « OR » et les concepts associés entre eux à l'aide de l'opérateur booléen « AND ». Le champ de la recherche était réduit aux études de type revues systématiques et méta-analyses.

Pour terminer, les bibliographies des articles sélectionnés ont été parcourues afin d'identifier d'éventuels nouveaux articles.

Table 3 : Mots-clés, « Mesh terms » et « Cinahl Headings » utilisés pour la stratégie de recherche

Concept	Mots-clés en français	MeshTerms	Cinahl Headings
Programme de prévention	Programme de prévention Education nutritionnelle Intervention nutritionnelle Intervention environnementale Intervention individuelle Promotion de la santé Prévention de l'obésité Prévention des maladies chroniques	Health promotion Healthy people programs Preventive medicine Occupational health Prevention & control Preventive health services	Health promotion Health services administration Health education Occupational Health Services Preventive Health care Public Health Occupational safety
Lieu de travail	Lieu de travail Profession Entreprise Institution	Workplace Occupations	Work environment Work
Comportement, connaissances, style de vie	Comportement sain Changement de comportement Activité physique Exercice Alimentation Modification des habitudes Habitudes saines Connaissance Amélioration des connaissances Satisfaction Mode de vie Obésité Maladie chronique Surpoids Poids corporel	Risk reduction behaviour Health behaviour Exercise Diet Obesity Overweight Body weights and Measures Knowledge Health knowledge, attitudes, practice Lifestyle Personal satisfaction Overnutrition Chronic disease Diet, food and nutrition	Behaviour modification Behaviour changes Health behaviour Exercise Physical activity Diet Body Weight Health Health knowledge Life style Personal satisfaction Chronic disease Hyperphagia Nutrition Eating disorders

4.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les articles issus de la recherche documentaire ont ensuite été sélectionnés ou non, sur la base des critères ci-dessous.

4.2.1 Type d'études

S'agissant d'une revue de revues, nous avons exclu tout autre type d'études. Parmi les revues existantes, seules les revues systématiques et les méta-analyses ont été incluses, afin d'optimiser la qualité des résultats. Nous n'avons inclus que des articles publiés et rédigés en anglais. Des revues en français auraient été incluses s'il en avait existé.

4.2.2 Population

La recherche s'est limitée aux revues traitant de programmes de prévention s'adressant aux adultes de plus de 18 ans. Ces programmes devaient s'adresser à la population adulte active en général. Les programmes s'adressant uniquement aux personnes souffrant d'obésité ou d'une comorbidité ont été exclus de la recherche.

4.2.3 Intervention

Les revues sélectionnées devaient traiter de programmes de prévention de l'obésité ou de promotion de la santé sur le lieu de travail uniquement. Les articles analysant des programmes ayant un but de perte de poids ou se déroulant dans un autre « setting » ont été exclus.

Les revues décrivant uniquement des programmes de prévention ou de promotion ne prenant pas en compte la nutrition (par exemple les programmes utilisant uniquement l'activité physique comme moyen de prévention) ont été exclus de notre recherche.

4.2.4 Outcome

Nous avons inclus toutes les études rapportant l'impact des programmes de prévention de l'obésité sur la prévalence de cette pathologie, sur le poids des individus, sur les connaissances et comportements en lien avec la nutrition.

4.3 Sélection des revues

Afin d'être les plus exhaustives possible, nous avons procédé à la sélection des revues chacune de son côté avant de mettre en commun nos choix. Une discussion a permis de trancher lors d'avis divergents.

4.3.1 Sélection sur la base du titre et de l'abstract

Premièrement, les articles ont été inclus ou non selon leurs titres. Deuxièmement, la lecture d'abstract a permis d'exclure les articles ne correspondant pas aux critères d'inclusion ou présentant certains critères d'exclusion. Les critères d'exclusion ayant émergé lors de la lecture d'abstract sont explicités dans la Figure 8.

4.3.2 Sélection sur la base du texte entier

Troisièmement, une lecture intégrale des articles présélectionnés a été effectuée. La lecture des revues est réalisée de manière méthodique à l'aide d'une grille contenant les critères d'inclusion et d'exclusion. Afin d'être incluses, les études doivent remplir tous les critères d'inclusion décrits au préalable. Nous avons inclus les études dans lesquelles l'âge ou l'état de santé de la population ne sont pas précisés. Nous sommes parties du principe qu'une population de travailleurs est une population adulte et que l'absence de précision concernant l'état de santé signifie qu'il s'agit de la population générale.

4.4 Evaluation de la qualité des revues

La qualité des études a été évaluée à l'aide de la grille d'analyse de l'Academy of Nutrition and Dietetics (AND) présenté à l'Annexe 1 (73). En premier lieu, il a été décidé que chacune analyserait la moitié des articles sélectionnés. Un manque d'objectivité en ressortant, chaque article a été analysé en commun, à l'aide du manuel d'analyse de l'AND (74).

4.5 Extraction des données

4.5.1 Extraction des données descriptives

Les données principales des revues et des études ont été extraites de chaque revue à l'aide d'une grille d'extraction des données. Les données suivantes ont été extraites grâce à la première grille : premier auteur, date de publication de la revue, pays de la revue, but, design, nombre d'études incluses, dates de publication des études et pays des études.

4.5.2 Extraction des données en lien avec la qualité des études

Afin d'évaluer la qualité des études incluses dans les revues, une table a été créée pour relever 1) les méthodes d'évaluation, 2) l'évaluation et 3) l'analyse qualité effectuées par les auteurs. Une deuxième table a été créée pour relever la conclusion (s'il y en avait une) des auteurs quant à la qualité des études incluses dans leurs revues.

4.5.3 Extraction des données en lien avec la première question de recherche

Pour la première question de recherche, nous avons extrait les résultats de chaque étude en utilisant deux tables d'extraction pour chacun des « outcomes » : le comportement alimentaire, les mesures anthropométriques, les connaissances nutritionnelles et l'activité physique. La première table a permis de recenser les principaux indicateurs et résultats en lien soulevés par les revues. La deuxième table a été utilisée pour 1) indiquer si les auteurs émettent, ou non, des conclusions concernant l'impact des WHPP pour chaque indicateur 2) préciser quelles sont leurs conclusions : positives, neutres ou négatives. Une fois l'extraction des résultats réalisée à l'aide de ces tables, nous les avons rédigés sous forme de texte suivi.

Finalement, pour faciliter la lecture des résultats obtenus, chaque chapitre a été accompagné d'un tableau synthétisant les conclusions des auteurs. Pour les revues dans

lesquelles les auteurs n'émettent pas de conclusions, notre propre prise de position a été rapportée, en lien avec les résultats obtenus pour l'indicateur étudié dans le chapitre : 1) Les revues ne rapportant que des résultats positifs ou positifs et neutres ont été considérées comme décrivant un effet positif, 2) les revues mentionnant uniquement des résultats négatifs ou négatifs et neutres ont été considérées comme décrivant un effet négatif, 3) les revues soulevant des résultats positifs et négatifs ont été considérées comme décrivant un effet mixte, 4) les revues citant uniquement des résultats neutres ont été considérées comme décrivant une absence d'effet.

4.5.4 Extraction des données en lien avec la deuxième question de recherche

Concernant la deuxième question de recherche, nous avons créé un tableau afin d'extraire les composantes des interventions explicitées dans les revues. De plus, à l'aide d'une table, nous avons relevé les principaux résultats soulevés par les revues et les conclusions des auteurs. Il a été ainsi possible de catégoriser les interventions selon les stratégies appliquées.

4.6 Interview d'experts

Dans le but de répondre à la troisième question de recherche, des interviews d'experts ont été réalisées. Pour ce faire, nous avons contacté trois professionnels de santé publique :

- Jean Simos, Dr ès sc. Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne, Professeur invité Université de Liège (2011-2017), Professeur invité Université Paris-Dauphine (2015), Responsable Groupe de recherche en environnement et santé, Institut de santé globale - Faculté de médecine
- Brenda Spencer, MER PD, Responsable de secteur de recherche, Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique & Centre d'épidémiologie clinique, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Nicolas Sperisen, Responsable de projets Gestion des impacts, Promotion Santé Suisse

Ces experts ont été contactés par e-mail dans lequel une synthèse de résultats et les questions en découlant leur ont été soumises. Les questions posées étaient les suivantes :

- *Le modèle standard de l'essai clinique randomisé (Randomised clinical trial, RCT) s'applique difficilement aux interventions de prévention, comment d'après vous évaluer celles-ci pour amener des évidences scientifiques de leur impact (design, variables, indicateurs, comparaison) ?*
- *Quels seraient vos conseils lors de la mise en place d'une intervention de prévention pour évaluer son impact ?*

Les trois experts ont accepté l'entretien téléphonique proposé. Avant le début de la discussion, les experts ont donné leur accord pour être enregistrés lors de l'entretien puis cités dans ce travail. Ces interviews ont été menées de manière journalistique ce qui sous-entend qu'aucune retranscription verbatim n'a été effectuée. Le contenu des interviews a été analysé, comparé et synthétisé.

5 Ethique

En recherche, l'éthique porte sur deux principes : la conduite du chercheur et le respect des sujets (75).

Nous nous engageons à faire preuve d'intégrité scientifique en suivant la méthodologie planifiée afin de nous assurer que la sélection des revues et que nos résultats soient les plus objectifs possibles.

Lors des interviews, nous donnerons aux sujets toutes les informations nécessaires afin qu'ils puissent décider en pleine conscience de répondre ou non à nos questions. Les sujets seront volontaires et les risques et bénéfices liés à notre enquête sont minimes, voire inexistantes. Nous demanderons aux sujets l'autorisation de divulguer leurs noms et leurs propos et nous engagerons à leur soumettre nos résultats en lien, afin qu'ils puissent valider leur publication. En cas de désaccord, nous adapterons les résultats en lien avec l'interview jusqu'à ce que ces derniers reflètent ce que le sujet souhaitait transmettre.

6 Budget et ressources

La réalisation de ce travail nécessite des soutiens humains, financiers et de matériel.

Notre engagement est estimé à 15 crédits ECTS chacune, ce qui correspond à 450 heures de travail chacune (un crédit = 30 heures de travail). L'appui de notre directrice de travail de Bachelor a permis de nous guider. Enfin, des tierces personnes ont été impliquées dans la réalisation de ce travail tels que des experts de santé publique pour répondre à un de nos objectifs, des professeurs de la Haute Ecole de Santé ou encore nos proches pour la relecture.

Nous avons eu à disposition tout le matériel nécessaire à la réalisation de notre travail de Bachelor : ordinateurs, téléphones portables (dictaphone), infrastructures (bibliothèques de la Haute Ecole de Santé et bibliothèques municipales, salle d'étude), programme Zotero, accès aux bases de données (PubMed, CinHal), accès gratuits aux articles payants de part les abonnements que possèdent la Haute Ecole de Santé (HedS) et un article payant financé par la HedS de Genève.

Finalement, nous avons eu besoin de ressources financières pour l'impression des articles et l'impression et la reliure de notre travail de Bachelor.

7 Résultats

7.1 Revue de littérature

La première stratégie de recherche a permis d'identifier 36 articles sur la base de données Pubmed et trois articles sur la base de données Cinahl. La deuxième stratégie, incluant tous les mots-clés, a fait ressortir 135 articles sur Pubmed et 14 articles sur Cinahl. Finalement, les deux recherches combinées, nous avons identifié un total, doublons exclus, de 148 articles sur PubMed et 14 articles sur Cinahl.

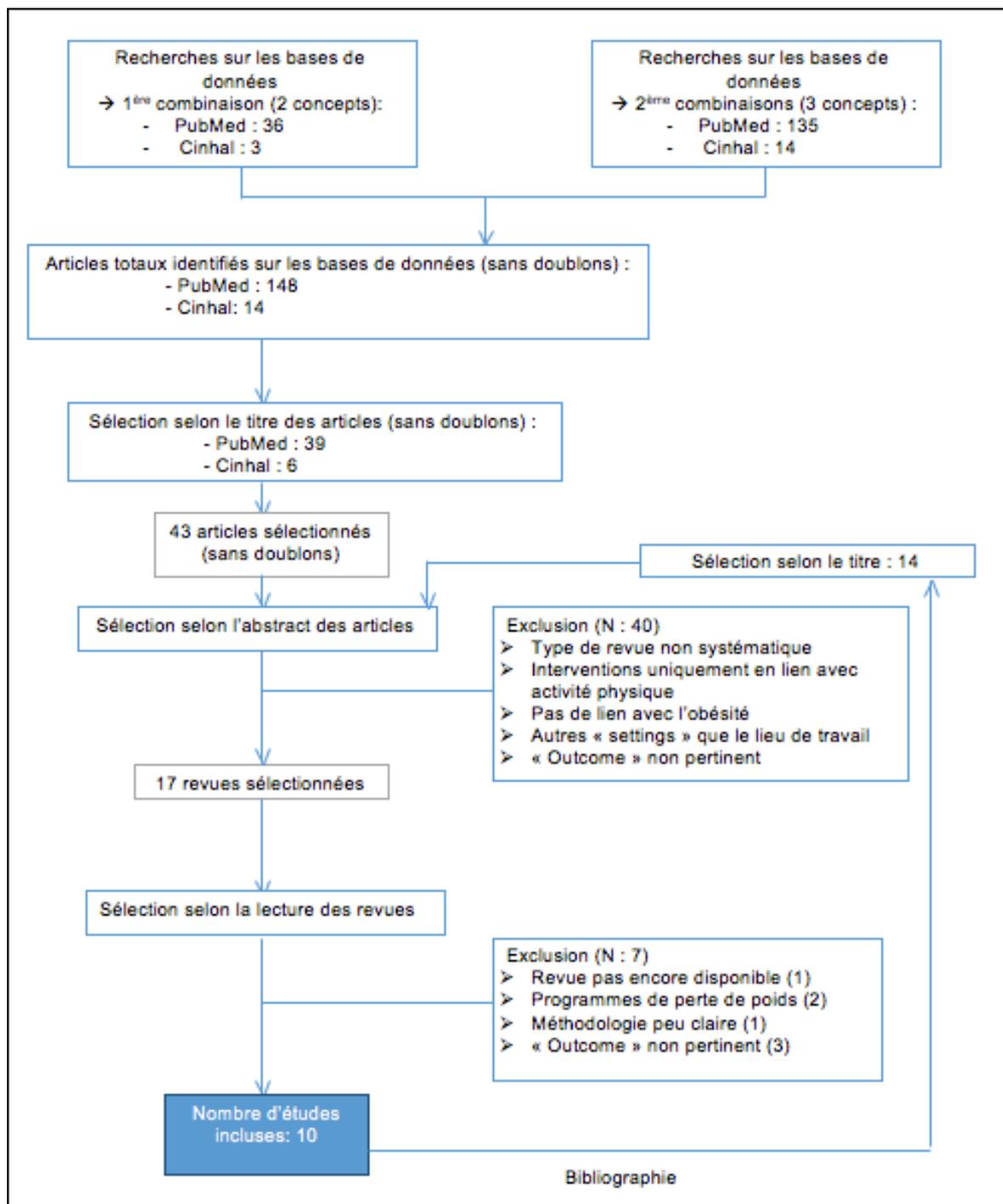
Sur la base du titre, 43 articles ont été sélectionnés : 39 ont été identifiés sur Pubmed et six sur Cinahl. Deux articles étaient présents sur les deux bases de données.

La lecture des abstracts a permis de réduire le nombre d'articles sélectionnés à 16. Trois revues ont été exclues à cause de l'absence d'au moins un des « outcomes » que nous avons choisi d'étudier. Deux revues l'ont été car les interventions visaient une perte de poids. Une revue a été exclue car sa méthodologie n'était pas suffisamment claire pour la considérer comme étant systématique et une revue n'a pas encore été publiée. Nous pourrions envisager de l'inclure dans notre revue si elle est publiée avant la remise de notre travail de Bachelor. Finalement, neuf articles correspondant à nos critères d'inclusions ont été définitivement sélectionnés sur la base de la lecture intégrale.

Les bibliographies des neuf revues sélectionnées ont été parcourues. Sur la base du titre, huit articles ont été identifiés. La lecture des abstracts a permis d'en exclure sept. Le huitième article a été sélectionné, suite à la lecture complète. La lecture de sa bibliographie a permis d'identifier 6 nouveaux articles sur la base du titre. Ils ont été exclus suite à la lecture de l'abstract. Le total final d'articles sélectionnés est donc de dix, dont huit revues systématiques et deux méta-analyses.

La Figure 8 schématise la sélection des revues dans sa totalité.

Figure 8 : Résultats de la stratégie de recherche et raisons d'exclusion des revues



7.2 Description des revues sélectionnées

La Table 4 présente les dix revues incluses dans notre travail. Elle répertorie pour chaque revue : le premier auteur, la date et le pays de publication de la revue, le but, le design, le nombre d'études incluses, les dates et les pays des études incluses. Deux des revues incluses sont des méta-analyses, les autres sont des revues systématiques. Neuf des dix revues sélectionnées sont involontairement des revues récentes qui datent des années 2005 à 2014. Une majorité des revues (6 sur 10) sont issues de pays européens (Pays-Bas, Angleterre, Danemark, Belgique), les autres revues (4 sur 10) sont issues de pays

hors Europe (Etats-Unis, Australie, Canada). Les buts des différentes revues sont très similaires.

La Table 5 synthétise les résultats des deux questions de recherche et l'analyse de la qualité de chaque revue. Le but de chaque revue est également rappelé.

7.3 Analyse de la qualité des revues

Toutes les revues sélectionnées sont des revues systématiques ou des méta-analyses ce qui sous-entend une démarche scientifique rigoureuse (76). L'Annexe 2 présente l'analyse qualité des dix revues sélectionnées. Six revues sont de qualité neutre (53,55–57,77,78), quatre de qualité positive (79–82) et aucune de qualité négative.

La totalité des revues répond positivement aux quatre questions de pertinence de la grille de qualité AND (73). Toutes les revues définissent une question de recherche ciblée et appropriée et présentent clairement leurs résultats.

Trois des quatre revues de qualité positive ont des réponses positives à toutes les questions de la grille qualité AND (79,80,82). La quatrième revue n'est pas suffisamment explicite concernant l'éventualité d'un biais de financement mais répond favorablement à toutes les autres questions (81).

Toutes les revues de qualité neutre n'explicitent pas suffisamment la méthode de sélection de leurs études (53,55–57,77,78). Trois d'entre elles ne précisent pas ou pas clairement la méthode d'évaluation de la qualité des études sélectionnées (53,77,78). Deux autres n'expliquent pas précisément la stratégie de recherche utilisée (56,78). Une de ces six revues n'explique pas assez les variables des résultats considérés (55). L'extraction des données, de synthèses et d'analyses est claire pour la plupart des revues sauf deux (53,77). Trois des six revues ne décrivent pas les biais et les limites de leurs articles (53,77,78). Finalement, le biais de financement n'est pas explicitement exclu pour deux études de qualité neutre (53,77).

7.4 Description des études sélectionnées

Mis à part une revue ne traitant que de programmes dans les pays européens (56) et une autre ne précisant pas cette information (81), la majorité des études incluses dans les revues sont issues de pays se situant hors de l'Europe. Les dates des études varient entre les années 1980 à 2010.

Un total de 262 études est analysé au travers des dix revues sélectionnées. En tenant compte des études se retrouvant plusieurs fois dans les différentes revues, le total d'études diminue à 184.

Les interventions décrites dans les études sont détaillées dans le chapitre 7.7.1 : *Description des interventions des WHPP*.

Table 4 : Description des dix revues sélectionnées par la revue de littérature

	Revue (Ref.)	Date (revue)	Pays (revue)	But	Design	Nombre d'études incluses	Dates (études)	Pays (études)
	Anderson et al. (57)	2009	USA	Evaluer l'efficacité des WHPP promouvant un poids sain	RS ¹	47	1983 - 2005	USA, Europe, Australie, Nouvelle Zélande, Japon, Canada, Inde, Islande
	Engbers et al. (81)	2005	Pays-bas	Evaluer l'efficacité des WHPP incluant une composante environnementale	RS	13	1985 - 2004	Pas précisé
	Glanz et al. (78)	1996	USA	Identifier les stratégies les plus efficaces des WHPP	RS	10	1980 - 1995	USA
	Hutchinson et al. (53)	2011	Australie	Déterminer les cadres théoriques les plus efficaces lors de WHPP	MA ²	28 ou 29	1999 - 2009	Pas précisé
	Jensen et al. (77)	2011	Danemark	Evaluer l'effet des WHPP sur la santé (2 ^e but)	RS		1990-2010	USA, Suède, Danemark, Allemagne, Canada, Pays Bas
	Kahn-Marshall et al. (55)	2012	USA	Evaluer l'effet des WHPP ciblant l'environnement ou la politique	RS	27	1995 - 2010	USA, Pays-bas, Ecosse, Canada, Mexique, Japon, Nouvelle-Zélande, Chili
	Maes et al. (56)	2011	Belgique	Synthétiser les effets et évaluer la qualité des WHPP en Europe	RS	30	1990-2010	Europe
	Ng et al. (79)	2014	Canada	Examiner les composantes des WHPP efficaces (chauffeurs de camions)	RS	8	1996 - 2010	USA, Suède, Pays-Bas, Australie
	Ni Mhurchu et al (82).	2010	UK	Evaluer l'efficacité des WHPP sur l'alimentation des employés	RS	16	1994 - 2009	USA, Belgique, Pays-Bas, UK, Danemark, International
	Verweij et al (80).	2010	Pays-Bas	Examiner les effets des WHPP sur les indicateurs de poids	RS et MA	43	1980 - 2009	USA, Australie, Angleterre, Japon, Canada, Suède, Danemark, Pays Bas, Belgique

¹ RS : revue systématique

² MA : méta-analyse

Table 5 : Table récapitulative des revues sélectionnées : but, qualité et résultats aux deux questions de recherche.

Anderson (57)	But : Evaluer l'efficacité des WHPP ³ promouvant un poids sain Qualité de la revue : neutre Qualité des études : peu de précisions Impact : bénéfiques positifs et modestes sur le poids Composantes : programmes intensifs et à composantes multiples
Engbers (81)	But : Evaluer l'efficacité des WHPP ayant une composante environnementale Qualité de la revue : positive Qualité des études : méthodologie pauvre Impact : amélioration du comportement alimentaire Composantes : multiples
Glanz (78)	But : Identifier les stratégies les plus efficaces des WHPP Qualité de la revue : neutre Qualité des études : neutre Impact : résultats généralement positifs mais indicateurs très variables Composantes : environnementales et individuelles combinées
Hutchinson (53)	But : Déterminer les cadres théoriques les plus efficaces lors de WHPP Qualité de la revue : neutre Qualité des études : pas mentionné (RCTs ⁴ associés à un plus grand effet) Impact : Petites améliorations dans les comportements de santé Composantes : Stratégies motivationnelles, ciblées sur un seul comportement
Jensen (77)	But : Evaluer l'effet des WHPP sur la santé (2 ^e but) Qualité de la revue : neutre Qualité des études : pas précisée Impact : peuvent contribuer à une perte de poids et un changement de CA ⁵ Composantes : éducationnelles et comportementales
Kahn-Marshall (55)	But : Evaluer l'effet des WHPP ciblant l'environnement ou la politique Qualité de la revue : neutre Qualité des études : peu de précisions Impact : efficacité sur la santé et le comportement, du moins à court terme Composantes : environnementales et individuelles combinées
Maes (56)	But : Synthétiser les effets et évaluer la qualité des WHPP en Europe Qualité de la revue : neutre Qualité des études : modérée et faible Impact : efficacité modérée sur les CA et les déterminants des CA Composantes : multiples
Ng (79)	But : Examiner les composantes des WHPP efficaces (chauffeurs de camions) Qualité de la revue : positive Qualité des études : peu de précisions Impact : amélioration de la santé et des comportements à court terme Composantes : difficile de déterminer les plus efficaces
Ni Mhurchu (82)	But : Evaluer l'efficacité des WHPP sur l'alimentation des employés Qualité de la revue : positive Qualité des études : sous-optimale Impact : effets positifs mais petits sur le comportement alimentaire Composantes : à plusieurs niveaux et motivation financière
Verweij (80)	But : Examiner les effets des WHPP sur les indicateurs de poids Qualité de la revue : positive Qualité des études : RCTs de qualité mixte Impact : perte de poids significative si les interventions ciblent AP ⁶ et CA Composantes : environnementales et comportementales combinées

³ WHPP : Programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail (workplace health promotion programs)

⁴ RCTs : Essais contrôlés randomisés (randomised clinical trial)

⁵ CA : Comportement alimentaire

⁶ AP : Activité physique

7.5 Analyse de la qualité des études

Au chapitre précédent nous avons analysé la qualité des revues sélectionnées et conclu qu'elles étaient généralement de bonne qualité ou de qualité neutre. Ce chapitre analyse la qualité des études incluses dans les revues. Huit des dix revues évoquent une évaluation de la qualité des études et en font une analyse (55–57,78–82). Cinq revues l'effectuent à l'aide de « checklists » ou d'outils validés (56,57,79–81). Par exemple, *Verweij et al.* utilisent une « checklist » se basant sur les recommandations de la « Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions » (80). En ce qui concerne les trois autres revues, *Ni Mhurchu et al.* utilisent une « checklist » inspirée d'une revue ultérieure (82). *Kahn-Marshall et al.* utilisent une « checklist » mais ne donnent pas plus de précisions concernant son élaboration (55) et *Glanz et al.* n'indiquent pas la façon dont est évaluée la qualité des études (78).

Les huit revues ont un système de cotation de la qualité des études différent. Par exemple, *Maes et al.* classent les études dans trois catégories : « solide », « modéré » et « faible » (56) alors que *Kahn-Marshall et al.* définissent qu'une étude est de bonne qualité si cinq des six critères évalués par la « checklist » sont positifs (55).

Trois revues ne formulent pas de conclusions quant à la qualité des études mais mentionnent la présence de faiblesses méthodologiques (55,57,79). *Glanz et al.* concluent que les études sont de qualité neutre mais relèvent un manque d'outils validés pour la mesure des connaissances et des comportements en lien avec l'alimentation. Ils soulignent que les limitations méthodologiques des études ne permettent pas d'aboutir à des preuves solides (78). Quatre des huit revues concluent que les études concernant les interventions sur le lieu de travail sont de mauvaise qualité, en lien avec une méthodologie faible (56,80–82).

Les faiblesses méthodologiques évoquées par les auteurs des revues se ressemblent. Le manque de données concernant les méthodes utilisées est soulevé par cinq revues (55,56,80–82). *Engbers et al.* et *Verweij et al.*, par exemple, évoquent l'absence d'explications suffisantes concernant le processus de randomisation (80,81). *Kahn-Marshall et al.* mentionnent un manque d'indications concernant la validité et fiabilité des outils de mesures (55).

L'utilisation de méthodes inadéquates est une faiblesse relevée par trois revues (79,81,82). Par exemple, *Ng et al.* et *Ni Mhurchu et al.* relèvent l'absence de groupes de contrôle ou la présence de groupes de contrôle inadéquats (caractéristiques des groupes différentes au début de l'intervention) (79,82).

Le manque de données concernant les caractéristiques des lieux de travail et de la population est une faiblesse évoquée par *Anderson et al.* et *Engers et al.* (57,81).

Ni Mhurchu al., *Engbers et al.* et *Glanz et al.* signalent un risque de biais pour les « outcomes » concernant l'alimentation puisque la plupart des résultats sont auto-reportés (78,81,82).

Enfin, *Ng et al.* citent le court terme des interventions, le peu de suivi, le manque d' « outcomes » en lien avec des maladies, la petite taille des échantillons, les abandons et les biais de sélections comme limitations des études incluses (79).

7.6 Résultats de la première question de recherche

Pour répondre à notre première question de recherche, nous avons analysé les résultats des WHPP sur les « outcomes » déterminés, à savoir le comportement alimentaire, la prévalence de l'obésité et les connaissances nutritionnelles. Nous avons également pris en considération l'impact des WHPP sur l'activité physique puisqu'il s'agit d'un facteur important dans la prévention de l'obésité et que la moitié des revues analysées en tiennent compte.

7.6.1 Comportement alimentaire

Huit des dix revues sélectionnées pour ce travail mesurent l'efficacité des programmes de prévention/promotion de la santé sur le lieu de travail en se basant, entre autres, sur le comportement alimentaire.

Les indicateurs utilisés sont la consommation de fruits et légumes, de matières grasses et de fibres principalement. L'énergie totale et la consommation de glucides et de protéines sont également prises en compte par certaines revues. Ils seront explicités plus en détail dans les chapitres suivants.

Les outils utilisés pour la mesure ne sont mentionnés que par *Ni Mhurchu et al.*, il s'agit de questionnaires principalement, de rappels de 24 heures ou de sept jours, de journaux alimentaires, de mesures du poids des repas au travail ou d'analyses des ventes à la cafétéria (82). Deux autres revues mentionnent tout de même que les résultats des indicateurs utilisés sont auto-reportés (55,81).

Sur les huit revues, six concluent que les interventions ont un impact positif sur le comportement alimentaire global des participants.

7.6.1.1 Fruits et légumes

Sept revues utilisent la consommation de fruits et légumes comme indicateur du comportement alimentaire (53,55,56,77,78,81,82). Les unités utilisées pour évaluer la consommation de fruits et légumes sont mentionnées dans trois revues uniquement. *Jensen et al.* et *Ni Mhurchu et al.* parlent de portions (77,82) et *Glanz et al.* utilisent la quantité de fruits et légumes vendue à la cafétéria (78). Les autres revues décrivent les résultats en terme de consommation de fruits et légumes (53,55,56,81).

Deux revues (77,81) concluent que les programmes étudiés ont un impact positif sur la consommation de fruits et légumes. *Engbers et al.* parlent de preuves solides quant à l'efficacité des WHPP sur la consommation de fruits et légumes (81). *Jensen et al.* suggèrent que les WHPP pourraient entraîner une augmentation de 0.3 à 0.5 portions de fruits et légumes par jour (77).

Les cinq autres revues (53,55,56,78,82) n'émettent aucune conclusion concernant l'impact des WHPP sur la consommation de fruits et légumes. Parmi elles, trois revues ne mentionnent que des résultats positifs et deux revues soulèvent des résultats majoritairement positifs, cependant associés à des résultats négatifs (82) ou neutres (53).

Table 6 : Effets des WHPP sur la consommation de fruits et légumes

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	2	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	4	-	1	-

7.6.1.2 Matières grasses

Sept revues (53,55,77–79,81,82) prennent en compte la consommation de matières grasses dans leurs résultats. Les unités utilisées pour mesurer la consommation de lipides diffèrent d'une revue à l'autre. Certaines parlent d'apports en graisse (53,77–79,81), d'autres de la consommation ou la vente de produits pauvres en graisse (55,78) ou d'aliments riches en matières grasses (79). Une revue évoque l'utilisation de pourcentage de lipides par rapport à l'énergie totale (82) et deux revues parlent de grammes de lipides par jour (78,82).

Deux revues concluent dans leurs résultats que la consommation de matières grasses est diminuée grâce à la mise en place de WHPP (77,81). *Jensen et al.*, par exemple, concluent que les WHPP permettraient une diminution de 1-10% des apports en graisse (77).

Parmi les cinq autres revues (53,55,78,79,82), aucune ne conclut que les WHPP entraînent une diminution de la consommation de matières grasses, mais toutes mentionnent des résultats positifs sur cet « outcome ». *Ni Mhurchu et al.* soulèvent par exemple les résultats de cinq RCTs (83–87) reportant une diminution de la proportion de matières grasses par rapport à l'énergie totale consommée de - 2.2% à - 9.1% suite à la mise en place de WHPP (versus +1.3% à -1.8% pour les groupes-contrôle) (82). Parmi les cinq revues, seules deux revues présentent des résultats positifs et neutres (78,80) et aucune ne décrit un impact négatif des WHPP sur la consommation de matières grasses.

Deux revues (55) rapportent une augmentation de la consommation de produits maigres ou de produits laitiers écrémés (78).

Table 7 : Effets des WHPP sur la consommation de matières grasses

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	2	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	5	-	-	-

7.6.1.3 Fibres

Quatre revues (55,77,78,81) mentionnent la consommation de fibres comme indicateur du comportement alimentaire.

Jensen et al. concluent que la mise en place de WHPP permet une augmentation de 1-2% de la consommation de fibres (77). Les résultats des trois autres revues ne leur permettent pas de conclure que les WHPP ont un impact sur la consommation de fibres. *Engbers et al.* et *Glanz et al.* mentionnent une absence d'effets significatifs des WHPP sur la consommation de fibres (78,81). Seuls *Kahn-Marshall et al.* rapportent des résultats neutres et positifs, de part une augmentation de la consommation de produits complets (55).

Table 8 : Effets des WHPP sur la consommation de fibres

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	1	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	1	-	-	2

7.6.1.4 Energie

Les conclusions d'aucune revue ne permettent de déterminer l'impact des WHPP sur la consommation d'énergie totale. Cependant, *Hutchison et al.* et *Glanz et al.* soulèvent une diminution de la consommation d'énergie totale grâce à la mise en place de WHPP (53,78). *Jensen et al.* rapportent des résultats positifs et neutres des WHPP sur la consommation d'énergie totale (77).

Table 9 : Effets des WHPP sur la consommation d'énergie totale

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	-	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	3	-	-	-

7.6.1.5 Glucides

Aucune revue n'émet de conclusion quant à l'effet des WHPP sur la consommation de glucides. *Glanz et al.* et *Ng et al.* (78,79) mentionnent tout de même une diminution de la consommation de produits sucrés (boissons, snacks, dessert, etc.) suite à la mise en place de WHPP. *Jensen et al.* remarquent une augmentation de la consommation de glucides suite à la mise en place de WHPP. La nature des glucides n'est pas précisée (77).

Table 10 : Effets des WHPP sur la consommation de glucides

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	-	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	2	-	-	1

7.6.1.6 Protéines

Seuls *Glanz et al.* évoquent l'impact des WHPP sur la consommation de protéines et relèvent une diminution significative de la consommation de protéines suite à la mise en place d'un WHPP. Ils ne tirent cependant pas de conclusions concernant l'impact des WHPP sur la consommation de protéines.

Table 11 : Effets des WHPP sur la consommation de protéines

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	-	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	1	-	-	-

7.6.2 Mesures anthropométriques

Neuf revues sur les dix revues sélectionnées relèvent les effets des WHPP sur les mesures anthropométriques. Les indicateurs anthropométriques identifiés dans les neuf revues sont le poids, l'IMC, le pourcentage de masse grasse, la somme des plis cutanés, la circonférence de la taille et le ratio taille/hanche. Deux des neuf revues ciblent leur « outcome » sur la comparaison des types d'intervention (53,55). Leurs résultats en lien avec les indicateurs anthropométriques sont donc très généraux. Une seule sur les neuf revues se positionne clairement en faveur de l'utilisation des WHPP pour prévenir la prise de poids (80).

7.6.2.1 Poids et IMC

La totalité des revues s'intéressant à l'« outcome » lié aux mesures anthropométriques, analyse les résultats des WHPP sur le poids (53,55–57,77,79–82). Les résultats sont exprimés soit en termes de kilogrammes ou de pounds soit en terme d'IMC. Seuls *Kahn-Marshall et al.* expriment un de leurs résultats en terme de prévalence de l'obésité (55).

Chacune des revues évoque des résultats hétérogènes selon les différentes études analysées. Ainsi, *Kahn-Marshall et al.* relèvent une diminution de la prévalence de l'obésité après quatre ans (55). Deux revues relèvent des effets positifs sur le poids, c'est-à-dire une diminution du poids ou de l'IMC (57,77). Deux autres revues rapportent des résultats positifs

et négatifs (53,82) et trois revues mentionnent des résultats positifs et neutres (55,79,80). *Engbers et al.* évoquent des résultats négatifs et neutres (81). Finalement, *Maes et al.* expriment des résultats positifs, négatifs et neutres (56). Aucune revue ne soulève uniquement des résultats négatifs.

Cependant, bien que les neuf revues évoquent cet « outcome », seules trois revues prennent position et concluent que les WHPP ont une efficacité positive sur le poids (57,77,80). *Verweij et al.* rapportent une perte de poids significative avec une « preuve de qualité modérée ou faible » selon le type d'intervention (80). L'évidence est de qualité modérée avec une intervention ciblant le comportement alimentaire et l'activité physique et de qualité faible si l'intervention cible uniquement l'activité physique (80). *Jensen et al.* mentionnent que les WHPP pourraient contribuer à une perte de poids parmi les employés (77) (traduction libre). Ils ajoutent que les effets sont souvent modérés avec une diminution de l'IMC d'environ 0.5 points (77). *Anderson et al.* concluent qu'il est prouvé que les WHPP entraînent une réduction modeste du poids (57) (traduction libre). Ils illustrent cela en s'appuyant sur neuf RCTs (88–96) qui ont pour résultats une perte de poids moyenne dans le groupe d'intervention de 2.8 pounds (1.3 kg) en 6 à 12 mois et sur six RCTs (88,91,95,97–99) qui relèvent une diminution de l'IMC de 0.47 en 6 à 12 mois en faveur du groupe d'intervention (57).

Table 12 : Effets des WHPP sur le poids

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	3	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	2	1	3	-

7.6.2.2 Pourcentage de masse grasse et sommes des plis cutanés

Trois revues sur neuf mentionnent des résultats de WHPP en lien avec le pourcentage de masse grasse (57,79,80). Deux revues sur trois rapportent que les outils de mesures utilisés sont le calcul de la somme des plis cutanés ou la bioimpédancemétrie (BIA) (57,80). *Anderson et al.* et *Verweij et al.* rapportent, sur la base des études analysées, une diminution du pourcentage de la masse grasse lorsqu'il est mesuré avec le calcul de la somme des plis cutanés (57,80). *Anderson et al.* relèvent une diminution moyenne de 1% en 12 mois (57). *Verweij et al.* mentionnent qu'il n'y a aucun effet significatif lorsque le pourcentage de masse grasse est mesuré par BIA (80). Dans la revue de *Ng et al.* aucun outil de mesure n'est explicité. Ils rapportent soit une diminution significative soit aucun changement significatif selon les études analysées (79).

Suite à leur analyse, seuls *Verweij et al.* concluent que les WHPP engendrent une diminution significative du pourcentage de masse grasse calculé sur la base de la somme des plis cutanés (80).

Table 13 : Effets des WHPP sur le pourcentage de masse grasse

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	1	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	2	-	-	-

Verweij et al. sont les seuls auteurs à analyser l'impact des WHPP sur la somme des plis cutanés sans la traduire en terme de pourcentage de masse grasse. En se basant sur des études analysant des interventions en lien avec l'activité physique uniquement, ils mentionnent qu'il n'y a aucun effet significatif. Cependant, par manque d'études sur cet « outcome », ils n'en tirent aucune conclusion (80).

Table 14 : Effets des WHPP sur la somme des plis cutanés

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	-	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	-	-	-	1

7.6.2.3 Circonférence de la taille

Trois revues évoquent l'influence des WHPP sur la circonférence de la taille (55,57,80). Deux d'entre elles recensent une diminution en centimètres de la circonférence de la taille (55,57) alors que la troisième mentionne qu'il n'y a aucun effet significatif (80). Aucune n'explique une conclusion tangible suite à l'analyse.

Table 15 : Effets des WHPP sur la circonférence de la taille

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	-	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	2	-	-	1

7.6.2.4 Ratio taille/hanche

Deux revues s'intéressent à l'effet des WHPP sur le ratio taille/hanche (57,80). Aucune information sur les outils de mesure n'est relevée. *Anderson et al.* mentionnent qu'il y a une diminution du ratio taille/hanche (57,80). *Verweij et al.* trouvent des résultats hétérogènes

avec soit des effets significatifs positifs, soit des effets neutres, soit des effets négatifs. Ils précisent que les preuves pour ces observations sont de « faible qualité » (80). Aucune des trois revues ne prend position sur l'intérêt des WHPP sur la diminution du ratio taille/hanche.

Table 16 : Effets des WHPP sur le ratio taille/hanche

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	-	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	1	-	1	-

7.6.3 Connaissances nutritionnelles

Des dix revues sélectionnées seules celles de *Jensen et al.* et *Glanz et al.* évaluent l'évolution des connaissances nutritionnelles suite à la mise en place de WHPP (77,78). *Glanz et al.*, en plus de mentionner les connaissances, intègrent la notion de sensibilisation aux problèmes de santé liés à la nutrition (77). *Jensen et al.* n'identifient pas les outils de mesure tandis que *Glanz et al.* relèvent différents types d'outils de mesure utilisés (test vrai-faux, score de dissuasions, échelle de réalisation des objectifs) (77,78) (traduction libre). Alors que les deux revues évoquent un effet positif des programmes sur les connaissances nutritionnelles, aucune des deux ne présente ces observations dans ses conclusions (77,78).

Table 17 : Effets des WHPP sur les connaissances nutritionnelles

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	-	-	-	-
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	2	-	-	-

7.6.4 Activité physique

Cinq revues utilisent l'activité physique, entre autres, comme « outcome » afin de mesurer l'efficacité des WHPP (53,55,56,79,81). Deux revues n'évoquent pas la façon dont les résultats sont mesurés (53,56). Deux revues mentionnent qu'une partie des résultats concernant l'activité physique sont auto-reportés (55,81). Seuls *Ng et al.* explicitent les outils utilisés dans les études pour mesurer l'impact des WHPP sur l'activité physique, il s'agit de rappel de sept jours, de l'utilisation d'une échelle à cinq points ou de mesures de la VO₂ max (79). Les revues donnent leurs résultats en termes d'activité physique totale, d'activité physique pendant les loisirs, de niveau d'activité physique, de capacité cardio-respiratoire, de temps de marche par jour, d'utilisation des escaliers ou d'engagement à faire de l'exercice.

Selon, *Engbers et al.* les preuves concernant l'efficacité des WHPP sur l'activité physique ne sont pas concluantes (81). Les autres revues évoquant l'activité physique n'émettent aucune conclusion concernant l'impact des WHPP sur l'activité physique. Cependant, deux revues mentionnent des résultats positifs uniquement (55,56) et une revue mentionne des résultats neutres et positifs (79). Seule une revue relève des résultats positifs et négatifs des WHPP sur le niveau d'activité physique (53).

Table 18 : Effets des WHPP sur l'activité physique

	Effets positifs	Effets négatifs	Effets mixtes	Absence d'effet
Conclusion des auteurs des revues sur cet « outcome » (nombre de revues)	-	-	-	1
Notre conclusion sur la base des résultats cités par les revues (nombre de revues)	3	-	1	-

7.7 Résultats de la deuxième question de recherche

Le but de notre deuxième question de recherche est de comparer les différentes composantes des WHPP afin de déterminer lesquelles sont les plus efficaces sur les « outcomes » mesurés. Les interventions incluses dans les études analysées par les revues sont explicitées au chapitre précédent.

Il s'agit d'un but proche de celui de trois des dix revues sélectionnées. *Hutchinson et al.* tentent de déterminer les approches théoriques de changement de comportement sur lesquelles les interventions devraient se baser afin d'être efficaces (53). *Glanz et al.* et *Ng et al.* analysent les stratégies utilisées dans les WHPP afin de définir les plus efficaces (78,79).

Le but premier des sept autres revues n'est pas en lien avec celui de notre deuxième question de recherche (55–57,77,80–82). Cependant, parmi elles, seuls *Engbers et al.* ne comparent pas l'efficacité des différentes interventions sur les « outcomes » (81). Les six autres revues émettent des conclusions quant aux types d'intervention les plus efficaces.

7.7.1 Description des interventions des WHPP

Les dix revues sélectionnées analysent 184 études dans lesquelles un nombre conséquent d'interventions est recensé. La durée des programmes varie de six semaines à huit ans. Seules deux études sur les 184 incluses évaluent les WHPP sur une durée de cinq ans et plus (100,101).

Un grand nombre de programmes intervient en organisant des entretiens individuels, des formations de groupe ou en diffusant des informations par divers moyens de communication (posters, brochures, publicités, emails, recettes) (55–57,77–82). La cafétéria est dans de nombreux programmes utilisée comme le principal « setting » de l'intervention sur le lieu de travail (55–57,77–79,81,82). Les interventions mises en place dans les cafétérias sont variées : modifications de l'offre alimentaire, modifications des prix des prestations, modifications de l'emplacement des produits alimentaires, transmissions de messages

nutritionnels et/ou d'informations sur les aliments, formations du personnel de cuisine, instauration d'audit, organisations de jeux d'apprentissage (55–57,77–79,81,82). Certains programmes tentent d'influencer les comportements alimentaires par le biais des distributeurs automatiques en modifiant, par exemple, l'offre et/ou le prix (55,81). D'autres organisent des cours de cuisine ou des démonstrations et dégustations culinaires (57,78,79,81,82). Certaines interventions engagent la responsabilité individuelle des employés en créant des programmes favorisant une formation en autonomie (56,57,79,80,82). Des tests médicaux ou des dépistages sont aussi des composantes de certaines interventions (55,81,82). D'autres programmes tentent de faire adopter un comportement sain aux employés par le biais d'une « compétition » (56,80). La politique de l'entreprise peut être pensée dans le but de soutenir certains programmes (77,81). Pour engendrer de la motivation dans l'implication des employés, certaines entreprises utilisent des incitations financières ou autres récompenses (55–57,78,81). L'implication de la famille peut aussi être une source de motivation autre que financière (55,81,82). Finalement, certaines composantes de programmes visent une augmentation de l'activité physique de par l'instauration de cours de sport, une modification de l'environnement en faveur du mouvement ou des outils qui favorisent une prise de conscience, le pedomètre par exemple (55–57,77–82).

Peu d'auteurs explicitent les intervenants des WHPP. *Anderson et al.* rapportent les résultats de deux études comparant les interventions menées par des professionnels et celles dispensées par des personnes inexpérimentées (102,103). Les auteurs concluent que l'efficacité diffère peu entre les programmes comparés (57). L'intervention de plus longue durée (12 mois) exprime de meilleurs résultats pour le groupe suivi par un professionnel. Les auteurs ne précisent pas de quels types de professionnels il s'agit (57).

Une grande partie des études incluses relate la mise en place de programmes combinant plusieurs composantes (53,55–57,77–82). Les programmes ciblent des modifications en termes d'éducation, de comportements, de motivations ou encore des modifications de l'environnement.

7.7.2 Stratégies au niveau environnemental

Parmi les neuf revues émettant des conclusions quant à l'efficacité de certaines interventions, sept analysent l'impact des interventions mettant en place des changements environnementaux (55,57,77–80,82). Trois revues soulèvent que le manque de preuves empêche de conclure que ces interventions sont réellement efficaces. *Anderson et al.* estiment que la contribution des interventions environnementales et politiques est difficile à évaluer, en lien avec des conditions et des résultats rapportés différents (57). *Jensen et al.* les rejoignent dans cette conclusion puisqu'ils relèvent que les interventions au niveau de l'environnement nécessitent plus de rigueur pour être efficaces (77). *Kahn-Marshall et al.* mentionnent également qu'il manque des preuves quant à l'efficacité des interventions se limitant à l'environnement et à la politique du lieu de travail. Ils les comparent à des WHPP combinant des interventions au niveau individuel et environnemental et concluent que ces dernières semblent plus efficaces. Les quatre autres revues conseillent également de combiner les interventions environnementales avec d'autres interventions (78–80,82). *Glanz et al.* par exemple, concluent que les stratégies les plus efficaces sont celles incluant des composantes environnementales et individuelles (78), et *Verweij et al.* concluent que

les interventions incluant une composante environnementale permettraient une réduction plus importante du poids (80).

7.7.3 Stratégies à composantes multiples

Sept revues sur neuf relèvent que les interventions à multiples composantes seraient les plus efficaces (55–57,78–80,82). *Ng et al.* par exemple, concluent que les interventions futures devraient utiliser une approche globale. Les composantes ayant un impact positif seraient les conseils individuels, les évaluations de santé avec « feed-back », la distribution de matériel éducationnel et l'accès à un environnement sain (79). *Ni Mhurchu et al.* concluent également qu'une intervention à plusieurs niveaux serait plus efficace (82) et *Anderson et al.* supposent que les programmes intensifs et à composantes multiples seraient plus efficaces sur la perte de poids, mais les résultats ne sont pas totalement fiables (57). Les quatre autres revues conseillent également l'utilisation de stratégies à plusieurs composantes (55,56,78,80).

Jensen et al. ne comparent pas les stratégies à composante unique et celles à composantes multiples et ne conseillent pas l'utilisation de programmes incluant plusieurs composantes (77). *Hutchinson et al.* ne se prononcent pas non plus sur les programmes à composantes multiples. Cependant, ils concluent que les interventions ciblées sur plusieurs « outcomes » semblent moins efficaces (53).

7.7.3.1 Interventions combinant l'activité physique et l'alimentation

Les conclusions quant aux interventions combinant l'activité physique et l'alimentation sont partagées. Deux revues concluent que ces interventions sont moins efficaces que celles se concentrant uniquement sur l'alimentation (53,56). Deux revues, au contraire, conseillent l'utilisation de stratégies ciblées sur la nutrition et l'activité physique (55,80). Les six autres revues n'émettent pas de conclusion.

7.7.4 Stratégies motivationnelles

Hutchinson et al. concluent que les stratégies motivationnelles sont les plus efficaces mais qu'il manque des preuves quant à leur efficacité à long terme sur le poids. Elles auraient en revanche de bons résultats sur le maintien d'une activité physique (53).

Ni Mhurchu et al. et *Ng et al.* soulèvent également l'efficacité de ces stratégies. Les premiers mentionnent que les incitations financières ont un effet positif sur le comportement alimentaire et les seconds citent les compétitions avec récompenses comme activité ayant un impact positif sur les « outcomes » (79,82).

7.7.5 Stratégies éducationnelles et comportementales

Seules deux revues émettent des conclusions quant à l'efficacité des interventions éducationnelles et comportementales (57,77). Les auteurs arrivent à des conclusions contradictoires. *Jensen et al.* qualifient les interventions éducationnelles d'efficaces et les interventions comportementales d'assez efficaces (77). *Anderson et al.* au contraire,

supposent que les approches uniquement informatives ou éducationnelles seraient moins efficaces que les approches comportementales (57).

7.7.6 Modèles et théories de changement de comportement

Anderson et al. et *Glanz et al.* évoquent dans leur cadre de référence les théories de changement de comportement comme base pour la compréhension de l'analyse des programmes (57,78). *Glanz et al.* explicitent que les interventions des WHPP se construisent en combinant ces théories (78).

Hutchinson et al. et *Ng et al.* évoquent qu'une faible proportion de leurs études basent leurs interventions sur les modèles et les théories de changement de comportement (53,79). *Ng et al.* concluent que « les interventions futures » devraient se baser sur ces théories (79).

7.8 Résultats des interviews d'experts

Nos résultats démontrent que la qualité des études incluses dans nos revues est en général faible à modérée. Ceci est en partie dû à des faiblesses méthodologiques en lien avec l'évaluation de l'impact des interventions. Le but de cette troisième partie est de définir la pertinence de l'utilisation du RCT, « Gold standard » actuel, pour l'évaluation de l'impact des WHPP et dans un second temps, d'identifier des méthodes d'évaluations efficaces afin de déterminer l'efficacité des WHPP. Trois experts dans le domaine ont été interrogés. Plus de détails les concernant sont donnés au chapitre 4.6 : *Interview d'experts*.

7.8.1 Pertinence de l'utilisation du RCT pour évaluer les WHPP

Nicolas Sperisen, responsable de projets Gestion des impacts à Promotion Santé Suisse, souligne que les RCTs s'appliquent difficilement aux entreprises. Il explique cela par le fait que le lieu de travail est un environnement vivant, non standardisé. Il ajoute que la randomisation est très difficile dans ce type d'environnement. Dans ce cadre, obtenir des évidences scientifiques, c'est-à-dire des preuves statistiquement fiables, est très difficile. *Brenda Spencer, responsable de secteur de recherche à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive* le rejoint dans cette réponse. Selon elle, le RCT ne s'applique pas à toutes les situations car il est construit sur un modèle biomédical qui juge l'efficacité des méthodes de manière réductrice. Les éléments y étant pris en compte sont figés et ne s'adaptent pas au contexte. Il n'y a, à son avis, pas de sens à évaluer des interventions sur un lieu dynamique avec un tel modèle. *Jean Simos, responsable du groupe de recherche en environnement et santé de l'université de Genève,* partage l'avis des deux autres experts, le RCT est un modèle développé pour être utilisé en clinique et n'est, par conséquent, pas adapté à un environnement non contrôlé, ce qui est le cas lors d'intervention en santé publique.

Selon *Jean Simos,* des moyens pourraient être développés afin de contrôler cet environnement. Il faudrait pouvoir comparer deux groupes (un groupe cible et un groupe contrôle) représentatifs de la population. *Nicolas Sperisen* est également d'avis que la comparaison entre deux groupes semble être l'une des méthodes permettant d'exclure un certain nombre de facteurs confondants. Cependant, il soulève que sa mise en place est complexe, idée que partage *Brenda Spencer.* Elle nous explique que les lieux de

comparaison doivent posséder les mêmes pré-requis, définis sur la base de la littérature scientifique. Ce critère est difficile à obtenir du fait de l'hétérogénéité des lieux de travail.

Jean Simos ajoute que cela demanderait beaucoup de temps et coûterait très cher. De plus, il faudrait également évaluer l'impact de l'intervention sur le long terme, car l'efficacité de ces programmes y est moindre. Cependant, même ainsi, il n'est pas possible de contrôler totalement l'environnement puisqu'il s'agit de la vie réelle. Les critères utilisés afin de déterminer la qualité d'une étude doivent donc être adaptés en ce sens. En effet, on ne peut pas s'attendre à une évaluation aussi rigoureuse que celles menées dans un milieu clinique.

7.8.2 Méthodes d'évaluation efficace lors de la mise en place de WHPP

Nicolas Sperisen propose l'utilisation d'un modèle d'impact qui offre une représentation simplifiée de l'action d'un projet, de la mesure à ses résultats. En d'autres termes, il permet de modéliser la/les chaîne(s) d'effet : « un modèle d'effets montre avec quels moyens (input), par quel chemin (mise en œuvre) et avec quelles prestations (output), quels effets un projet vise à atteindre sur quel public (outcome) » (104). Il est également utile pour planifier l'évaluation d'un projet, permettant de définir au préalable les indicateurs à évaluer. L'évaluation peut alors être intégrée dès le départ. Ce qui a l'avantage de permettre des comparaisons avec des mesures pré et post intervention. *Brenda Spencer*, en se basant sur le Swiss Model for Outcome Classification (SMOC) (105), propose un modèle d'évaluation ne se focalisant pas uniquement sur des changements au niveau de l'individu, de la santé et/ou du comportement mais également sur l'environnement physique et social. L'évaluation de ces déterminants sociaux permettrait d'observer des changements intermédiaires aux changements individuels et comportementaux. Un changement au niveau des déterminants sociaux pourrait même s'avérer plus solide qu'un changement comportemental. L'approche « Realist Evaluation » ou évaluation réaliste qui « vise à comprendre, à partir d'observations empiriques, une intervention, en s'intéressant spécifiquement aux mécanismes sous-jacents de l'intervention et à l'influence du contexte » (106) permettrait de mieux prendre en compte ces déterminants et lui semble donc plus convaincante pour l'évaluation des WHPP.

Jean Simos met en lumière l'importance du choix des indicateurs sélectionnés pour l'évaluation. Ces derniers doivent être définis en fonction de la question de départ et être directement liés à l'intervention. Ceci permet de déterminer plus facilement l'impact de l'intervention et permet de limiter la présence de facteurs confondants. Pour l'obésité par exemple, il est difficile de mettre en évidence un impact sur le poids ou la prévalence de l'obésité, qui peuvent être qualifiés « d'outcomes finaux », l'évaluation devrait donc se concentrer sur les connaissances et les comportements.

Enfin, les trois spécialistes se rejoignent en préconisant l'utilisation conjointe de méthodes qualitatives et quantitatives (triangulation ou méthodes mixtes) qui sont complémentaires selon eux. *Nicolas Sperisen* ajoute que l'utilisation de plusieurs méthodes, couplée à une recherche dans la littérature pourrait permettre 1) de plausibiliser les résultats 2) de démontrer, faute de groupe contrôle, que l'effet d'une intervention est bien dû à l'intervention en elle-même.

8 Discussion

8.1 Synthèse des résultats

Notre revue de revues systématiques avait pour buts principaux 1) d'évaluer l'efficacité des programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail, 2) de déterminer les composantes des programmes les plus efficaces afin de prévenir l'obésité, 3) de mettre en lumière les faiblesses méthodologiques limitant l'existence de preuves solides quant à l'efficacité des programmes de prévention sur le lieu de travail.

L'efficacité des WHPP a été analysée en tenant compte de quatre « outcomes » : le comportement alimentaire, la prévalence de l'obésité, les connaissances nutritionnelles et l'activité physique. Chaque revue soulève des résultats hétérogènes selon les études analysées. La majorité des résultats pour chacun des indicateurs relève que les WHPP ont des effets positifs. De ces résultats, peu d'auteurs établissent des conclusions.

Les auteurs qui prennent position concluent que les WHPP ont un effet bénéfique sur la consommation de fruits et légumes, de matières grasses et de fibres (respectivement deux revues sur sept, deux revues sur sept et une revue sur quatre). Les revues qui s'intéressent aux indicateurs de poids/BMI et de pourcentage de masse grasse concluent à un effet positif des WHPP sur la prévalence de l'obésité (respectivement trois revues sur neuf et une sur trois). Uniquement une revue sur cinq ciblant l'effet des WHPP sur l'activité physique prend position et qualifie leur efficacité de « non concluante ». Finalement, les revues s'intéressant aux connaissances nutritionnelles ne fournissent aucune conclusion quant à l'efficacité des WHPP.

Concernant les types d'interventions les plus efficaces, les conclusions des auteurs sont hétérogènes et peu précises. *Ng et al.* et *Glanz et al.* concluent d'ailleurs qu'il est difficile de déterminer quelles stratégies ou composantes sont les plus efficaces, notamment à cause des différences en termes de méthodologie et de résultats entre les études (78,79).

Il semblerait tout de même que les interventions à composantes multiples soient les plus efficaces sur les « outcomes » étudiés. Cependant, selon notre revue de littérature, les bénéfices de l'utilisation de l'activité physique dans les WHPP restent à prouver. La mise en place d'interventions incluant une composante environnementale paraît également être une bonne option, à condition qu'elle soit combinée à des interventions au niveau individuel. Toutefois, le manque de preuves quant à l'efficacité des interventions environnementales ne permet pas d'émettre des conclusions solides. Les stratégies éducationnelles et comportementales auraient elles aussi un impact positif sur les « outcomes », mais il n'est pas possible de déterminer lesquelles sont les plus efficaces, puisque les résultats mentionnés sont contradictoires. Pour terminer, il semblerait que l'utilisation d'une stratégie motivationnelle avec récompense puisse avoir un impact positif sur les « outcomes », néanmoins, seules trois revues ont analysé ce type d'intervention.

L'absence de conclusion est souvent corrélée avec la faible qualité des études. En effet, huit de nos dix revues évaluent la qualité des études analysées comme faible à modérée. La totalité de ces huit revues modère la qualité des études analysées de part des faiblesses méthodologiques. Face à la qualité des études majoritairement négative, *Maes et al.*

soulèvent que la manière d'évaluer le niveau de preuves pour les interventions de santé publique fait l'objet d'un débat animé (56). La pertinence d'évaluer les RCTs comme le design le plus solide est remise en question. En effet, ce design d'étude est défini comme inapproprié, irréalisable ou pas pertinent pour les interventions de santé publique (56) (traduction libre).

Les interviews d'experts ont permis de valider le fait que l'application du modèle standard du RCT est inappropriée pour l'évaluation d'intervention de santé publique. Les experts de santé publique expliquent que l'environnement dynamique et hétérogène des WHPP est en inadéquation avec ce modèle biomédical. Une évaluation autant rigoureuse que celle menée dans le milieu clinique n'est pas envisageable pour des interventions de santé publique. L'utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives ainsi que la mise en place de différents modèles d'évaluation permettraient selon les experts de mener une évaluation plus pertinente des WHPP.

8.2 Interprétation des résultats et mise en perspective

8.2.1 Nombre d'études

Notre revue de littérature nous a permis de sélectionner dix revues incluant un total de 184 études. Le nombre important d'études trouvées nous a surprises et démontre la grande quantité d'études effectuées afin d'évaluer l'impact des WHPP sur l'obésité ou les autres « outcomes » étudiés dans ce travail. D'une part, ceci peut s'expliquer par l'importance nouvellement accordée à la prévention de l'obésité par les gouvernements. La stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé a donné une impulsion dans ce domaine se traduisant par la mise en place de plans d'action, de stratégies nationales, de politiques ou de programmes (59). D'autre part, la promotion de la santé sur le lieu de travail est de plus en plus préconisée, notamment par le plan d'action mondial de l'OMS pour la santé des travailleurs (10). C'est également le cas en Suisse puisque le Conseil fédéral encourage la gestion de la santé en entreprise (107). Enfin, le lieu de travail est l'un des « settings » proposés pour la prévention de l'obésité (20). Ceci peut expliquer, en partie, le nombre conséquent d'études sur le sujet.

8.2.2 Hétérogénéité des études

En plus d'être nombreuses, les études évaluant l'impact des WHPP sont hétérogènes. Il s'agit d'une difficulté souvent présente lors de revues des interventions de santé publique, qui s'explique par la variabilité de la population, des interventions, des « outcomes » et de la méthodologie choisie (108,109). Cela s'applique également aux interventions sur le lieu de travail, une grande variabilité de la littérature est observée (110).

La population des interventions de santé publique n'est généralement pas choisie en fonction de critères prédéfinis, ce qui explique son hétérogénéité (109). De plus, les entreprises ou autres lieux de travail sont des « settings » vivants et dynamiques, différents les uns des autres. La population visée varie, que ce soit au niveau du sexe majoritairement représenté, du type de travailleurs (« cols bleus » ou « cols blancs ») ou de l'âge des participants. Nos questions de recherche ciblent tous les adultes en bonne santé ayant une

activité professionnelle. Nous pouvons nous attendre à cette hétérogénéité de la population. L'exclusion des programmes thérapeutiques a tout de même permis de réduire cette variation. Le développement de programmes adaptés à une population hétérogène ayant des attentes différentes est d'ailleurs l'un des challenges en promotion de la santé (111).

Les interventions effectuées sur le lieu de travail sont variées. Elles peuvent être ciblées sur les comportements des individus, sur l'environnement de travail ou combiner les deux approches (112). De plus, les interventions de prévention de l'obésité peuvent cibler différents axes en lien avec l'alimentation et/ou le niveau d'activité physique, facteurs modifiables jouant un rôle dans le développement de l'obésité (113). Ces différents types de prévention augmentent les possibilités d'action. Ceci explique les différences existant entre les WHPP. Le rapport de l' « Institute of Medicine » (IOM), « Accelerating Progress in Obesity Prevention » (APOP), par exemple, a pour but d'améliorer cinq types d'environnement : l'activité physique, l'alimentation et les boissons, l'information, les soins et le lieu de travail, et les écoles et institutions de la petite enfance. Vingt stratégies sont recommandées parmi ces cinq environnements. Elles agissent sur la politique, les systèmes ou l'environnement et permettent d'évaluer les interventions. Ces dernières sont une combinaison de changements politiques, éducationnels, organisationnels, économiques et médiatiques. Les interventions sont également évaluées en lien avec les impacts attendus (114).

Les « outcomes » visés sont variables selon les études. L'obésité est une pathologie multifactorielle (4). Un nombre important d'éléments peuvent être ciblés par les interventions. Les indicateurs utilisés par les études sont donc nombreux. Selon le rapport APOP, un indicateur est une mesure liée à un critère de succès ou à une norme. Il en découle un objectif, qui peut être défini comme le mouvement d'un indicateur vers une cible quantitative. Ce rapport identifie 83 indicateurs et objectifs en lien pouvant être utilisés lors d'interventions de prévention de l'obésité. Parmi ces 83 indicateurs/objectifs, 70 sont classés selon les cinq environnements cités précédemment. Il peut s'agir du niveau d'activité physique, de l'apport énergétique total, du financement pour des programmes de marketing social, de l'accès à des conseils nutritionnels ou de l'éducation physique et nutritionnelle à l'école. Les 13 restants sont plus généraux, il s'agit par exemple de la prévalence de l'obésité et du surpoids pour chaque classe d'âge (114). L'exemple du rapport APOP démontre que les interventions pour prévenir l'obésité sont nombreuses, tout comme les « outcomes ». Ces derniers peuvent cependant être classés en « outcomes » à court, moyen ou long terme (109). Ceci explique également l'hétérogénéité des études traitant de la prévention de l'obésité en général, et donc de la prévention de l'obésité sur le lieu de travail.

Enfin, la méthodologie utilisée dans les études varie considérablement. En effet, la recherche en santé publique est caractérisée par une variabilité méthodologique plus importante que la recherche clinique (109). Le design des études varie considérablement. Il peut s'agir de RCTs, d'études contrôlées « avant-après », d'études n'utilisant pas de comparaison, de modèles chronologiques interrompus, d'enquêtes ou d'études utilisant une méthodologie qualitative (108). Des études utilisant certains de ces designs ont été analysées par les revues que nous avons sélectionnées.

Cette hétérogénéité des études et revues est un point important à prendre en compte lors de l'analyse de résultats puisqu'elle peut influencer l'impact de l'intervention. *Rongen et al.* soulèvent cette question dans une méta-analyse datant de 2013, et s'intéressent à l'influence des caractéristiques de la population, du design, de l'intervention et de la qualité sur l'efficacité des WHPP. Ils concluent que l'efficacité des WHPP dépend de ces facteurs (115). En effet, l'efficacité d'une intervention peut être influencée par le contexte dans lequel elle est menée (109). Il semblerait par exemple que les interventions au sein de population jeune soient plus efficaces que celles sur les populations plus âgées. De plus, les RCTs de bonne qualité reporteraient une moins grande efficacité des WHPP que ceux de qualité faible (115).

8.2.3 Efficacité des WHPP

8.2.3.1 Importance pratique

Notre revue de revues rapporte des conclusions positives quant à l'effet des WHPP sur la consommation alimentaire et sur la prévalence de l'obésité. L'OMS dans son rapport sur l'« utilisation et (l') interprétation de l'anthropométrie » soulignent le « rôle important » des indicateurs anthropométriques dans l'évaluation des programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie (116). L'OMS ajoute qu'il est « souhaitable d'avoir des informations plus détaillées pour évaluer les programmes de prévention » tel que, par exemple, l'évolution du comportement alimentaire (116).

Il est intéressant d'interpréter les résultats des revues sélectionnées en prenant en compte que les notions de « signification statistique » et de « signification clinique » ne sont pas des synonymes (117). Pour illustrer et comprendre ce propos, prenons l'exemple d'*Anderson et al.* qui concluent à une réduction modeste du poids en s'appuyant sur une méta-analyse (57). Ils illustrent notamment cette conclusion en se basant sur six RCTs qui démontrent une diminution de l'IMC de 0.47 au sein du groupe d'intervention (88,91,95,97–99). L'amélioration de l'IMC de 0.47 pourrait être considéré comme peu significative. Cependant, à l'échelle de la population, il est observé qu'une modification d'IMC d'une unité est associée à un changement de 5% sur la prévalence de l'obésité (5,61).

Tout comme pour les indicateurs de poids, plusieurs auteurs s'entendent sur des effets modérés des WHPP sur le comportement alimentaire (53,55,56,82). En effet, selon *Kahn-Marshall et al.*, les résultats des études bien que positifs ne sont pas toujours significatifs. Cependant, il est observé que des « écarts quotidiens, même faibles, par rapport à l'équilibre énergétique idéal, peuvent avec le temps entraîner une augmentation considérable du poids » (116). Par exemple, un apport de seulement 39 kcal en plus par jour et ce durant dix ans peut engendrer une prise pondérale de 15.6kg (116).

Par ces exemples, on comprend que malgré de petits effets observés, les effets cliniques des WHPP peuvent s'avérer être intéressants.

Les effets faibles étant donc intéressants en termes de prévention, il faut pouvoir les mesurer avec précision. En effet, un déséquilibre énergétique faible ou encore une variation de poids faible pourraient ne pas être détectés si les outils de mesure ne sont pas suffisamment précis. L'IMC, « référence internationale pour définir l'obésité pour la pratique

clinique et épidémiologique », se doit d'être mesuré par le praticien et ne devrait pas se baser sur le poids et la taille auto-rapportés. En effet, ces mesures sont respectivement sous-estimées et surestimées par les sujets (4). Concernant les mesures du comportement alimentaire, leurs mesures directes se font par des récoltes de données auto-reportées (118). Bien qu'il existe différents types d'enquête de consommation (rappel de 24 heures, questionnaire de fréquences alimentaires, carnet d'enregistrement), aucun ne permet d'éviter tous les biais de sous-estimation (118). Ce risque de biais a été plusieurs fois soulevé par les revues analysées (55,78,81,82).

Ainsi, « l'enjeu en épidémiologie nutritionnelle réside dans la limitation des erreurs des estimations » (118). Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le rappel de 24 heures, conduit par des « enquêteurs très bien formés à l'alimentation comme des diététiciens », combiné à un questionnaire de fréquences alimentaires « permettent une description des consommations habituelles plutôt fiable » (118).

8.2.3.2 Faiblesse méthodologique des revues

Les faiblesses méthodologiques relevées lors de l'analyse de qualité de nos revues sont un manque de précisions quant 1) à la méthode de sélection des études incluses, 2) à la méthode d'évaluation de leurs qualités 3) à la stratégie de recherche utilisée 4) aux variables des résultats considérés 5) à l'extraction des données, de synthèses et d'analyses et 6) aux biais et limites. Les résultats de notre revue de revues peuvent aussi être influencés par ces faiblesses méthodologiques.

Prenons l'exemple de la revue de *Jensen et al.* dont la qualité a été jugée comme neutre en partie à cause du manque de précision concernant le processus de synthèse de leurs résultats. En effet, *Jensen et al.* concluent que la mise en place des WHPP permet une augmentation de 1 à 2 % de la consommation de fibres par jour (77). *Jensen et al.* ne précisent cependant pas à quelle consommation initiale de fibres se rapporte le pourcentage (77). Avec des résultats non exhaustifs, on ne peut réellement quantifier l'effet des WHPP sur la population.

Un autre exemple de faiblesses méthodologiques peut être le manque de considération de certaines limites. *Ng et al.* mentionnent que les études avec les suivis de plus courtes durées rapportent des résultats plus positifs que ceux de plus longues durées (79) (traduction libre). Cependant, certains auteurs ne considèrent pas la durée des interventions analysées comme une limite (56,77,81). De plus, les revues ne se rejoignent pas sur la durée qualifiée de « long terme ». Alors que *Verweij et al.* considèrent 6 à 18 mois comme des interventions sur du long terme, *Kahn-Marshall et al.* relèvent qu'il faudrait une durée de trois ans pour mesurer précisément les « outcomes » (55,80). Enfin, selon un rapport de l'OMS, l'évaluation de l'efficacité d'une intervention sur le poids doit s'effectuer sur une durée de cinq ans au minimum (116). L'interprétation des résultats devrait être éclairée par la durée des interventions.

Outre ce manque de précision, nous n'avons pu établir aucune corrélation manifeste entre la qualité des revues et leurs conclusions. La présence ou non de prise de position ne semble pas non plus être corrélée à la qualité des revues systématiques sélectionnées.

8.2.3.3 Manque de preuves

Le manque de preuves solides est la raison principale évoquée par les auteurs qui n'émettent pas de conclusion. Le même constat est établi par *Lemmens et al.* qui, au travers d'une revue systématique, analysent l'efficacité des programmes de prévention de l'obésité hors du lieu de travail (119). Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) conclut aussi à des preuves d'efficacité limitée concernant les programmes de prévention de l'obésité (120). Il précise que le manque d'évidence concerne en particulier les effets sur le court terme et sur le long terme ainsi que les effets sur la population ayant un poids dans les normes. En s'appuyant sur ces preuves, le GECSSP ne recommande pas la mise en place de programmes de prévention de l'obésité. Cependant, le GECSSP ajoute qu'il en va de la responsabilité du praticien d'évaluer le bénéfice potentiel de la mise en place d'une intervention (120). Le « New South Wales - Centre for Public Health Nutrition (NSW-CPHN) a pour mission d'examiner les résultats de la recherche concernant les politiques et programmes de nutrition et de produire des documents et des lignes directrices faisant autorité, afin d'orienter les interventions nutritionnelles (121) (traduction libre). Les conclusions du NSW-CPHN quant aux programmes de prévention de prise de poids vont dans le sens de nos résultats : les preuves d'efficacité se basant sur des essais contrôlés sont limitées. Cependant, le NSW-CPHN soutient les programmes de prévention de l'obésité : la prévention de la prise de poids et le maintien d'un poids sain sont susceptibles d'être plus simples, moins coûteux et potentiellement plus efficaces que le traitement de l'obésité après son développement (121) (traduction libre).

L'INSERM souligne que l' « absence de preuves ne veut pas dire inefficacité » (122). Tout comme le NSW-CPHN, l'INSERM met en cause l'approche d'évaluation basée sur « le Gold standard » : les essais contrôlés (121,122).

8.2.3.4 Composantes des WHPP

Une comparaison entre notre travail et la revue de revues de *Brand et al.* permet d'enrichir certaines conclusions des auteurs de nos revues concernant l'efficacité des composantes des WHPP. En effet, un des buts de la revue de revues systématiques réalisée par *Brand et al.* est d'identifier les stratégies prometteuses des interventions communautaires sur la promotion de l'activité physique et l'alimentation saine (123). Sur les 18 revues incluses, huit revues ciblent notre population : la population adulte (123).

Notre travail a permis de soulever l'impact positif des stratégies comportementales. Cependant, les résultats contradictoires ne nous permettaient pas de définir les plus efficaces. Dans ses conclusions, *Brand et al.*, en s'appuyant sur les résultats d'une méta-analyse de *Michie et al.*, mettent en avant l'efficacité de la combinaison de techniques d'auto-surveillance et d'autorégulation afin d'améliorer le comportement alimentaire (123). La théorie de l'autorégulation sous-tend que le sujet compare son but et les résultats qu'il obtient, ce qui régule son comportement (118). De plus, *Brand et al.* évoquent une stratégie qui n'avait pas été soulevée dans nos revues : l'influence des pairs. Selon *Brand et al.*, ajouter une composante de groupe à l'intervention permettrait d'augmenter l'efficacité de l'intervention quant à l'augmentation de l'activité physique (123). *Brand et al.* mentionnent aussi que les composantes environnementales sembleraient avoir un impact positif mais n'établissent pas plus de conclusions que celles déjà évoquées dans notre revue (123). La théorie sociocognitive permet de soutenir ces résultats. En effet, ce modèle théorique

donne une place centrale à l'influence de l'environnement sur les changements de comportement de santé (118). La théorie sociocognitive n'écarte pas l'importance des facteurs personnels car ils modulent « les perceptions de l'environnement » (118).

Finalement, il s'avère que les conclusions de *Brand et al.* vont dans le même sens que nos résultats : afin de générer plus de preuves quant à l'efficacité des stratégies, plus d'études testant différentes interventions les unes par rapport aux autres sont nécessaires (123).

Bien que *Ng et al.* soutiennent l'utilisation de modèles théoriques de changement de comportement pour la mise en place d'interventions (79), il est intéressant d'ajouter qu'aucune revue incluse dans notre travail n'a évalué l'impact de leur utilisation. Selon *Corsby et al.* les théories comportementales et les sciences sociales permettent de comprendre les raisons pour lesquelles les personnes adoptent un comportement sain. Cette compréhension peut être extrêmement utile pour planifier, implémenter et évaluer un programme de promotion de la santé (124) (traduction libre). La mise en application de ces théories peut contribuer à l'amélioration des programmes de santé publique (124).

Nous avons également mis en relation les différentes conclusions des revues au sujet des composantes des WHPP et leur qualité. Nous n'avons pas pu établir de lien: les revues de meilleures qualités n'ont pas émis des conclusions manifestement différentes par rapport aux revues de moins bonne qualité et vice versa.

8.2.4 Evaluation des WHPP

L'un des points-clé soulevé lors de l'analyse des résultats concerne la qualité des études évaluant l'efficacité des WHPP, souvent modérée ou faible. Cela empêche les auteurs de tirer des conclusions prouvées scientifiquement. Or, l'utilisation d'interventions basées sur des données probantes est de plus en plus préconisée en médecine, en psychologie et en santé publique (125,126). L'évaluation des interventions de santé publique n'est pas récente. Dans les années 1990 cela devient une priorité, en lien avec l'émergence des questions du financement des activités des systèmes de santé (125). Actuellement, l'utilisation d'interventions prouvées scientifiquement est un critère important pour l'obtention d'un financement (126).

Les preuves scientifiques ou « evidence » ont pour but de déterminer les faits et données pouvant être utilisés pour résoudre un problème ou prendre une décision. L'« évaluation » est définie comme l'examen et le contrôle systématique d'une intervention et de ses composantes. Elle permet d'obtenir des connaissances pouvant être réutilisées. C'est l'une des méthodes permettant l'établissement de preuves scientifiques (127). Traditionnellement, l'obtention de preuves scientifiques se fait grâce à une approche basée sur les méthodes quantitatives. Les RCTs sont considérés comme le « gold standard », à condition qu'ils soient de bonne qualité (128). La qualité d'un essai peut être définie comme la probabilité que le design de l'essai génère des résultats exempts de biais, suffisamment précis et pouvant être appliqués en pratique (...) (128) (traduction libre). Elle permet d'évaluer la pertinence des conclusions tirées par l'étude. Elle est principalement évaluée par des critères en lien avec la validité interne, tels que la randomisation ou le « double-aveugle ». Ceci explique l'importance accordée au RCT. Son design minimise le risque de biais (129).

Cependant, les RCTs semblent être une méthode inappropriée aux interventions de santé publique. Ce constat est en accord avec l'avis des experts que nous avons interrogés dans le cadre de ce travail. Ces derniers soulèvent l'inadéquation de l'utilisation du RCT afin d'évaluer l'efficacité des WHPP. En effet, les programmes de santé publique utilisent généralement plusieurs interventions et la façon dont elles impactent est plus complexe que la relation causale linéaire étudiée dans les RCTs (127,130,131). De plus, la promotion de la santé accorde une grande importance à la compréhension de la relation entre le contexte et les comportements (127) alors que le RCT suppose une méthodologie précise, rigoureuse et se déroulant dans un contexte artificiel (132). Les interventions de santé publique se doivent d'être généralisables à d'autres situations, de par la variabilité des besoins, contextes, populations, etc. rencontrés. La validité externe est donc primordiale, or les RCTs sont plus intéressants pour leur validité interne que pour leur validité externe (127).

Dans les revues analysées, la plupart des études sont des RCTs ou ont un design proche du RCT. Ceci peut expliquer la difficulté d'obtenir des résultats probants. Ce problème est généralisable aux interventions de santé publique en général. En effet, l'obtention de preuves scientifiques de leur efficacité est difficile (127). Cela s'est d'ailleurs traduit par une diminution du financement des activités de promotion de la santé et de prévention (125) qui peut être expliqué par la prise de position erronée mais souvent retrouvée dans les décisions politiques : un manque de preuves d'efficacité équivaut à prouver qu'il n'y a pas d'effet (133) (traduction libre). Face à cela, les avis dans la littérature sont partagés. Certains auteurs pensent que la possibilité ou non d'obtenir des informations scientifiques concernant les interventions de santé publique déterminera l'importance qui leur sera accordée à l'avenir. D'autres, au contraire soutiennent que l'utilisation de données scientifiquement prouvées, n'est pas adaptée aux interventions de santé publique. Enfin, au centre, certains auteurs se questionnent sur l'adéquation des évidences scientifiques en santé publique. Malgré ces divergences d'opinions, les experts en santé publique dans leur globalité ressentent le besoin de démontrer l'efficacité de la promotion de la santé (134). Nos résultats mettant en avant la difficulté d'obtenir des conclusions probantes de l'efficacité des WHPP, nous avons rejoint l'avis de ces auteurs et tenté d'obtenir des pistes sur les moyens pouvant être mis en place afin d'obtenir des preuves de l'efficacité des WHPP.

L'utilisation d'un design d'étude approprié pourrait prouver l'efficacité des WHPP. Il est important de choisir le design d'étude en fonction de la question de recherche car ce dernier influencera la qualité de l'étude. Par exemple, lors de l'évaluation de l'efficacité d'une intervention, les études comparatives semblent les plus appropriées (129). Les experts que nous avons interrogés dans ce travail sont de cet avis puisqu'ils préconisent l'utilisation de groupes contrôles dans l'idéal. Cependant, leur mise en pratique est difficile et souvent inadéquate. *Brenda Spencer* propose d'intervenir dans deux lieux (groupe cible et groupe contrôle) possédant les mêmes pré-requis ou la même « capacité ». La capacité d'un lieu d'intervention est définie comme les compétences, motivations, connaissances et attitudes nécessaires à l'implémentation d'innovations (...) (135) (traduction libre). Une recherche en amont permettrait d'identifier les lieux ayant la même capacité et ainsi, d'évaluer une intervention sur la base d'une comparaison adéquate (135).

Le choix des indicateurs a un rôle central dans l'évaluation de programmes de prévention.

L'utilisation d'un modèle d'impact, tel que le SMOC évoqué dans nos résultats permet de définir des indicateurs à différents niveaux. Il peut s'agir 1) de mesures globales de santé publique, par exemple le développement de services de santé publique. Ces mesures auront un effet sur 2) les facteurs influençant 3) les déterminants de la santé. Par exemple, une entreprise adoptant une politique de promotion de la santé pourrait modifier l'offre alimentaire de la cafétéria. Ces modifications pourraient avoir un effet sur 4) la santé des individus, par exemple le poids (105). Dans notre travail, pour évaluer l'efficacité des WHPP, nous avons sélectionné quatre indicateurs. Selon le SMOC, nos indicateurs se focalisent sur deux niveaux : 1) les déterminants de la santé comprenant les comportements alimentaires, les connaissances nutritionnelles et l'activité physique et 2) la santé avec l'évaluation de la prévalence de l'obésité (105,116). L'analyse de nos résultats démontre que l'évaluation de l'impact des WHPP sur ces indicateurs est complexe. L'identification d'autres indicateurs grâce à un modèle d'impact permettrait de définir des « outcomes » plus précis pour démontrer l'impact des WHPP. Par exemple, les déterminants environnementaux de la santé seraient des indicateurs « intermédiaires » en lien avec le contexte dans lequel évoluent les individus.

Selon nos résultats, l'évaluation réaliste est une méthode permettant de prendre en compte le contexte pour l'évaluation. Cette approche n'évalue pas l'efficacité d'une intervention. Elle s'intéresse au mécanisme de l'intervention, c'est-à-dire à la façon dont une intervention a un impact, et comment le mécanisme interagit avec le contexte (136). En pratique, il faudrait déterminer un mécanisme et formuler une hypothèse expliquant son fonctionnement (137). Dans nos résultats, nous avons remarqué que les stratégies motivationnelles (financières) semblaient fonctionner. Nous pourrions donc formuler la théorie explicative que cela fonctionne car « l'homme est rationnel, sa rationalité est économique, il recherche son intérêt, il répondra positivement aux incitants qui lui permettent de maximiser ses intérêts » (137). Ensuite, cette théorie serait étudiée grâce à des études de cas dans plusieurs contextes ce qui permettrait de l'affiner. Les résultats seraient ensuite synthétisés et permettraient d'inspirer le design des prochaines interventions (137). Dans le cas des WHPP, nous ne chercherions donc pas à savoir s'ils ont un impact sur la prévalence de l'obésité, mais plutôt à expliquer pourquoi une intervention fonctionne ou ne fonctionne pas dans un type de lieu de travail. Ceci permettrait d'« inspirer le design d'interventions qui feront appel au même mécanisme ». Enfin, cette approche est intéressante car elle permet d'obtenir une théorie pouvant être modulée en fonction du contexte (137). Elle pourrait être une solution aux difficultés liées à l'hétérogénéité des contextes en santé publique.

8.3 Points forts, limites et biais

Le principal point fort de notre travail est le thème choisi. En effet, la prévention de l'obésité est une thématique actuelle et une priorité mondiale en matière de santé publique. De plus, le rôle de la diététicienne est important puisque les actions à mettre en place touchent principalement l'alimentation et l'activité physique. Ce travail est donc utile pour l'exercice de notre profession et en accord avec les besoins de santé actuels. De plus, ce travail est une revue de revues et répond à trois questions de recherche. Les résultats sont globaux et permettent une vision large de la thématique étudiée. Un autre point fort de notre travail est en lien avec la rédaction du cadre de référence en amont. Cela nous a permis d'acquérir des connaissances sur la thématique et ainsi, de mener notre revue de littérature en tenant

compte du contexte actuel et des données existantes. Au niveau de la revue de littérature, l'inclusion de revues systématiques et de méta-analyses uniquement est également l'un des points forts puisque cela permet de baser notre travail sur des articles possédant un design rigoureux. L'objectivité de nos résultats est augmentée par le fait que nous sommes deux auteures et par le double-contrôle systématique que nous avons effectué lors de la réalisation de ce travail. Enfin, les entretiens que nous avons menés avec des experts du domaine ajoutent une nouvelle dimension aux résultats obtenus. Ils apportent une plus-value à notre travail puisqu'ils font le lien entre les résultats théoriques obtenus par la revue de littérature et la pratique d'experts du terrain.

La revue de revues que nous pouvons considérer comme un point fort est également l'une des limites de ce travail. L'analyse secondaire des données présente des désavantages en lien avec le risque de manque de données. Ces données pourraient ne pas avoir été collectées, n'étant pas nécessaires pour répondre à la question de l'essai original. Enfin, l'analyse des données est complexifiée puisque les auteurs n'ont pas récolté eux-mêmes les données, ce qui limite la compréhension des nuances spécifiques à l'étude. Ceci peut donc avoir un impact sur l'interprétation des données (138). Notre travail étant une revue de revues, ces risques sont amplifiés puisqu'il s'agit d'une analyse tertiaire des données. Ils limitent la précision de nos résultats. De plus, la qualité des revues systématiques peut être influencée par la qualité des études incluses. Si la qualité des études analysées est faible, ce qui s'avère être le cas dans plusieurs de nos revues, la qualité des résultats de la revue systématique s'en trouve amoindrie. Finalement, l'hétérogénéité des études analysées par les revues, et donc celle des revues peut limiter la précision des résultats. Une autre limite en lien avec notre revue de littérature est que nous avons basé nos recherches sur deux bases de données uniquement : PubMed et Cinhal. L'inclusion d'études écrites en anglais et en français uniquement est une limite. L'exclusion des revues traitant d'interventions ne se déroulant pas uniquement sur le lieu de travail (par exemple lieu de travail et écoles) peut également être considérée comme une limite de notre revue de littérature. Nous avons choisi d'exclure les revues ciblant uniquement l'activité physique, ce choix limite les résultats en lien avec cet « outcome ». Le nombre restreint d'entretiens menés est une autre limite de notre travail. Pour terminer, de part les résultats obtenus, notre discussion aborde des notions de recherches scientifiques. Nos connaissances en lien avec la recherche, bien qu'acquises en formation Bachelor, sont limitées.

Notre travail présente un biais important en lien avec la revue de littérature. Il s'agit d'un biais de publication. En effet, notre revue de littérature incluant uniquement des revues publiées, il est possible que l'efficacité réelle des WHPP soit surestimée dans nos résultats. La méthodologie selon laquelle ont été menés nos entretiens peut également biaiser nos résultats. Premièrement, la façon dont nous avons posé nos questions peut influencer les réponses obtenues afin qu'elles concordent avec les conclusions que nous avons tirées, il s'agit d'un biais d'induction. Deuxièmement, les entretiens ont été menés de façon journalistique ce qui signifie que nous n'avons pas effectué de retranscription verbatim. Ceci peut causer un biais d'interprétation. Nous avons tenté de le limiter en soumettant les résultats des entretiens à une ou plusieurs relecture(s) par les experts interrogés.

9 Perspectives

9.1 Recommandations pour la pratique

La prévention de l'obésité est un enjeu majeur de la santé publique et a une place centrale dans les différentes stratégies tant internationales que nationales. L'obésité est une pathologie d'origine multifactorielle, ce qui explique la diversité des programmes de prévention (3–5,8,15–17). Notre travail de Bachelor met en avant le rôle que peuvent jouer les programmes de prévention sur le lieu de travail pour la prévention de l'obésité. Le lieu de travail est un « setting » prometteur bien qu'encore peu exploité à ce jour (121). Les conclusions des revues sélectionnées ainsi que les résultats des études analysées indiquent que les WHPP ont des effets bénéfiques quant à la prévalence de l'obésité, aux comportements alimentaires, aux connaissances nutritionnelles et à l'activité physique. Ces résultats encouragent l'instauration de WHPP. Pour favoriser leur efficacité, notre travail relève l'intérêt de mettre en place des stratégies à composantes multiples (55–57,78–80,82). Une autre stratégie souvent abordée dans nos revues est l'introduction de changements environnementaux (55,57,77–80,82). Plusieurs auteurs rapportent qu'il est efficace de combiner les composantes environnementales avec d'autres interventions (78–80,82). Enfin, les stratégies d'interventions devraient se baser sur des modèles et des théories de changement de comportement. Il paraît que « l'usage de la théorie dans la conception et la mise en œuvre d'interventions visant à changer un comportement améliore l'efficacité des interventions » (139).

Les revues sélectionnées ne détaillent pas les acteurs des interventions. Nous ne pouvons savoir si elles sont mises en place par des spécialistes ou non. L'INSERM souligne que les interventions menées par des professionnels de la santé obtiennent des « effets plus importants » sur le retardement de l'évolution des maladies chroniques (122). Selon l'Association américaine de diététique, le-la diététicien-ne se doit d'être un membre actif de l'équipe multidisciplinaire (140) (traduction libre). En tant qu'expert de la nutrition, il-elle est un leader dans la promotion d'une alimentation saine (140) (traduction libre). L'expertise du-de la diététicien-ne permet de fournir une éducation nutritionnelle adéquate fondée sur des preuves scientifiques (141,142). En effet, le-la diététicien-ne a des connaissances sur les aliments, reconnaît les facteurs de risque liés aux consommations alimentaires, fournit les recommandations en lien et met en place des stratégies pour la modification du comportement alimentaire (140,142).

9.2 Recommandations pour la recherche

Notre travail de Bachelor soulève la nécessité de planifier de manière systématique l'évaluation des interventions de prévention et ce dès la mise en place du programme. Pour cela, les experts de santé publique interrogés ont formulé des pistes de modèles permettant de cibler et de planifier les indicateurs à évaluer avant, pendant et après la mise en place de l'intervention en utilisant un modèle d'impact.

De plus, « il s'écoule souvent beaucoup de temps avant que des changements environnementaux et sociétaux ne s'accompagnent d'effets au niveau du poids moyen de la population » (122). Il serait intéressant, d'une part, d'avoir un consensus sur la notion de « beaucoup de temps » afin de connaître la durée nécessaire à l'évaluation de l'évolution

du poids suite à une intervention. D'autre part, d'autres indicateurs que ceux définis dans notre travail pourraient être pris en compte afin d'évaluer à plus court terme l'efficacité des WHPP. « La disponibilité et l'accessibilité des fruits et légumes » ou encore « les changements d'attitudes et de motivation des publics visés » en sont des exemples (122). Comme énoncé au chapitre 8.2.3.1 *Importance pratique*, un faible changement de ces déterminants peut avoir un impact important au niveau de la population. Il est essentiel d'être précis dans l'évaluation. Si nous prenons l'exemple d'un indicateur évaluable sur le court terme comme le changement d'attitude du public cible, plus particulièrement les changements de comportements alimentaires, l'évaluation pourrait être réalisée par le biais d'une enquête alimentaire tel que le rappel de 24 heures. La Haute autorité de santé (HAS) stipule que « le diététicien est le professionnel de santé le plus habitué et entraîné à l'évaluation qualitative et quantitative des consommations alimentaires » (142). L'utilisation d'outils valides et fiables par un-e diététicien-ne permettrait d'atteindre des mesures réelles et généralisables (141,142).

Finalement, comme explicité dans le chapitre 8.3 *Evaluation des WHPP*, l'évaluation de la qualité de l'étude permet d'estimer le poids des résultats observés. En santé publique, l'évaluation de la qualité ne peut reposer uniquement sur le modèle du RCT. L'utilisation d'autres approches telles que « l'évaluation réaliste » permettrait de tenir compte du contexte dans l'évaluation (136). De plus, selon les trois experts interrogés, la comparaison entre deux groupes au sein d'une même entreprise ou sur deux sites distincts semble permettre l'obtention de résultats probants. Pour ce faire, il est impératif de sélectionner des groupes ayant les mêmes pré-requis. Finalement, l'utilisation d'une méthodologie mixte permettrait d'évaluer les interventions de promotion de la santé de manière plus complète que la sélection d'un seul type de méthode qualitative ou quantitative.

Recommandations lors de la mise en place de WHPP

- Favoriser la mise en place de WHPP dans les entreprises et évaluer leur efficacité de façon systématique
- Mettre en place des interventions à composantes multiples, agissant au niveau individuel et environnemental
- Isoler ces composantes lors de l'évaluation des WHPP afin de déterminer le poids de chacune sur les « outcomes »
- Intégrer les modèles et théories de changement de comportement lors de l'élaboration de WHPP
- Concevoir un modèle d'impact lors de la conception des WHPP afin de définir des indicateurs à plusieurs niveaux
- Utiliser des outils valides et fiables pour l'évaluation de ces indicateurs
- Formuler un consensus sur la notion de « suivi à long terme »
- Impliquer des professionnels de la santé lors la mise en place et de l'évaluation des WHPP, notamment un-une diététicien-ne lors d'interventions nutritionnelles
- Evaluer l'efficacité des WHPP grâce à des études comparatives et en utilisant des méthodes mixtes

10 Conclusion

La prévention de l'obésité est l'un des enjeux prioritaires de la santé publique. La mise en place de programmes de prévention sur le lieu de travail est l'une des mesures préconisées par de nombreuses stratégies.

Ce travail avait comme premier but d'évaluer l'efficacité des WHPP sur la prévalence de l'obésité, les comportements et connaissances en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Notre hypothèse de départ suggérait que les programmes de prévention de l'obésité aient eu un impact positif sur les « outcomes ». Les résultats de notre revue de littérature évoquent effectivement un impact positif des WHPP sur la prévalence de l'obésité et sur la consommation de fruits et légumes, de matières grasses et de fibres. Les données concernant l'effet des WHPP sur les connaissances nutritionnelles manquent. Enfin l'impact des WHPP sur l'activité physique semble neutre.

Notre deuxième but était d'identifier les composantes des WHPP les plus efficaces pour la prévention de l'obésité. Nous avons émis l'hypothèse qu'il existait des différences en matière d'efficacité des WHPP, en lien avec leurs composantes. Les résultats de notre revue de revues à ce sujet sont peu précis. Il semblerait tout de même que les programmes à composantes multiples (environnementales et individuelles) soient les plus efficaces.

Notre troisième but découlait des résultats de notre revue de littérature. Il s'agissait d'obtenir des pistes pour l'évaluation de l'impact des programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail. Notre hypothèse suggérait que les méthodes quantitatives traditionnelles décrites dans la littérature ne soient pas adaptées à l'évaluation des programmes de prévention de l'obésité. Les interviews de trois experts du domaine nous ont permis de vérifier cette hypothèse. Les résultats obtenus vont dans ce sens puisqu'il semblerait que le RCT, « gold standard » des méthodes quantitatives, ne soient pas le design d'étude le plus approprié pour l'évaluation des WHPP. Les trois experts interrogés recommandent tout de même l'utilisation de groupes de comparaison, dans l'idéal, si ces derniers sont adéquats. L'identification d'autres d'indicateurs à évaluer et la prise en compte du contexte, grâce à un modèle d'impact, et l'utilisation de méthodes mixtes sont des pistes proposées. L'évaluation réaliste, qui s'intéresse au mécanisme grâce auquel l'intervention a un impact et à sa relation avec le contexte est l'une des approches possibles pour l'évaluation des WHPP.

En conclusion, les WHPP semblent être des outils efficaces pour prévenir l'obésité. Ces programmes devraient agir sur l'environnement et les individus. Enfin, leur évaluation devrait être planifiée, systématique et utiliser des méthodes mixtes.

11 Remerciements

Nous tenons sincèrement à remercier toutes les personnes qui nous ont apporté leur précieuse aide tout au long de l'élaboration de ce travail de Bachelor :

Madame Sophie Bucher Della Torre pour la supervision de notre travail, ses conseils avisés et sa disponibilité,

Madame Virginie Barras, bibliothécaire-documentaliste à la Haute Ecole de Santé pour son professionnalisme,

Madame Brenda Spencer, Monsieur Nicolas Sperisen et Monsieur Jean Simos pour l'expertise apportée,

Madame Rieker-Agranier Annick pour avoir accepté d'être membre du jury,

Madame Florence Dumoulin, Madame Nicole Vianin, Monsieur Yves Boillat et Monsieur Guillaume Vianin pour leurs corrections et leurs remarques pertinentes,

et tous nos proches et amis pour leur soutien et leurs encouragements indispensables.

12 Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids [En ligne]. OMS; 2016 [consulté le 18 novembre 2015]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
2. Statistique suisse. Enquête suisse sur la santé 2012: Surpoids et obésité [En ligne]. 2014 [consulté le 15 novembre 2015]. Disponible: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5805>
3. Office fédéral de la santé publique. Programme national alimentation et activité physique 2008-2012 [En ligne]. 2008 [consulté le 18 novembre 2015]. Disponible: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13227/index.html?lang=fr
4. Basdevant A. Médecine et chirurgie de l'obésité. Paris: Lavoisier; 2011.
5. Organisation mondiale de la santé. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale [En ligne]. 2003 [consulté le 15 novembre 2015]. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42734/1/WHO_TRS_894_fre.pdf?ua=1
6. Basdevant A. L'obésité : origines et conséquences d'une épidémie. C R Biol. 2006;329(8):562–569.
7. Beer M, Lüthy J, Hayer A, Jacquet M, Schmid A, Brombach C, et al. Sixième rapport sur la nutrition en Suisse [En ligne]. 2012 [consulté le 15 novembre 2015]. Disponible: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13259/13359/index.html?lang=fr
8. Wiesli R, Simos J, Institut des sciences de l'environnement et faculté de médecine. Promouvoir la santé et prévenir maladies et accidents [En ligne]. 2010 [consulté le 15 novembre 2016]. Disponible: <http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/prevention/Documents/A4ArgumentairePromotionsant.pdf>
9. Paccaud F, Gutzwiller F. Médecine sociale et préventive - santé publique. Berne: H.Hubert; 2009.
10. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs: soixantième assemblée mondiale de la santé [En ligne]. 2007 [consulté le 29 mars 2016]. Disponible : http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_fr_web.pdf?ua=1
11. Bureau international du travail. Stratégie globale en matière de sécurité et de santé au travail [En ligne]. 2004 [consulté le 29 mars 2016]. Disponible: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/policy/wcms_154861.pdf
12. Département fédéral de l'intérieur. Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral [En ligne]. 2013 [consulté le 31 mars 2016]. Disponible : http://www.grea.ch/sites/default/files/sante_2020_medienbericht_fr.pdf

13. Bureau International du Travail. Chapitre 15 - La protection et la promotion de la sante [En ligne]. [consulté le 1 avril 2016]. Disponible : <http://www.ilocis.org/fr/documents/ilo015.htm>
14. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [En ligne]. 2004 [consulté le 11 avril 2016]. Disponible: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf
15. Organisation mondiale de la santé - Bureau régional de l'Europe. À propos de Santé 2020 [En ligne]. OMS; 2016 [consulté le 22 avril 2016]. Disponible: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>
16. Organisation mondiale de la santé - Bureau régional de l'Europe. Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 [En ligne]. 2014 [consulté le 22 avril 2016]. Disponible: http://www.alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2014/10/64wd14f_FoodNutAP_140426.pdf
17. Office fédéral de la santé publique. Stratégie alimentaire suisse 2013-2016 [En ligne]. 2012 [consulté le 11 mars 2016]. Disponible: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13259/13359/13434/index.html?lang=fr
18. World health organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry [En ligne]. 1995. [consulté le 16 mars 2016]. Disponible: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/
19. Oppert J, Rolland-Cachera M. Prévalence, évolution dans le temps et conséquences économiques de l'obésité. médecine/sciences. 1998;14(8-9):934-994.
20. Association suisse pour l'étude du métabolisme et de l'obésité. Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II [En ligne]. 2006 [consulté le 15 novembre 2015]. Disponible: http://gito-ge.ch/wp-content/uploads/2015/02/consensus2_f.pdf
21. Schutz Y. Macronutrients and energy balance in obesity. Metabolism. 1995; 44(9 Suppl 3):7-11.
22. Direction de la santé et des affaires sociales. Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2011 [En ligne]. 2006 [consulté le 15 mars 2016]. Disponible: https://www.fr.ch/smc/files/pdf30/plan_cantonal_prevention_fr_f1.pdf
23. Lallouna T, Munoz G. Apport de l'ergonomie à la santé mentale du salarié au travail [En ligne]. [consulté le 28 mars 2016]. Disponible: <http://www.ummo.dz/IMG/pdf/Tillou.pdf>
24. Larousse. travail, travaux[En ligne]. Larousse [consulté le 28 mars 2016]. Disponible: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/travail_travaux/79284
25. Poggia F. Sociologie générale 2. Partie II : le travail [En ligne]. 2006 [consulté le 28 mars 2016]. Disponible: http://www.unifr.ch/socsem/cours/compte_rendu/partie%20II-%20travail.pdf

26. Fondation Eduki. Brève histoire économique [En ligne]. 2011 [consulté le 28 mars 2016]. Disponible: http://www.eduki.ch/fr/doc/Dossier_10_histo.pdf
27. Karnas G. Psychologie du travail. Presses Universitaires de France; 2011.
28. Baudry C. La valeur du travail depuis l'Antiquité. Le Monde [En ligne]. 2003, 5 mai [consulté le 28 mars 2016]. Disponible: http://www.lemonde.fr/economie/article/2003/05/21/la-valeur-du-travail-depuis-l-antiquite_320993_3234.html
29. Organisation internationale du travail. Origines et histoire [En ligne]. OIT; 1996-2016 [consulté le 28 mars 2016]. Disponible: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--fr/index.htm>
30. Organisation internationale du travail. Rapport sur le Travail dans le Monde 2014 : Un développement riche en emplois. Résumé [En ligne]. 2014 [consulté le 28 mars 2016]. Disponible: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_243963.pdf
31. Organisation internationale du travail. Mission et objectifs de l'OIT [En ligne]. OIT; 1996-2016 [consulté le 28 mars 2016]. Disponible: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/lang--fr/index.htm>
32. Organisation internationale du travail. Travail décent [En ligne]. OIT; 1996-2016 [consulté le 29 mars 2016]. Disponible: <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--fr/index.htm>
33. Forastieri V. Improving health in the workplace: ILO's framework for action [En ligne]. 2014 [consulté le 29 mars 2016]. Disponible: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_329366.pdf
34. Bureau international du travail. Principes techniques et éthiques de la surveillance de la santé des travailleurs: Principes directeurs [En ligne]. 1998 [consulté le 29 mars 2016]. Disponible: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_publ_9222108280_fr.pdf
35. Le Programme de santé au travail au siège de l'OMS. GOHNET. 2003; 5, Hors-série.
36. Bureau international du travail. Plan d'action (2010-2016) : pour parvenir à une large ratification et à une mise en œuvre effective des instruments relatifs à la sécurité et la santé au travail (convention no 155, son protocole de 2002 et convention no 187) [En ligne]. 2010 [consulté le 29 mars 2016]. Disponible: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/policy/wcms_125636.pdf
37. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Mission et vision [En ligne]. EU-OSHA; 2016 [consulté le 1 avril 2016]. Disponible: <http://osha.europa.eu/fr/about-eu-osha/what-we-do/mission-and-vision>

38. Commission européenne. Cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail (2014-2020) [En ligne]. [consulté le 1 avril 2016]. Disponible: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151&langId=fr>
39. Commission européenne. Priorités [En ligne]. [mis à jour le 7 avril 2014; consulté le 1 avril 2016]. Disponible: http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/priorities/index_fr.htm
40. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [En ligne]. 1986 [consulté le 29 mars 2016]. Disponible: http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Prevention/charte_Ottawa.pdf
41. Bureau international du travail. Guide du formateur SOLVE : Intégrer la promotion de la santé dans les politiques de sécurité et santé au travail [En ligne]. 2012 [consulté le 29 mars 2016]. Disponible: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_205084.pdf
42. Eichholzer E. Aperçu sur l'historique du droit du travail en Suisse. Rev Synd Suisse Organe Union Synd Suisse. 1957;7-8(49):197–212.
43. Centre de prestations conditions de travail. Commentaire de la loi sur le travail et des ordonnances 1 et 2 [En ligne]. Berne: SECO; 2012 [consulté le 31 mars 2016]. Disponible: <https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitsgesetz-und-Verordnungen.html>
44. Giorgio M-T. Organe de coordination de la loi sur le travail : CFST [En ligne]. Atousante; 2015 [consulté le 31 mars 2016]. Disponible: <http://www.atousante.ch/sante-au-travail/base-legales/securite-au-travail/organe-de-coordination-de-la-loi-sur-le-travail-cfst/>
45. Krieger R, Graf M, Vanis M. Ausgewählte Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 [En ligne]. 2012 [consulté le 4 janvier 2016]. Disponible: https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Studien_und_Berichte/arbeit-und-gesundheit-2012---ausgewaehlte-ergebnisse-der-schweiz.html
46. Boillat M-A, Danuser S, Guttormsen S, Jost M, Kuster M, Weiss S. Notes de médecine du travail [En ligne]. 2009 [consulté le 1 avril 2016]. Disponible: <http://www.suva.ch/fr/skript.pdf>
47. Office fédéral de la santé publique. Fiche Info : Promotion de la santé en entreprise [En ligne]. 2015 [consulté le 1 avril 2016]. Disponible: http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14638/14639/index.html?lang=fr&download=NHzLpZig7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z26gpJCLe39_e2ym162dpYbUzd,Gpd6emK2Oz9aGodetmqaN19XI2ldvoaCUZ,s-
48. Office fédéral de la santé publique. actionsanté - Make the healthy choice the easy choice [En ligne]. OFSP [consulté le 31 mars 2016]. Disponible: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/index.html?lang=fr

49. Promotion santé suisse. Label Friendly Work Space - Promotion Santé Suisse [En ligne]. Berne: PSS; 2016 [consulté le 31 mars 2016]. Disponible: <http://promotionsante.ch/economie/produits-et-services/label-friendly-work-space.html>
50. Eich B, Manike K. VitaLab – Promotion de la santé dans les petites entreprises : document de travail 7 [En ligne]. 2013 [consulté le 1 avril 2016]. Disponible : http://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/d-ueber-uns/5-downloads/Document_de_travail_007_PSCH_2013-06_-_VitaLab_-_Promotion_de_la_sante_dans_les_petites_entreprises.pdf
51. Marcacci A. Nouvelle impulsion pour la promotion de la santé en entreprise. Spectra [En ligne]. 2016, 20 janvier [consulté le 1 avril 2016]. Disponible: <http://www.spectra-online.ch/spectra/themes/nouvelle-impulsion-pour-la-promotion-de-la-sante-en-entreprise-480-10.html>
52. Office fédéral de la santé publique. Stratégie MNT - Prévenir les maladies non transmissibles [En ligne]. OFSP [mis à jour le 6 avril 2016; consulté le 1 juillet 2016]. Disponible: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=fr>
53. Hutchinson AD, Wilson C. Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promot Int.* 2012; 27(2):238–249.
54. Organisation internationale du travail. Régions et pays : Suisse [En ligne]. OIT; 1996-2016 [consulté le 1 avril 2016]. Disponible: <http://www.ilo.org/global/regions/lang--fr/index.htm>
55. Kahn-Marshall JL, Gallant MP. Making healthy behaviors the easy choice for employees a review of the literature on environmental and policy changes in worksite health promotion. *Health Educ Behav.* 2012; 39(6): 752–776.
56. Maes L, Van Cauwenberghe E, Van Lippevelde W, Spittaels H, De Pauw E, Oppert J-M, et al. Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2012; 22(5): 677–683.
57. Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC, Johnson DB, et al. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2009; 37(4): 340–357.
58. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Promotion de la santé au travail pour les employeurs [Brochure]. Belgique: EU-OSHA; 2010 [consulté le 1 avril 2016]. Disponible: <https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/factsheets/93>
59. Jalbert Y, Mongeau L. Prévenir l'obésité: un aperçu des programmes, plans d'action, stratégies et politiques sur l'alimentation et la nutrition [En ligne]. 2006 [consulté le 22 avril 2016]. Disponible: <http://bibvir1.uqac.ca/archivage/24909298.pdf>
60. Organisation mondiale de la santé. Maladies non transmissibles [En ligne]. OMS; 2013 [consulté le 23 avril 2016]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>

61. Swinburn BA, Caterson I, Seidell JC, James WPT. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition*. 2004; 7(1A): 123-146.
62. Organisation mondiale de la santé. Premier Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition: Région européenne de l'OMS 2000-2005 [En ligne]. 2001 [consulté le 23 avril 2016]. Disponible: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/120316/E74104.pdf
63. Organisation mondiale de la Santé. Deuxième Plan d'action européen pour l'alimentation et la nutrition 2007-2012 [En ligne]. 2008 [consulté le 23 avril 2016]. Disponible: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74407/E91309.pdf
64. Commission des communautés européennes. Stratégie européenne pour les problèmes de santé liées à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité [En ligne]. 2007 [consulté le 26 avril 2016]. Disponible: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_fr.pdf
65. Organisation mondiale de la santé -Bureau régional de l'Europe. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité [En ligne]. 2006 [consulté le 26 avril 2016]. Disponible: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87458/E89568.pdf
66. Organisation mondiale de la Santé - Bureau régional de l'Europe. Santé 2020: Un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être [En ligne]. 2013 [consulté le 26 avril 2016]. Disponible: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/215259/Health2020-Short-Fre.pdf
67. Organisation mondiale de la santé. Suisse [En ligne]. OMS; 2016 [consulté le 22 avril 2016]. Disponible: <http://www.who.int/countries/che/fr/>
68. Office fédéral de la santé publique. Programme national alimentation et activité physique: Rapport 2008-2012 [En ligne]. 2013 [consulté le 27 avril 2016]. Disponible: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13227/index.html?lang=fr
69. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles [En ligne]. 2010 [consulté le 27 avril 2016]. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44253/1/9789242597417_fre.pdf
70. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [En ligne]. 2013 [consulté le 27 avril 2016]. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf
71. Office fédéral de la santé publique, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles 2017-2024 [En ligne]. 2016 [consulté le 27 avril 2016]. Disponible: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=fr>

72. Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS, 832.112.31 (29 septembre 1995).
73. Academy of Nutrition and Dietetics. Evidence Analysis Library [En ligne]. 2014 [consulté le 9 Décembre 2014]. Disponible : <http://andevidencelibrary.com/topic.cfm?cat=1317&auth=1>
74. Academy of Nutrition and Dietetics. Evidence Analysis Manual: Steps in the Academy Evidence Analysis Process [En ligne]. 2012 [consulté le 20 avril 2016]. Disponible: https://www.andeal.org/files/Docs/2012_Jan_EA_Manual.pdf
75. Martineau S. L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion. *Recherches qualitatives*. 2007; 5:70-81 Hors-série.
76. Cochrane Suisse. Les revues systématiques (systematic reviews) [En ligne]. The Cochrane Collaboration; 2016 [consulté le 27 avril 2016]. Disponible: <http://swiss.cochrane.org/fr/les-revues-syst%C3%A9matiques-systematic-reviews>
77. Jensen JD. Can worksite nutritional interventions improve productivity and firm profitability? A literature review. *Perspect Public Health*. 2011; 131(4): 184–192.
78. Glanz K, Sorensen G, Farmer A. The health impact of worksite nutrition and cholesterol intervention programs. *Am J Health Promot*. 1996; 10(6): 453–470.
79. Ng MK, Yousuf B, Bigelow PL, Eerd DV. Effectiveness of health promotion programmes for truck drivers: A systematic review. *Health Educ J*. 2014; 74(3): 270-286.
80. Verweij LM, Coffeng J, van Mechelen W, Proper KI. Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behaviour interventions on weight outcomes. *Obes Rev*. 2011; 12(6): 406–429.
81. Engbers LH, van Poppel MNM, Chin A Paw MJM, van Mechelen W. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2005; 29(1): 61–70.
82. Ni Mhurchu C, Aston LM, Jebb SA. Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. *BMC Public Health*. 2010; 10: 62.
83. Sorensen G, Stoddard AM, Dubowitz T, Barbeau EM, Bigby J, Emmons KM, et al. The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: results of the healthy directions studies. *Am J Public Health*. 2007; 97(7): 1216–1227.
84. Emmons KM, Linnan LA, Shadel WG, Marcus B, Abrams DB. The Working Healthy Project: a worksite health-promotion trial targeting physical activity, diet, and smoking. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. 1999; 41(7): 545–555.
85. De Bourdeaudhuij I, Stevens V, Vandelanotte C, Brug J. Evaluation of an interactive computer-tailored nutrition intervention in a real-life setting. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. 2007; 33(1): 39–48.

86. Braeckman L, Bacquer DD, Maes L, Backer GD. Effects of a low-intensity worksite-based nutrition intervention. *Occup Med.* 1999; 49(8): 549–555.
87. Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg A, Merrill RM, Ohmine S. The effects of a worksite chronic disease prevention program. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med.* 2005; 47(6): 558–564.
88. Drummond S, Kirk T. The effect of different types of dietary advice on body composition in a group of Scottish men. *J Hum Nutr Diet.* 1998; 11: 473–485.
89. Grandjean PW, Oden GL, Crouse SF, Brown JA, Green JS. Lipid and lipoprotein changes in women following 6 months of exercise training in a worksite fitness program. *J Sports Med Phys Fit.* 1996; 36(1): 54–59.
90. Juneau M, Rogers F, De Santso V, Yee M, Evans A, Bohn A, et al. Effectiveness of self-monitored, home-based, moderate intensity exercise training in middle-aged men and women. *Am J Cardiol.* 1987; 60(1): 66–77.
91. Muto T, Yamauchi K. Evaluation of a multicomponent workplace health promotion program conducted in Japan for improving employees' cardiovascular disease risk factors. *Prev Med.* 2001; 33(6): 571–577.
92. Okayama A, Chiba N, Ueshima H. Non-pharmacological intervention study of hypercholesterolemia among middle-aged people. *Env Health Prev Med.* 2004; 9(4): 165–169.
93. Crouch M, Sallis JF, Farquhar JW, Haskell WL, Ellsworth NM, King AV, et al. Personal and mediated health counseling for sustained dietary reduction of hypercholesterolemia. *Prev Med.* 1986; 15: 282–291.
94. Gerdle B, Brulin C, Elert J, Eliasson P, Granlund B. Effect of a general fitness program on musculoskeletal symptoms, clinical status, physiological capacity, and perceived work environment among home care service personnel. *J Occup Rehabil.* 1995; 5(3): 1–16.
95. Nisbeth O, Klausen K, Andersen LB. Effectiveness of counseling over 1 year on changes in lifestyle and coronary heart disease risk factors. *Patient Educ Couns.* 2000; 40(2): 121–131.
96. Pritchard JE, Nowson CA, Billington T, Wark JD. Benefits of a year-long workplace weight loss program on cardiovascular risk factors. *Nutr Diet* 2002. 2002; 59(2): 87–96.
97. Fukahori M, Aono H, Saito I, Ikebe T, Ozawa H. Program of exercise training as Total Health Promotion Plan and its evaluation. *J Occup Health.* 1999; 41(2): 76–82.
98. Proper KI, Hildebrandt VH, Van der Beek AJ, Twisk JWR, Van Mechelen W. Effect of individual counseling on physical activity fitness and health: a randomized controlled trial in a workplace setting. *Am J Prev Med.* 2003; 24(3):218–226.

99. Nilsson PM, Klasson EB, Nyberg P. Life-style intervention at the worksite—reduction of cardiovascular risk factors in a randomized study. *Scand J Work Env Health*. 2001; 27(1): 57–62.
100. Oshaug A, Bjonnes CH, Bugge KH, Loken BE. Nutrition promotion and dietary change at off-shore oil installations in the Norwegian sector of the North Sea. *Eur J Clin Nutr*. 1995; 49: 883–896.
101. Naito M, Nakayama T, Miura K, Yanagita M, Fujieda Y, Kinoshita F, et al. Effect of a 4-year workplace-based physical activity intervention program on the blood lipid profiles of participating employees: the high-risk and population strategy for occupational health promotion (HIPOP-OHP) study. *Atherosclerosis*. 2008; 197(2): 784–790.
102. Peterson G, Abrams DB, Elder JP, Beaudin PA. Professional versus self-help weight loss at the worksite: the challenge of making a public health impact. *Behav Ther*. 1985;16(A2):213–222.
103. Brownell KD, Stunkard AJ, McKeon PE. Weight reduction at the work site: a promise partially fulfilled. *Am J Psychiatry*. 1985;142:47–52.
104. Fässler S, Otterli M. Evaluation des effets des interventions: guide pour le domaine du poids corporel sain [En ligne]. 2015 [consulté le 25 juin 2016]. Disponible: https://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/d-ueber-uns/5-downloads/Document_de_travail_031_PSCH_2015-01_-_Guide_evaluation_des_effets_des_interventions_pour_le_domaine_du_poids_corporel_sain.pdf
105. Spencer B, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Ackermann G, Spoerri A, Cloetta B. Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promot Int*. 2008; 23(1): 86–97.
106. Robert E, Ridde V. L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mes Éval En Éducation*. 2013; 36(3): 79–108.
107. Bertschinger C, Merz Wagenaar C. Initiative de promotion de la gestion de la santé dans les administrations publiques [En ligne]. 2013 [consulté le 22 juin 2016]. Disponible: https://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/d-ueber-uns/5-downloads/Document_de_travail_011_PSCH_2013-11_-_Gestion_de_la_sante_dans_les_administrations_publicques.pdf
108. Jackson N, Waters E, Guidelines for Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions Taskforce. The challenges of systematically reviewing public health interventions. *J Public Health Oxf Engl*. 2004; 26(3): 303–307.
109. Armstrong R, Waters E. Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions. Version 2 [En ligne]. 2007 [consulté le 22 juin 2016]. Disponible: <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/obesity/obesity.pdf>

110. Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*. 2011; 11: 395.
111. Power R, French R, Connelly J, George S, Hawes D, Hinton T, et al. Health, health promotion, and homelessness. *BMJ*. 1999; 318(7183): 590–592.
112. Muller M, Mairiaux P. Promotion de la santé en milieu de travail : modèles et pratiques. *Santé Publique* 2008;20:161–169 Hors-série.
113. Lemmens VEPP, Oenema A, Klepp KI, Henriksen HB, Brug J. A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2008;9(5):446–455.
114. Green LW, Sim L, Breiner H, Effort C on EP of OP, Board F and N, Medicine I of. Indicators for the Evaluation Plans [En ligne]. National Academies of Sciences; 2013 [consulté le 23 juin 2016]. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202508/>
115. Rongen A, Robroek SJW, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace Health Promotion: A Meta-Analysis of Effectiveness. *Am J Prev Med*. 2013;44(4):406–415.
116. Organisation mondial de la santé. Utilisation et interprétation de l'anthropométrie [En ligne]. 1995 [consulté le 25 juin 2016]. Disponible: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status_fr/en/
117. Herrmann François. Statistiqueemnt significatif: bénéfique pour le patient? *Rev Med Suisse*. 2015;11:308–309.
118. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Paris: Inserm; 2014.
119. Lemmens VEPP, Oenema A, Klepp KI, Henriksen HB, Brug J. A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. *Obes Rev*. 2008;9(5):446–455.
120. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. 2015;187(3):184–195.
121. Gill T, King L, Webb K. Best options for promoting healthy weight and preventing weight gain in NSW [En ligne]. 2015 [consulté le 30 juin 2016]. Disponible: http://sydney.edu.au/science/molecular_bioscience/cphn/pdfs/healthy_weight_report.pdf
122. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Obésité: Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge [En ligne]. 2006 [consulté le 30 juin 2016]. Disponible: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/66>
123. Brand T, Pischke CR, Steenbock B, Schoenbach J, Poettgen S, Samkange-Zeeb F, et al. What works in community-based interventions promoting physical activity and healthy eating? A review of reviews. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:5866–5888.

124. Crosby RA, Kegler MC, DiClemente RJ. Understanding and applying theory in health promotion practice and research. In: DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler MC, editors. *Emerging theories in health promotion practice and research: strategies for improving public health* [En ligne]. 2002 [consulté le 16 juillet 2016]. Disponible: <http://fr.slideshare.net/ntajaddini/emerging-theories-in-health-promotion-practice-and-research-strategies-for-improving-public-health>
125. O'Neill M. Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? *Soz-Präventivmedizin Social Prev Med*. 2003;48(5):317–326.
126. Wandersman A, Duffy J, Flaspohler P, Noonan R, Lubell K, Stillman L, et al. Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *Am J Community Psychol*. 2008;41(3-4):171–181.
127. Dooris M. Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promot Int*. 2006;21(1):55–65.
128. Verhagen AP, C.W. de Vet HCW, Boers M, A van den Brandt P, De bie Robert A. The art of quality assessment of RCTs included in systematic reviews. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(7):651–654.
129. Ryan R, Hill S, Prictor M, Mckenzie J. Study quality guide [En ligne]. 2013 [consulté le 27 juin 2016]. Disponible: https://cccr.org/sites/cccr.org/files/uploads/StudyQualityGuide_May%202013.pdf
130. Victora CG, Habicht J-P, Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials. *Am J Public Health*. 2004;94(3):400–405.
131. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(2):119–127.
132. Shelton JD. Evidence-based public health: not only whether it works, but how it can be made to work practicably at scale. *Glob Health Sci Pract*. 2014;2(3):253–258.
133. Speller V, Wimbush E, Morgan A. Evidence-based health promotion practice: how to make it work. *Promot Educ*. 2005;12(1 suppl):15–20.
134. McQueen DV. Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promot Int*. 2001;16(3):261–268.
135. Flaspohler P, Duffy J, Wandersman A, Stillman L, Maras MA. Unpacking prevention capacity: an intersection of research-to-practice models and community-centered models. *Am J Community Psychol*. 2008;41(3-4):182–196.
136. Svoronos T, Mate K. Evaluating large-scale health programmes at a district level in resource-limited countries. *Bull World Health Organ*. 2011;89(11):831–837.
137. Blaise PJ. Chapitre 2 : L'évaluation réaliste : une méthodologie appropriée pour étudier l'introduction du management de la qualité dans les systèmes de santé [Thèse en

ligne]. Bruxelles: Université de Bruxelles; 2005 [consulté le 9 juillet 2016]. Disponible: <https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/211123/1/47ad420d-815c-4f6a-bc80-89d314ce051a.txt>.

138. Cheng HG, Phillips MR. Secondary analysis of existing data: opportunities and implementation. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2014 Dec;26(6):371–5.

139. European Food Information Council. Motiver le changement des comportements [En ligne]. EUFIC; 2014 [consulté le 9 juillet 2016]. Disponible: <http://www.eufic.org/article/fr/expid/Motiver-le-changement-des-comportements/>

140. Academy of nutrition and dietetics. Practice paper of the Academy of nutrition and dietetics : The role of nutrition in health promotion and chronic disease prevention [En ligne]. 2013 [consulté le 16 juillet 2016]. Disponible: <http://www.eatrightpro.org/~media/eatrightpro%20files/practice/position%20and%20practice%20papers/practice%20papers/hpdp%20practice%20paper.ashx>

141. Ketele J-MD, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations: Fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Bruxelles-Paris: De Boeck Université; 2009.

142. Haute autorité de santé. Recommandations pour la pratique clinique: La consultation diététique réalisée par un diététicien [En ligne]. 2006 [consulté le 9 juillet 2016]. Disponible: http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/recommandations/consultation_dietetique_recos.pdf

13 Annexe 1

13.1 Grille d'analyse de la qualité de revue

Figure 9 : Grille d'analyse de la qualité de revue de l'Academy of Nutrition and Dietetics (AND)



**Liste à cocher des critères de qualité: Revue de littérature (Review)–
Academy of Nutrition and Dietetics (traduction française)**

Symboles utilisés	Explication
+	Positif – Indique que l'article a abordé clairement les questions d'inclusion/exclusion, les biais, la généralisabilité, la récolte et l'analyse des données
--	Négatif - Indique que ces questions n'ont pas été abordées de manière adéquate
∅	Neutre - Indique que l'article n'est ni exceptionnellement convaincant ni exceptionnellement faible

Questions de pertinence	
1. Est-ce que la réponse, en admettant qu'elle soit vraie, aura une portée directe pour la santé des patients ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
2. Est-ce que la variable dépendante (outcome) ou le thème importe aux patients/clients/ groupe de population ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
3. Est-ce que le problème abordé dans la revue est pertinent dans le domaine de la pratique diététique ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
4. Est-ce que l'information, en admettant qu'elle soit vraie, requerra un changement de pratique ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
<i>Si les réponses à toutes les questions de pertinence ci-dessus sont « Oui », l'article est admissible pour être caractérisé d'un symbole plus (+) sur la grille d'analyse, en fonction des réponses aux questions de validité suivantes.</i>	
Questions de validité	
1. La question pour la revue de littérature était-elle clairement ciblée et appropriée?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
2. La stratégie de recherche utilisée pour trouver les études pertinentes était-elle complète ? Est-ce que les bases de données examinées et les termes de recherche utilisés étaient décrits ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
3. Les méthodes utilisées pour sélectionner les études à inclure dans la revue étaient-elles explicites? Est-ce que les critères d'inclusion/exclusion étaient précisés et appropriés ? Les méthodes de sélection étaient-elles exemptes de biais ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
4. Y avait-il une évaluation de la qualité et de la validité des études incluses dans la revue ? Est-ce que les méthodes d'évaluation étaient spécifiées, appropriées et reproductibles ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
5. Est-ce que les traitements/interventions/expositions spécifiques étaient décrits ? Les traitements étaient-ils suffisamment similaires pour être combinés?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
6. Est-ce que les variables de résultat considérées étaient clairement explicitées ? Est-ce que d'autres préjudices et avantages potentiels étaient considérés ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A

7. Les processus d'extraction de données, de synthèse et d'analyse étaient-ils décrits? Étaient-ils appliqués systématiquement pour toutes les études et tous les groupes? Y avait-il une utilisation appropriée de synthèse qualitative et/ou quantitative? La variation des résultats entre les études était-elle analysée? Est-ce que les problèmes d'hétérogénéité ont été considérés? Si les données des études étaient agrégées pour une méta-analyse, la procédure était-elle décrite?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
8. Est-ce que les résultats sont clairement présentés en termes narratifs et/ou quantitatifs? Si des statistiques de résumé sont utilisées, est-ce que les niveaux de significativité ou les intervalles de confiance sont inclus?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
9. Est-ce que les conclusions sont étayées par les résultats et prennent en compte les biais et les limites? Est-ce que les faiblesses de la revue sont identifiées et discutées?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
10. Est-ce qu'un biais dû au financement ou au sponsoring de l'étude était peu probable?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> peu de précisions <input type="radio"/> N/A
MINUS/NEGATIF (-) <i>Si la plupart (6 ou plus) des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Non », la revue devrait être caractérisée par un symbole moins (-) sur la grille d'analyse.</i>	
NEUTRE (⊘) <i>Si la réponse à l'une des quatre premières questions de validité (1-4) est « non », mais que d'autres critères indiquent des points forts, la revue devrait être désignée par un symbole neutre (⊘) sur la grille d'analyse.</i>	
PLUS/POSITIF (+) <i>Si la majorité des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « oui » (y compris les critères 1, 2, 3 et 4), le papier devrait être caractérisé d'un symbole plus (+) sur la grille d'analyse.</i>	

Source: Academy of Nutrition and Dietetics. Evidence Analysis Library [En ligne]. 2014 [consulté le 29 août 2014]. Disponible : <http://andevidencelibrary.com/topic.cfm?cat=1317&auth=1>

14 Annexe 2

14.1 Résultats de l'analyse de la qualité

Table 19 : Résultats de l'analyse de la qualité des revues selon la grille d'analyse AND

Questions d'analyse/ Revue sélectionnée	Questions de pertinence				Questions de validité										Qualité
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
Kahn-Marshall JL.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	PP	OUI	OUI	PP	OUI	OUI	OUI	OUI	Neutre
Hutchinson AD.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	PP	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	PP	Neutre
Engbers LH.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	PP	Positive
Ni Mhurchu C.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Positive
Anderson LM.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	PP	OUI	Neutre						
Verweij LM.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Positive
Jensen JD.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	PP	NON	OUI	OUI	PP	OUI	NON	PP	Neutre
Maes L.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	PP	PP	OUI	Neutre						
Ng MK.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Positive
Glanz K.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	PP	PP	PP	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	Neutre

15 Annexe 3

15.1 Protocole du travail de Bachelor

Prévention de l'obésité sur les lieux de travail

Protocole de travail de Bachelor

Décembre 2015

Graells Madison et Vianin Mégane

Directrice de TBSc : Bucher Della Torre Sophie

Table des matières

1	Introduction	IV
1.1	L'obésité	IV
1.1.1	Définition	IV
1.1.2	Prévalence	V
1.1.3	Etiologie	V
1.1.4	Conséquences	VI
1.2	Promotion de la santé et prévention	VI
1.2.1	Prévention de l'obésité	VII
1.2.2	Prévention de l'obésité au niveau national	VIII
1.3	Promotion de la santé en entreprise	IX
1.3.1	En suisse	IX
1.3.2	Prévention de l'obésité sur le lieu de travail	IX
1.3.3	Accès à la population	IX
1.3.4	Bénéfices de la prévention en entreprise	X
1.3.5	Risques de la prévention en entreprise	X
2	Contexte	XI
2.1	Choix du thème	XI
2.2	Contexte du projet	XI
3	But et objectifs	XIII
3.1	But	XIII
3.2	Objectifs du travail de Bachelor	XIII
4	Question de recherche	XIV
4.1	Première étape	XIV
4.2	Deuxième étape	XIV
4.3	Troisième étape	XIV
5	Méthodologie	XV
5.1	Stratégie de recherche documentaire	XV
5.2	Sélection des revues	XVII
5.3	Critère d'inclusion et d'exclusion	XVIII
5.3.1	Type d'études	XVIII
5.3.2	Population	XIX
5.3.3	Intervention	XIX
5.3.4	Outcome	XIX
5.4	Evaluation de la qualité des études	XIX
5.5	Extraction et analyse des données	XIX
5.6	Enquête qualitative exploratoire	XX
6	Ethique	XXII
7	Calendrier	XXIII
8	Budget et ressources	XXIV
9	Perspectives	XXV
10	Bibliographie	XXVI

Résumé

L'obésité est une maladie chronique non transmissible et une problématique majeure de santé publique dans nos pays. Sa prévalence a augmenté de façon importante au cours des dernières décennies, on parle d'ailleurs « d'épidémie d'obésité ». Les conséquences de l'obésité peuvent être biologiques, psychologiques et sociales pour les individus, ainsi que financières pour la société. Dans ce contexte, de nombreuses stratégies de prévention ont émergé et peuvent être mises en place à différents niveaux. Le lieu de travail est l'un des environnements préconisés pour la prévention de l'obésité (1). En effet, il permet d'atteindre la majorité de la population active et issue de différents milieux. Les programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail peuvent avoir des bénéfices sur la santé des employés et des employeurs et leur mise en place peut être motivée par les conséquences positives qu'ils pourraient avoir au niveau financier (2).

En tant que futures diététiciennes, nous avons été sensibilisées à la problématique des maladies chroniques non transmissibles et plus particulièrement à l'obésité. Notre formation met également en avant les avantages que peut avoir la promotion de la santé et la prévention, d'où notre intérêt pour le thème de la prévention de l'obésité sur le lieu de travail. Le but de notre travail est d'analyser l'impact des programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail. Trois étapes sont prévues et permettront d'émettre des recommandations : 1) Effectuer une revue des revues sur l'impact de ces programmes, 2) identifier les composantes influençant le succès de ces programmes et leur faisabilité pratique, 3) mener trois entretiens semi-dirigés. Pour ce faire, nous avons posé trois questions :

- 1) Les programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail permettent-ils de prévenir l'obésité et d'améliorer les comportements et les connaissances en lien ?
- 2) Quelles sont les composantes influençant le succès des programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail ?
- 3) Quelle est l'opinion d'un échantillon d'acteur-trice-s de la santé au travail au sujet des programmes de prévention de l'obésité ?

Sur la base de ces questions, nous effectuerons une revue de littérature en utilisant les bases de données Pubmed et Cinhal à l'aide des quatre concepts suivants : « Programme de prévention », « Poids corporel, maladie chronique », « Lieu de travail » et « Comportement, connaissances, style de vie ». Les résultats de cette revue seront extraits et analysés à l'aide de tables descriptives et d'une grille d'analyse de la qualité. Suite à cela, nous mènerons une enquête qualitative exploratoire sous forme d'interviews semi-structurés afin de vérifier la faisabilité pratique des différentes composantes des programmes de prévention et rédigerons, pour terminer, des recommandations pratiques pour la mise en place de programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail.

Notre travail s'inscrit dans le cadre de la stratégie du Conseil fédéral « Santé 2020 », qui encourage la prévention des maladies chroniques non transmissibles, notamment sur le lieu de travail. Il permettra, dans l'idéal, de développer un outil utile à la mise en place de programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail, à savoir nos recommandations pratiques.

1 Introduction

En 2002, 60% de décès dans le monde étaient liés aux maladies non transmissibles (3). Un des 6 facteurs de risques de ces pathologies est l'obésité (4). L'obésité fait partie des problèmes majeurs de santé publique (3).

Dans ce cadre, de nombreux programmes de prévention ont émergé. Tant au niveau international avec la « Stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » mise en place par l'OMS, qu'au niveau national, citons pour exemple le « Programme National alimentation et activité physique (PNAAP) » élaboré suite à une décision de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (3,5).

Les programmes de prévention sont appliqués dans des cadres de vie divers (6). En Suisse, la priorité en terme de promotion de la santé vise les lieux tels que les écoles, les communes ainsi que les entreprises (6). Cependant, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) admet qu'une des faiblesse principale du système de santé est un investissement trop faible concernant la prévention et le dépistage des maladies (7).

Dans ce travail, nous analyserons les programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail grâce à une revue des revues de littérature avec pour but final la création de recommandations. De plus, afin de nous assurer que ces recommandations soient applicables en pratique, nous réaliserons une étude qualitative exploratoire auprès de trois entreprises ayant mis en place un programme de prévention de l'obésité.

1.1 L'obésité

1.1.1 Définition

Selon l'OMS, « le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » (8).

La mesure de la composition corporelle d'un individu permet de définir l'obésité. Le pourcentage de masse grasse représente en moyenne 10 à 15% du poids corporel total chez l'homme et 20 à 25% chez la femme (9). Des outils valides et fiables permettent de le mesurer (« mesure de densité corporelle, évaluation par absorptiométrie, tomodynamométrie, résonance magnétique ») (9). Trop coûteux pour une utilisation courante, l'obésité est en pratique définie par le calcul de l'indice de masse corporelle (9). L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m^2 (8). L'obésité est définie comme un IMC égal ou supérieur à 30 et peut être perçu comme une « forme sévère de surpoids » (8,10).

Tableau 1: Classification selon l'IMC (11,12)

IMC (kg/m^2)	Classification de l'OMS	Dénomination usuelle
18.50 – 24.99	Normes	Poids « souhaitable »
25.00 – 29.99	Excès de poids grade I	Surpoids
30.00 – 39.99	Excès de poids grade II	Obésité
≥ 40.00	Excès de poids grade III	Obésité massive

L'IMC est un bon indicateur de l'état de santé au sein de la population générale et est utilisé au niveau international (10). Cependant, cela ne donne qu'une indication approximative, en effet, d'autres facteurs (masse musculaire, tour de taille, etc.) jouent également un rôle (8). Pour définir l'obésité au niveau individuel, l'IMC doit donc être systématiquement associé à un examen clinique (8).

En plus de son excès, la répartition de la masse grasse joue aussi un rôle prédominant dans les risques en lien avec l'obésité (9).

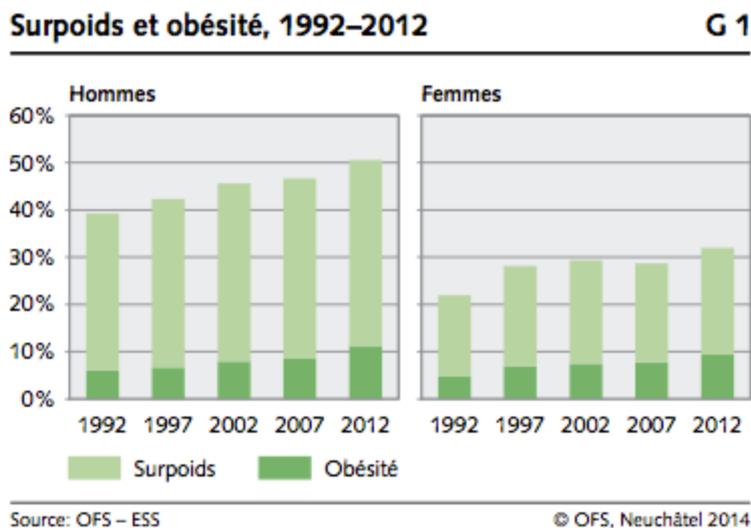
1.1.2 Prévalence

En 2008, on estime à 63% le nombre de décès par an soit 23 millions dans le monde liés aux maladies non transmissibles (4). Si aucun changement ne s'opère, l'OMS relève que le nombre de décès dû à des maladies non transmissibles en 2030 atteindrait 55 millions (4).

En 2014, environ 13% de la population adulte mondiale étaient obèses (8). Entre 1980 et 2014, « la prévalence de l'obésité a plus que doublé au niveau mondial » (8). En Europe, le surpoids et l'obésité touche plus de la moitié de la population adulte (5). Dès 1990, on parle alors d'une épidémie d'obésité dans les pays développés (9).

L'enquête suisse sur la santé 2012 révèle que « près d'une personne sur trois de 15 ans et plus était en surpoids et une sur dix était obèse » (10). Malgré qu'une stabilisation de personnes en surpoids et obèses avait été observée entre 2002 et 2007, la hausse régulière de personnes obèses depuis les années 1992 a multiplié par deux la prévalence (5,4% en 1992 contre 10,3% en 2012) (10).

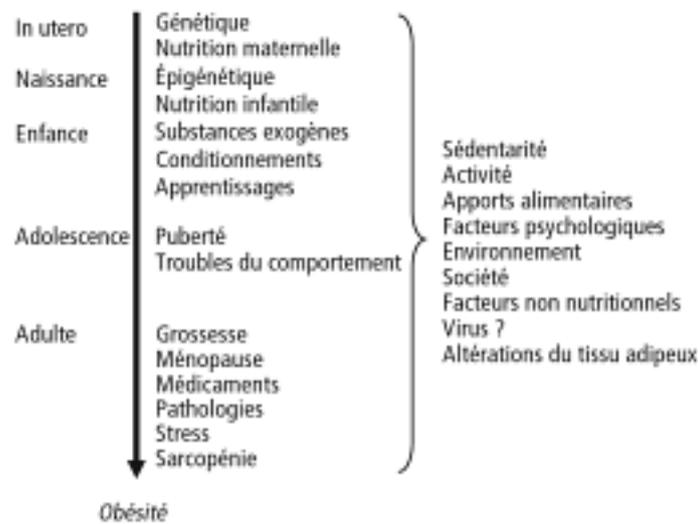
Figure 1: Prévalence du surpoids et de l'obésité en Suisse



1.1.3 Etiologie

Les causes de l'obésité sont multifactorielles. La figure ci-dessous résume les principaux déterminants de l'obésité. Ces derniers peuvent être d'ordres génétiques, biologiques, comportementaux et environnementaux (9).

Figure 2: Facteurs impliqués dans le développement de l'obésité au fil du temps (9)



1.1.4 Conséquences

L'obésité est considérée comme une « maladie chronique évolutive » (9). Une des résultantes de l'obésité est le développement d'une maladie inflammatoire du tissu adipeux. Ceci engendre plusieurs conséquences cliniques et l'instauration progressive d'une résistance aux thérapies visant une perte de poids (13). De plus, l'obésité est un facteur de risque de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète ou encore certains types de cancer (14). Outre les conséquences somatiques, l'obésité entraîne des problèmes psychologiques et sociaux (13).

L'obésité est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité (1). Cette pathologie a des répercussions financières importantes sur le système de santé. Selon le sixième rapport sur la nutrition en Suisse de 2012, « les coûts liés à la surcharge pondérale et à l'obésité [...] ont plus que doublé ces cinq dernières années et s'élèvent actuellement à plus de 5,8 milliards de francs par année » (14).

L'épidémie d'obésité constitue un enjeu important de santé publique d'où l'importance de développer des programmes de prévention efficaces (15).

1.2 Promotion de la santé et prévention

La santé publique est définie comme « l'art et la science de prévenir les maladies, promouvoir la santé et prolonger la vie par un effort organisé de la société » (6). Cette définition de la santé publique inclut deux notions essentielles : la promotion de la santé et la prévention de maladie.

La promotion de la santé comprend « l'ensemble des interventions qui contribuent à améliorer la santé de la population » (6). Quant à la prévention, elle a pour but « la protection de la santé, la prévention des maladies et leur dépistage précoce » (6). La promotion de la santé et la prévention des maladies sont complémentaires et ciblent un « setting » prédéfini (6). Le setting correspond à « un système social délimité que l'on analyse et définit pour les besoins d'une intervention » (16).

La prévention cible son action soit au niveau individuel soit au niveau environnemental ; on parle alors respectivement de prévention individuelle et de prévention structurelle. La prévention individuelle engendre un impact direct sur la personne. Pour cela, on transmet informations et conseils afin d'améliorer les connaissances et de modifier les croyances (6). La prévention structurelle permet quant à elle d'influencer indirectement les individus en agissant sur leur environnement. L'environnement comprend les domaines sociaux (école, entreprise, foyer, etc.), sociopolitiques, économiques mais aussi le cadre légal et réglementaire (6). Ces deux types de prévention ont un lien étroit. Pour cette raison, la combinaison des deux se révèle être une stratégie avantageuse (6).

Différents types de prévention existent selon la période de leur application (6) :

La prévention primaire cherche à éviter les maladies ; elle intervient souvent précocement dans la vie des personnes. C'est une stratégie à long terme.

La prévention secondaire vise l'identification précoce des risques ou des maladies. Les pathologies identifiées sont ensuite prises en charge pour un diagnostic et un traitement précoces.

La prévention tertiaire vise à améliorer le pronostic, en minimisant les séquelles et en diminuant les risques de rechutes (6).

Il existe deux stratégies préventives : la stratégie dite « de population » et la stratégie dite « des hauts risques » (6). La première cible toute la population qu'elle soit à haut risque ou non de développer la maladie. La seconde ne vise que les individus à haut risque (6). Chacune d'entre elles a des avantages et inconvénients, l'analyse de la situation permettra de sélectionner la plus adaptée (6).

1.2.1 Prévention de l'obésité

Dans le cadre de la prévention de l'obésité, il est possible d'appliquer soit une stratégie préventive dite « de population » soit une stratégie dite « des hauts risques ». Quoiqu'il en soit, chaque stratégie doit viser un des deux objectifs majeurs :

- prévention de l'augmentation du poids,
- promotion du maintien du poids (1).

Pour ce faire, il est possible d'agir sur l'environnement et le milieu social. Et cela à plusieurs niveaux :

- 1) Population (autorité publique)
- 2) Industrie alimentaire
- 3) Lieu de travail
- 4) Publicité
- 5) Institutions de santé
- 6) Système éducatifs
- 7) Individuel (1).

1.2.2 Prévention de l'obésité au niveau national

En Suisse, une politique nationale de la nutrition a vu le jour sur la base de recommandations internationales, européennes ainsi que nationales (5). Ainsi, suite à un mandat du conseil fédéral, le PNAAP 2008-2012 est élaboré notamment en collaboration avec plusieurs acteurs de santé publique en Suisse. Ces derniers OFSP, l'Office fédéral du sport (OFSP) et Promotion santé suisse (PSS) (5). Cette figure tirée du rapport de 2008-2011, résume les objectifs généraux et spécifiques du PNAAP 2008-2012 :

Figure 3 : Aperçu des objectifs et des projets/tâches des partenaires du PNNAP (17)

Objectif	Projets / Tâches	Responsabilité
Assurer la coordination nationale	Système de monitoring alimentation et activité physique (MOSEB)	OFSP
Promouvoir une alimentation équilibrée	Stratégie sel, actionsanté, Standards de qualité pour une restauration collective promouvant la santé	OFSP
Promouvoir l'activité physique et le sport	Jeunesse et Sport, Sport des adultes, actionsanté, Intervention multisectorielle pour promouvoir l'activité physique au quotidien	OFSP / cantons activité physique quotidienne : OFSP
Réaliser des modèles intégrés de promotion d'un poids corporel sain	Programmes d'action cantonaux (PAC)	Promotion Santé Suisse / cantons
Optimiser le conseil et la thérapie	Soutien aux médecins de premiers recours dans l'approche des patients en surpoids ou souffrant d'obésité	OFSP / cantons

Le PNAAP 2008-2012 a été prolongé de 4 ans suite à une décision du conseil fédéral dans le but de poursuivre les efforts déjà entrepris (5). En effet, en 2011, le rapport du PNAAP permet de mettre en évidence que malgré les résultats positifs obtenus (« l'initiative actionsanté, l'élaboration d'un cadre stratégique en faveur d'une offre alimentaire saine, la collaboration multisectorielle ou encore les programmes d'action cantonaux »), une prolongation est nécessaire pour ancrer à long terme les mesures déjà entreprises (17).

Au niveau financier, selon le sixième rapport sur la nutrition en Suisse de 2012, « dans notre pays, seuls 2,3 % de toutes les dépenses de santé sont affectées à la promotion de la santé

et à la prévention – la moyenne de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) se situant à 3,1 % » (9).

1.3 Promotion de la santé en entreprise

« La promotion de la santé en entreprise est une stratégie moderne qui vise à prévenir les maladies sur le lieu de travail (y c. les maladies liées au travail, les accidents, les maladies professionnelles et le stress), à renforcer le potentiel de santé des collaborateurs et à améliorer leur bien-être (18). »

1.3.1 En suisse

La promotion de la santé en entreprise s'inscrit dans le cadre de la stratégie « santé 2020 » (7) et du PNAAP 2008-2012 (17), qui préconisent tous deux une amélioration du dépistage et de la prévention des maladies chroniques, notamment sur le lieu de travail. De plus, la protection de la santé fait partie de la responsabilité sociétale des entreprises. La responsabilité sociétale désigne la responsabilité des entreprises quant aux effets de leurs activités sur l'environnement et la société (19).

Dans ce contexte, l'OFSP, la SUVA, PSS et le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) encouragent le développement de nouvelles approches en matière de promotion de la santé en entreprise (18).

1.3.2 Prévention de l'obésité sur le lieu de travail

L'obésité étant un problème de santé publique majeur, la mise en place de programmes de prévention est une priorité (20).

La prévention peut s'adresser à la population en général ou à des sous-groupes à risque et il est possible d'intervenir à plusieurs niveaux, dont le lieu de travail (1). Cela peut être une option intéressante car elle procure un accès à la population active et peut générer des bénéfices pour les employeurs et pour les employés.

1.3.3 Accès à la population

Le lieu de travail permet d'atteindre une part importante de la population adulte, issue de différents milieux, cultures ou classes sociales (2). De plus, le lieu de travail est un environnement entraînant une sédentarité pour la plupart de la population (21) et une part non négligeable des apports alimentaires y sont consommés (22).

Il s'agit donc d'un lieu idéal pour promouvoir l'alimentation équilibrée et l'activité physique, c'est-à-dire les deux axes principaux sur lesquels agir afin de prévenir l'obésité et le surpoids (17). L'utilisation des réseaux existants (23) et la possibilité d'agir au niveau environnemental (24) peuvent faciliter et améliorer les interventions.

1.3.4 Bénéfices de la prévention en entreprise

Dans le cadre du travail, l'obésité a été associée à une diminution de la productivité, une augmentation de l'absentéisme, une augmentation du risque de blessures au travail et une augmentation des coûts médicaux (24,25).

Aux Etats-Unis, les employeurs payent plus d'un tiers des frais médicaux de leurs employés. La mise en place de programmes de prévention peut donc être motivée par l'impact positif qu'ils pourraient avoir sur les frais médicaux des employés (26).

En Europe, les coûts liés à l'obésité pour les employeurs sont moindres, grâce aux différences en matière de système d'assurance. D'autres avantages peuvent tout de même inciter les employeurs à mettre en place des programmes de prévention de l'obésité, comme la diminution de l'absentéisme et l'amélioration de la productivité. Les bénéfices psychiques et physiques pour les employés peuvent également être une motivation pour les employeurs, de part leurs répercussions positives sur la performance des employés (2).

Pour terminer, les employés bénéficiant de programmes de préventions de l'obésité pourraient améliorer leurs habitudes de vie et transmettre les connaissances acquises à leurs familles (27).

1.3.5 Risques de la prévention en entreprise

Certains aspects négatifs peuvent apparaître en lien avec la prévention de l'obésité sur le lieu de travail. La stigmatisation, les contraintes liées à la mise en place des programmes et l'apparition de conflits d'intérêt peuvent en faire partie (23). Il est donc important de les prendre en compte afin d'éviter d'éventuelles conséquences négatives de ces programmes.

2 Contexte

2.1 Choix du thème

Tout au long de notre formation, nous avons été informées et sensibilisées au sujet des maladies chroniques notamment de l'obésité et au sujet de la prévention. Dans ce contexte, en tant que futures professionnelles de la diététique, le travail proposé concernant la prévention de l'obésité sur le lieu de travail nous a attiré.

Suite à nos premières recherches de littérature, nous avons remarqué qu'il existe un nombre important de programme de prévention au niveau international. Ce constat a suscité, chez nous, une vive interrogation : « Quel est l'impact des programmes de prévention de l'obésité sur les lieux de travail ? ». Une revue de littérature permettra de répondre à cette question. Il nous semble intéressant d'évaluer cet impact tant au niveau de la santé qu'au niveau des comportements et des connaissances de la population adulte. Suite à cela, nous aimerions élucider des questions sous-jacentes qui nous interpellent : « Quelles sont les composantes qui influencent le succès de ces programmes ? » ; « Ces composantes sont-elles applicables dans la pratique ? ». Nous pensons répondre à la deuxième question en nous appuyant sur notre recherche de littérature. Pour la troisième est dernière interrogation nous aimerions apporter des éléments de réponse à l'aide d'une recherche qualitative exploratoire sous forme d'interviews semi-structurées au sein de trois entreprises suisses.

Nos premières recherches nous ont aussi amené à observer qu'il existe déjà un nombre important de revues de littérature traitant de ce sujet. Ainsi, il nous a semblé intéressant d'effectuer une revue de revues en sélectionnant pour se faire des revues systématiques.

2.2 Contexte du projet

Face à l'épidémie d'obésité, une part importante d'organismes tant internationaux que nationaux s'est intéressé à ce sujet dans le but de stabiliser voire de diminuer la progression de cette maladie chronique (4). Ainsi, plusieurs acteurs de la santé œuvrent dans le but de mettre en pratique les recommandations permettant d'atteindre ce but. Les diététicien-ne-s doivent, à notre avis, être partie prenante de cette prise en charge multidisciplinaire.

Pour appui, dans la législation suisse, le chapitre 1 « Prestations des médecins, des chiropraticiens et des pharmaciens » de l'« Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie » désigne clairement que les diététicien-ne-s ont un rôle dans la prise en charge de l'obésité :

« Les diététiciens et les organisations de diététique, au sens des art. 46, 50a et 52b OAMal, prodiguent, sur prescription ou sur mandat médical, des conseils diététiques aux assurés qui souffrent des maladies suivantes:²

a.³ troubles du métabolisme;

b.⁴ obésité (indice de masse corporelle de plus de 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées;

b^{bis}.⁵ obésité et surpoids dans le cadre de la «thérapie individuelle multiprofessionnelle structurée ambulatoire pour enfants et adolescents en surpoids ou atteints d'obésité» selon annexe 1, ch. 4;

c. maladies cardiovasculaires ;

d. maladies du système digestif ;

e. maladies des reins ;

f. états de malnutrition ou de dénutrition ;

g. allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation. » (28).

La prévention est un des principaux axes d'action (4). En outre, la « stratégie globale Santé2020 » élaborée par le Conseil Fédéral met l'accent sur le renforcement de la promotion de la santé et la prévention des maladies et notamment la prévention des maladies non transmissibles (7).

Ajoutons qu'en Suisse le lieu de travail est un des « setting » prioritaire dans la promotion de la santé (6). C'est en effet un « setting » intéressant du fait qu'il permet d'avoir accès à un bon nombre de la population adulte (17).

Suite à nos premières recherches de littérature, il nous est apparu que la prévention de l'obésité sur le lieu de travail, est bien documentée. Cependant, la plupart des revues consultées sont réalisés aux USA ou en Europe.

Dans ce contexte, en tant que futures professionnelles de la diététique, le sujet concernant la prévention de l'obésité sur le lieu de travail nous a attiré. En effet, approfondir cette problématique de part l'élaboration d'une revue de revues nous semblait être formateur. Suite à cette première étape, nous aimerions poursuivre notre travail en élaborant des recommandations. Elle nous permettra d'enrichir notre pratique future par un outil basé sur des preuves scientifiques. Finalement, avant de pouvoir disposer de ces recommandations, nous aimerions savoir si ces dernières sont applicables à la pratique, notamment en Suisse, et dans le cas contraire nous voudrions les ajuster.

3 But et objectifs

3.1 But

Le but de notre travail de Bachelor est de déterminer l'impact de programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail. Nous avons émis l'hypothèse que ces programmes ont un impact positif sur le poids, les comportements et les connaissances en lien avec la nutrition et/ou la satisfaction de la population. Afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse, nous effectuerons une revue de littérature. Au vu du nombre important de revues de littérature déjà effectuées sur le sujet, nous avons opté pour une revue de revues.

Dans un deuxième temps, et si notre hypothèse est confirmée, nous utiliserons l'analyse de nos résultats afin de déterminer les composantes influençant le succès d'un programme de prévention de l'obésité sur le lieu de travail.

Pour terminer, nous mènerons une enquête qualitative exploratoire auprès d'experts afin de vérifier la faisabilité de ses composantes, dans le but de rédiger des recommandations pour la mise en place de programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail.

3.2 Objectifs du travail de Bachelor

Déterminer l'impact des programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail, ainsi que les composantes influençant le succès d'un programme, sur la base d'une revue systématique de la littérature.

- Rédiger un cadre théorique afin d'acquérir les connaissances nécessaires pour effectuer la revue de littérature.
- Déterminer la méthodologie de la revue de littérature.
- Sélectionner des revues permettant de répondre à la question de recherche, en respectant la méthodologie.
- Analyser les données obtenues afin de rédiger les résultats de la revue.

Mener trois interviews semi-structurées auprès de professionnel afin d'investiguer la faisabilité pratique de ces composantes.

- Créer une grille d'interview semi-structurée afin de mener une enquête qualitative.
- Identifier les professionnels à interviewer.
- Réaliser les interviews.
- Retranscrire et analyser les interviews.

Rédiger des recommandations permettant la mise en place d'un programme de prévention de l'obésité efficace, sur la base des résultats extraits de la revue de littérature et d'une enquête qualitative auprès d'experts.

4 Question de recherche

4.1 Première étape

Un programme de prévention de l'obésité sur le lieu de travail permet-il de prévenir l'obésité et d'améliorer les comportements et les connaissances en lien ?

P : population active adulte

I : programme de prévention de l'obésité

C : pas de programme ou pas de comparaison

O : prévalence de l'obésité, comportements, connaissances en lien, satisfaction

4.2 Deuxième étape

Quelles sont les composantes influençant le succès d'un programme de prévention de l'obésité sur le lieu de travail ?

P : population active adulte

I : composantes du programme

C : autres composantes

O : succès du programme

Le succès du programme sera évalué en mesurant la prévalence de l'obésité, les comportements et les connaissances en lien.

4.3 Troisième étape

Quelle est l'opinion d'un échantillon d'acteur-trice-s de la santé au travail au sujet des programmes de prévention de l'obésité ?

5 Méthodologie

Notre travail se déroulant en deux parties, nous commencerons par décrire de façon détaillée la revue de littérature que nous effectuerons afin de répondre à la première question de recherche.

Ensuite, nous expliquerons la façon dont nous répondrons à notre deuxième question de recherche, grâce à des interviews qualitatives, basées sur la revue de littérature.

5.1 Stratégie de recherche documentaire

Etant donné le nombre conséquent d'études existant sur le thème de notre travail, nous avons décidé d'effectuer une revue de revues pour répondre à notre première question de recherche.

Nos recherches se limiteront aux bases de données Pubmed et Cinahl. Pour effectuer ces recherches, nous diviserons notre question de recherche en 4 concepts :

- Programme de prévention
- Poids corporel, maladies chroniques
- Lieu de travail
- Comportement, connaissance, style de vie

Nous déclinerons ces concepts en différents mots-clés, en français et les soumettrons au logiciel « HeTop » afin de les traduire en anglais et d'obtenir des « MeshTerms » (Thésaurus de la base de donnée Pubmed).

Pour la base de données Cinahl, nous traduirons de manière libre nos mots-clés en anglais et les transformerons en « Cinahl Headings ».

Tableau 2: Synthèse des mots clés utilisés

Concept	Mots-clés en français	MeshTerms	Cinahl Headings
Programme de prévention	Programme de prévention Education nutritionnelle Intervention nutritionnelle Intervention environnementale Intervention individuelle Promotion de la santé Prévention de l'obésité Prévention des maladies chroniques	Health promotion Healthy people programs Preventive medicine Occupational health	Health promotion Health services administration Health education Occupational Health Services Preventive Health care Public Health Occupational safety
Poids corporel, maladie chronique	Obésité Surpoids Maladie chronique Poids corporel	Obesity Overweight Body weight Overnutrition Chronic disease	Body weight Chronic Disease Hyperphagia
Lieu de travail	Lieu de travail Profession Entreprise Institution	Workplace Occupations	Work environment Work
Comportement, connaissances, style de vie	Comportement sain Changement de comportement Activité physique Exercice Alimentation Modification des habitudes Habitudes saines Connaissance Amélioration des connaissances Satisfaction Mode de vie	Risk reduction behaviour Health behaviour Exercise Diet Obesity Overweight Body weight Knowledge Health knowledge, attitudes, practice Lifestyle Personal satisfaction	Behaviour modification Behaviour changes Health behaviour Exercise Physical activity Diet Body Weight Health Health knowledge Life style Personal satisfaction

Sur la base des « MeshTerms » obtenus, nous effectuerons dans un premier temps une recherche très large sur Pubmed en combinant les termes « Body weight OR chronic disease » AND « workplace ». Nous ajouterons le filtre « Review » à cette recherche afin de n'obtenir que des revues.

Ensuite, afin d'approfondir nos recherches, nous combinerons tous les « MeshTerms » du tableau 2. Les termes d'un même concept seront combinés à l'aide de l'opérateur booléen « OR » et les concepts associés entre eux à l'aide de l'opérateur booléen « AND ».

Pour terminer, nous effectuerons une dernière recherche dans laquelle nous n'inclurons pas le concept « poids corporel, maladie chronique » afin d'obtenir un plus grand nombre de revue pouvant potentiellement être incluses. De plus, les termes « overweight », « obesity », « diet » et « body weight » sont déjà inclus dans le concept « comportement, connaissance, style de vie » et nous ne souhaitons pas qu'ils limitent davantage la recherche.

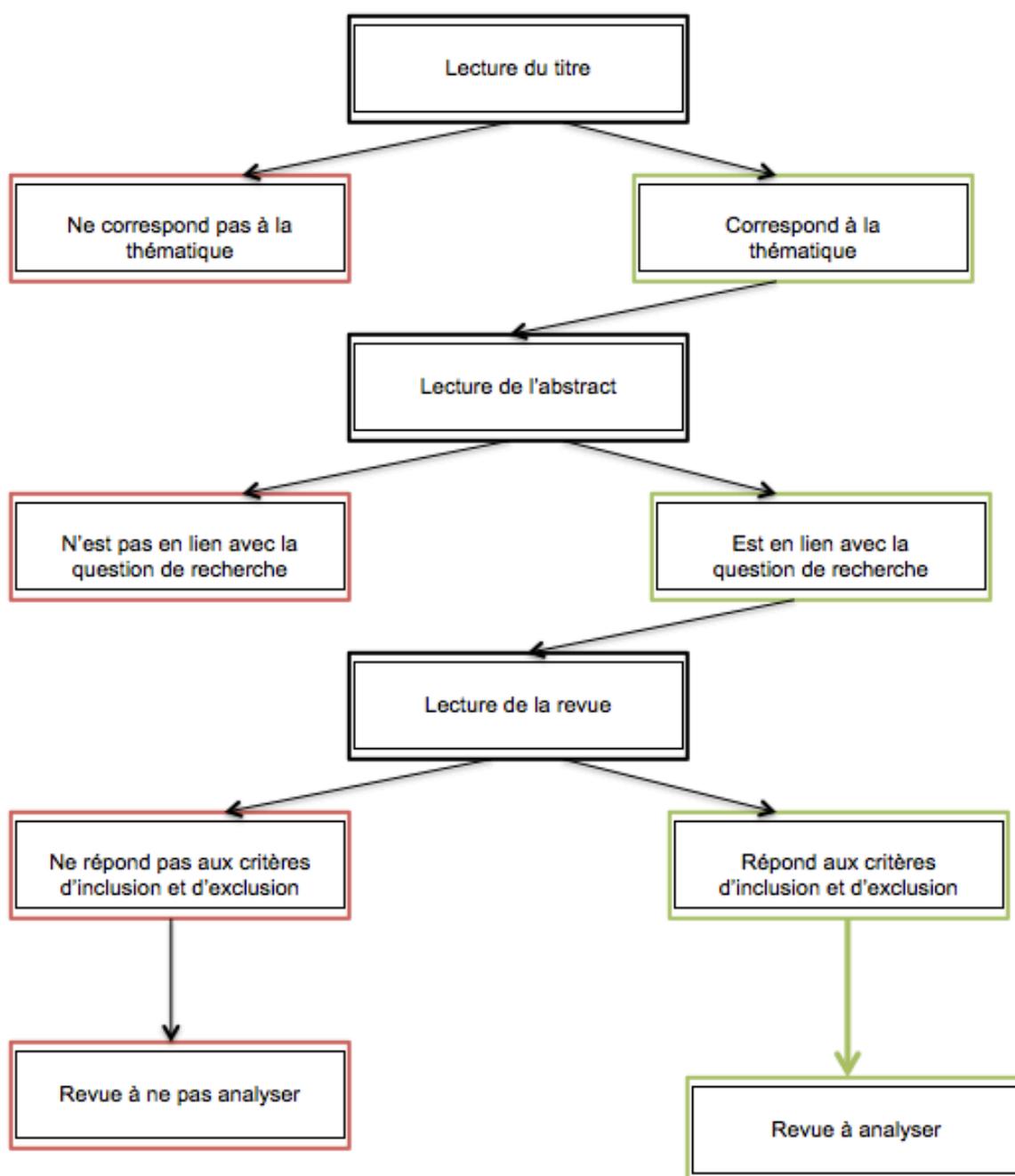
Nous procéderons de la même manière pour la base de données Cinahl. La recherche large se fera à l'aide des mots-clés « Work OR work environment » AND « body weight OR nutrition ». Nous y combinerons les termes « Systematic review OR Meta analysis » à l'aide de l'opérateur booléen AND afin de limiter notre recherche aux revues systématiques et aux méta-analyses.

Pour l'approfondissement de nos recherches, nous combinerons les « Cinahl Headings » de la même façon qu'avec les « MeshTerms », en ajoutant AND « Systematic review OR Meta analysis ».

5.2 Sélection des revues

Premièrement, nous sélectionnerons les articles selon leur titre. Les articles dont les titres correspondent à notre thématique seront inclus et nous en lirons les abstracts. La lecture d'abstract nous permettra de définir si oui ou non l'article va dans le sens de notre question de recherche. Suite à cette deuxième étape, nous lirons la totalité des articles présélectionnés dans le but de savoir s'ils concordent avec les critères d'inclusion et d'exclusion définis au préalable (cf. chapitre 5.3 *Critères d'inclusion et d'exclusion*). Cette étape nous permettra de sélectionner les articles dont nous analyserons la qualité à l'aide de grilles d'évaluation (c.f. chapitre 5.4 *Evaluation de la qualité des études*). La figure 1 schématise la sélection des revues.

Figure 4 : Sélection des revues



5.3 Critère d'inclusion et d'exclusion

5.3.1 Type d'études

S'agissant d'une revue de revues, nous excluons tous autres types d'études. Parmi les revues existantes, nous nous limiterons à l'inclusion de revues systématiques et de méta-analyses, afin d'optimiser la qualité de nos résultats.

5.3.2 Population

Nous limiterons notre recherche aux revues traitant de programmes de prévention s'adressant aux adultes de plus de 18 ans. Ces programmes devront s'adresser à la population adulte active en général. Les programmes thérapeutiques s'adressant uniquement aux personnes souffrant d'obésité ou d'une comorbidité, seront exclus de la recherche.

5.3.3 Intervention

Les revues sélectionnées devront traiter de programmes de prévention de l'obésité sur le lieu de travail. Les programmes ayant un but de traitement ou se déroulant dans un autre « setting » seront exclus.

Les programmes de prévention ne prenant pas en compte la nutrition (par exemple les programmes utilisant uniquement l'activité physique comme moyen de prévention) seront exclus de notre recherche.

5.3.4 Outcome

Nous incluons toutes les études rapportant l'impact des programmes de prévention de l'obésité sur la prévalence de cette pathologie, sur le poids des individus, sur les connaissances et comportements en lien avec la nutrition et/ou sur leur satisfaction personnelle quant au programme.

5.4 Evaluation de la qualité des études

Une fois les revues sélectionnées, nous évaluerons leur qualité afin de déterminer le poids qu'elles auront dans nos résultats.

Pour cette analyse, nous utiliserons la grille d'analyse de revues de l'Academy of Nutrition and Dietetics. Cette grille est exclusivement réservée à l'analyse de revue et a été traduite en français, ce qui présente un avantage certain pour notre recherche. Nous synthétiserons les résultats de l'analyse qualité à l'aide d'un tableau Excel.

Tableau 3 : Esquisse de la table d'analyse qualité

	Pertinence				Validité										Qualité
Revue	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	(+, o, -)
1															
2															
3															
...															

5.5 Extraction et analyse des données

Afin d'extraire les données d'une manière efficiente lors de nos lectures d'articles, nous créerons plusieurs tableaux Excel. Premièrement, il nous semble judicieux de créer un tableau

reprenant les principales informations de chacune des revues (auteurs, dates, conclusion des auteurs etc.). Ce tableau récapitulatif nous permettra par la suite de réaliser une analyse des données et de répondre à notre première question de recherche.

Tableau 4: Esquisse de la table de description des revues sélectionnées

Revue sélectionnée	Auteurs, dates	Pays	Population	Base de données	Nbre d'études incluses	« Outcomes » principaux	Score de qualité (AND)

En parallèle, il paraît important de créer un tableau permettant de lister les articles analysés par chaque revue sélectionnée.

Tableau 5: Esquisse de la table des études analysées dans chaque revue

Revue sélectionnée	Etude 1	Etude 2	...
Revue 1			
Revue 2			
...			

Afin de répondre à notre deuxième question de recherche, nous pensons qu'il est important lors de la lecture d'article de créer une base de données en inventoriant les différentes composantes des programmes.

Tableau 6: Esquisse de table des composantes des programmes de prévention

	Composante 1	Composante 2	Composante 3	...
Programme 1				
Programme 2				
...				

5.6 Enquête qualitative exploratoire

Dans la troisième étape de notre travail, nous souhaitons soumettre les résultats obtenus grâce à la revue de littérature à plusieurs acteurs du monde de la santé au travail sous forme d'enquête qualitative exploratoire. Le but de cette enquête qualitative étant de vérifier la faisabilité pratique des composantes des programmes mises en évidence au préalable et d'obtenir l'avis de personnes concernées par la problématique.

Nous interviewerons un échantillon de convenance incluant trois professionnels que nous identifierons par le biais de connaissances et/ou du « bouche-à-oreille ». Notre échantillon ne

sera en aucun cas représentatif de la population, il nous permettra d'obtenir l'opinion d'experts sur nos résultats.

Sur la base des composantes de programmes de prévention identifiées lors de la revue de littérature, nous créerons une grille d'entretien semi-structurée. Nous interviewerons ensuite les professionnels et les enregistrerons afin de retranscrire les entretiens. Sur cette base, nous analyserons les thématiques et problématiques émergentes en suivant une méthode qualitative. Cela nous permettra de rédiger des recommandations pratiques pour la mise en place d'un programme de prévention de l'obésité sur le lieu de travail.

6 Ethique

En recherche, l'éthique porte sur 2 principes : la conduite du chercheur et le respect des sujets (29).

La première partie de notre travail consistant en une revue de littérature, le deuxième principe ne s'applique pas, puisqu'aucun sujet ne sera inclus. En ce qui concerne notre conduite, nous nous engageons à suivre la méthodologie que nous avons planifiée afin de nous assurer que la sélection des revues et que nos résultats soient les plus objectifs possibles.

La deuxième partie consistant en trois interviews qualitatives, les 2 dimensions citées devront être prises en compte. Elles peuvent être déclinées en trois concepts clés : « Le consentement libre et éclairé, le respect de la dignité du sujet et le respect de la vie privée et de la confidentialité » (29). Ce qui signifie, plus concrètement, que nous donnerons aux sujets toutes les informations nécessaires afin qu'ils puissent décider en pleine conscience de répondre ou non à nos questions (un formulaire d'explication et de consentement leur sera soumis et devra être signé). Lors de la création de nos grilles d'entretien et lors de l'interview, nous veillerons à ce que les thèmes abordés et les questions posées, le soit d'une façon à minimiser le risque de créer un quelconque sentiment négatif chez le sujet (culpabilité, inquiétude). De plus, tous les résultats que nous obtiendrons seront anonymisés afin d'éviter que les réponses fournies lors des interviews puissent avoir un impact négatif sur la personne ou sur l'entreprise qu'elle représente.

Ces précautions nous permettront de respecter les principes d'éthique en santé (6). Le principe de non-malfaisance, puisque nous prendrons garde à ne pas nuire aux personnes interviewées. Le principe d'autonomie puisque les personnes auront le choix de répondre ou non à nos questions, et seront informées de la nature de notre travail et de l'utilisation des résultats que nous obtiendrons. Le principe d'équité puisque notre travail n'aura pas de conséquences positives pour les personnes interrogées ou l'entreprise dans la mesure où les données récoltées seront anonymisées et que nous n'effectuerons aucune intervention auprès des personnes interviewées. Elles ne seront donc pas favorisées par rapport à d'autres personnes et entreprises.

Nous ne pourrions pas respecter le principe de bienfaisance lors de nos interviews puisqu'il n'y aura pas de bénéfices directs sur les personnes interrogées. Cependant, nous leur fournirons un document synthétisant notre travail de recherche. De plus, de manière plus générale, la création de recommandations pour la prévention de l'obésité sur le lieu de travail permettra, nous l'espérons, « de promouvoir le bien-être d'autrui » (6).

7 Calendrier

Tableau 7: Calendrier

Echéance	Tâches
16.11.15	Rédaction introduction protocole
23.11.15	Problématique et contexte
7.12.15	Rédaction méthodologie et sélection des grilles descriptives et de qualité
14.12.15	Budget, ressources, bénéfiques, risques
18.12.15	Finalisation et rendu protocole
14.01.15	Préparation du séminaire + présentation
Fin janvier 2016	Rédaction cadre théorique + question de recherche
07.03.16	Présélection des articles sur la base du titre et de l'abstract + rédaction méthodologie
28.03.16	Lecture des articles avec grille d'inclusion + rédaction méthodologie
25.04.16	Lecture des articles et évaluation de la qualité + extraction données
23.05.16	Analyse des données et rédaction résultats
06.06.16	rédaction questionnaire enquête + rédaction éthique
20.06.16	Interview et rédaction résultats (recommandations)
11.07.16	Rédaction intro, budget, discussion, biais, limites, perspectives et conclusion et relecture
18.07.16	Relecture par directrice
25.07.16	Dernières modifications et finalisation
26.07.16	Impression
29.07.16	Dernière échéance pour le rendu
Août -Septembre 2016	Préparation soutenance et soutenance

8 Budget et ressources

Pour la réalisation de notre travail de Bachelor, nous aurons besoin de soutiens humains, financiers et de matériels.

Premièrement, les ressources humaines nous seront indispensables. Notre engagement a été estimé à 15 crédits ECTS, ce qui correspond à 450 heures de travail (crédit = 30 heures de travail). Encore étudiantes, l'appui de notre directrice de travail de Bachelor permettra de nous guider. Enfin, de tierces personnes seront impliquées dans la réalisation de ce travail par exemple des collaborateurs d'entreprises pour répondre à un de nos objectifs, des professeurs de la Haute Ecole de Santé ou encore nos proches pour la relecture.

Nous avons à priori à disposition tout le matériel nécessaire à la réalisation de notre travail de Bachelor : ordinateurs, natel (dictaphone), infrastructures (bibliothèques de la Haute Ecole de Santé et bibliothèques municipales, salle d'étude), programme Zotero, accès aux bases de données (PubMed, Cinahl, BDSP), accès gratuits aux articles payants de part les abonnements que possèdent la Haute Ecole de Santé (HedS) et un budget pour 20 articles payants et non accessibles par le biais des abonnements de la HedS.

Finalement, nous aurons besoin de ressources financières pour : les déplacements notamment ceux liés à la réalisation des interviews, l'impression des documents tels que les articles, les questionnaires et finalement l'impression et la reliure de notre travail de Bachelor.

9 Perspectives

Notre travail de Bachelor nous permettra de créer des recommandations pour la mise en place de programmes de prévention sur le lieu de travail. Ces recommandations seront conçues dans le but d'être concrètes et réalisables en pratique. Elles pourraient donc être une base sur laquelle des intervenants (diététicien-ne-s, employeurs, etc.) s'appuieraient lors de la création de programmes de prévention.

De plus, nous aimerions pouvoir partager les résultats de notre travail de Bachelor lors de congrès tels que celui de l'Association Suisse des Diététicien-ne-s Diplômées (ASDD) ou encore lors des Journées Francophones de Nutrition (JFN).

10 Bibliographie

1. ASEMO. Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II [En ligne]. 2006 [consulté le 15 novembre 2015]. Disponible: www.asemo.ch
2. Maes L, Van Cauwenberghe E, Van Lippevelde W, Spittaels H, De Pauw E, Oppert J-M, et al. Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2012;22(5):677–83.
3. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. OMS; 2004.
4. Organisation mondiale de la Santé. Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020). OMS; 2013.
5. Office fédéral de la santé publique. Programme national alimentation et activité physique 2008-2012. 2013.
6. Paccaud F, Gutzwiller F. Médecine sociale et préventive - santé publique. Berne: H.Hubert; 2009.
7. Département fédéral de l'intérieur DFI. Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral [En ligne]. Suisse: DFI; 2013 [consulté le 13 novembre 2015]. Disponible: http://www.grea.ch/sites/default/files/sante_2020_medienbericht_fr.pdf
8. Organisation mondiale de la Santé. Obésité et surpoids [En ligne]. OMS [consulté le 18 novembre 2015]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
9. Basdevant A. Médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier; 2011.
10. Confédération Suisse. Enquête suisse sur la santé 2012: Surpoids et obésité. Neuchâtel; 2014.
11. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry - Report of a WHO expert committee. Genève; 1995.
12. Oppert J, Rolland-Cachera M. Prévalence, évolution dans le temps et conséquences économiques de l'obésité. *Médecine/sciences*. 1998;14(8-9):934–94.
13. Basdevant A. L'obésité: origines et conséquences d'une épidémie. *C R Biol*. 2006;329(8):562–9.
14. Beer M, Lüthy J, Hayer A, Jacquet M, Schmid A, Brombach C, et al. Sixième rapport sur la nutrition en Suisse. Berne: OFSP; 2012.
15. Wiesli R, Simos J, Institut des sciences de l'environnement et Faculté de médecine. Promouvoir la santé et prévenir maladies et accidents. Lausanne: Promotion santé Suisse; 2010.

16. Direction de la santé et des affaires sociales. Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2011. Fribourg; 2006.
17. Office fédéral de la santé publique OFSP. Programme national Alimentation et activité physique Rapport 2008 – 2012 [En ligne]. Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP; 2013 [consulté le 13 novembre 2015]. Disponible: www.ofsp.admin.ch
18. Office fédéral de la santé publique OFSP. Fiche Info: Promotion de la santé en entreprise. Suisse: OFSP; 2015.
19. Confédération Suisse. La responsabilité sociétale des entreprises [En ligne]. Berne: Confédération Suisse; 2015 [consulté le 13 novembre 2015]. Disponible: <http://www.seco.admin.ch/themen/00645/04008/index.html?lang=fr>
20. Bureau régional de l'Europe. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité. Istanbul: Organisation mondiale de la santé; 2006.
21. Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC, Johnson DB, et al. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2009;37(4):340–57.
22. Kahn-Marshall JL, Gallant MP. Making Healthy Behaviors the Easy Choice for Employees A Review of the Literature on Environmental and Policy Changes in Worksite Health Promotion. *Health Educ Behav.* 2012;39(6):752–76.
23. Hutchinson AD, Wilson C. Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promot Int.* 2012;27(2):238–49.
24. Gudzone K, Hutfless S, Maruthur N, Wilson R, Segal J. Strategies to prevent weight gain in workplace and college settings: A systematic review. *Prev Med.* 2013;57(4):268–77.
25. Schmier JK, Jones ML, Halpern MT. Cost of obesity in the workplace. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32(1):5–11.
26. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ. The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annu Rev Public Health.* 2008;29:303–23.
27. Ni Mhurchu C, Aston LM, Jebb SA. Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. *BMC Public Health.* 2010;10:62.
28. Département fédéral de l'intérieur DFI. Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [En ligne]. [consulté le 25 novembre 2015]. Disponible: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html#a9b>
29. Martineau S. L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion [En ligne]. Université du Québec; [consulté le 1 décembre 2015]. Disponible: http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/martineau.pdf