



UNIL | Université de Lausanne

Institut de Sciences Sociales

Analyse de la pertinence et de l'efficacité des labels dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention

Menée par

Prof. Dr. Céline Mavrot et Ma Séverine Bochatay, Institut des sciences sociales, Université de Lausanne

A l'attention de

Stéphanie Pin et Karin Zürcher, Département promotion de la santé et préventions, Unisanté

Lausanne, le 16 août 2024

Résumé

Cette étude est un mandat du Département promotion de la santé et préventions d'Unisanté à l'Institut des sciences sociales de l'Université de Lausanne, qui a été mené entre février et juillet 2024. Il porte sur les processus de labellisation et de certification comme instruments de prévention et de promotion de la santé dans trois domaines : l'action communale en faveur de la santé (Communes en santé); la promotion de l'activité physique et la promotion du mouvement dans les structures d'accueil de la petite enfance (Youp'là Bouge); la promotion de l'alimentation saine dans la restauration (Fourchette Verte). Cette étude ne consiste pas en une évaluation de ces trois programmes mais en une réflexion générale sur l'opportunité des labels dans la prévention (impact sur l'égalité des chances, efficacité générale de ce type d'action, contraintes liées à la certification). Il ne visait pas à formuler des recommandations mais à faire le point sur les preuves existantes dans la littérature scientifique et à les contextualiser relativement au contexte local. L'étude comprend une revue de la littérature scientifique internationale sur ces sujets, ainsi que des entretiens avec des expertes, porteuses de projet et autorités cantonales. La littérature est globalement positive sur l'action dans ces trois domaines, qui est soutenue par l'évidence et débouche sur des outcomes favorables en termes de santé. Les preuves les plus robustes concernent l'activité physique et l'alimentation dans les structures d'accueil de la petite enfance. Pour les programmes liés au mainstreaming du *health-in-all-policies* dans les communes, la mesure des impacts est complexe mais les bonnes pratiques internationales soulignent l'importance d'inclure ce niveau de gouvernance dans la promotion de la santé. Pour l'action dans la petite enfance, la littérature souligne les effets de la promotion du mouvement et de l'alimentation saine, notamment combiné à un engagement parental. Pour l'alimentation scolaire, l'importance de la mise à disposition d'un repas de midi sain n'est pas remise en question. La question des processus de labellisation est en soi très peu abordée dans la littérature. Les interviews mettent en évidence l'importance d'enrôler les organisations dans ce type d'action, tout en insistant davantage sur l'accompagnement qualitatif que les processus de certification en soi. Les perspectives d'avenir thématisent des pistes d'action relatives aux points suivants : répartition géographique des organismes et communes touchées dans une optique d'égalité des chances, points aveugles de ces trois programmes (communes peu professionnalisées, enfants ne fréquentant pas les crèches et les cantines scolaires avec de possibles effets de stratification sociale, autres collations tels que les snacks), universalisme proportionné dans l'accès aux labels, importance de minimiser les composantes *nudges* et de maximiser les composantes structurelles de ces programmes, focalisation sur les publics captifs, réflexion sur le degré de formalisme des procédures de certification, participation citoyenne.

Table des matières

<i>Impressum et remerciements</i>	4
<i>Introduction</i>	5
<i>Procédure et méthodes</i>	7
<i>Revue de littérature</i>	10
Analyse critique des labels et du <i>nudging</i>	10
Résultats Revue de littérature labels suisses.....	12
Résultats Revue de littérature internationale - Labels du type "Commune en santé".....	14
Résultats Revue de littérature internationale - Labels du type "Youp' là bouge"	19
Résultats Revue de littérature internationale - Labels du type "Fourchette verte"	23
<i>Entretiens qualitatifs expert.e.s, autorités et porteurs.euses de projets</i>	30
<i>Conclusions et limites de l'étude</i>	35
<i>Perspectives d'avenir</i>	39
<i>Annexes</i>	42
<i>Bibliographie</i>	45

Impressum et remerciements

Impressum

Mavrot Céline, Bochatay Séverine (2024). *Analyse de la pertinence et de l'efficacité des labels dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention*. Etude sur mandat du Département promotion de la santé et préventions (DPSP) d'Unisanté. Université de Lausanne, Institut des sciences sociales.

Remerciements

Les auteures remercient Karin Zürcher et Stéphanie Pin pour l'entier du suivi de ce mandat d'étude, ainsi que Nolvenn Gambin et Emmanuelle Garcia pour la mise à disposition de la documentation, ainsi que leurs retours à différentes étapes du mandat. Nos vifs remerciements vont également aux personnes ayant accepté de donner de leur temps pour participer à des entretiens et nous faire part de leur perspective sur la question des mandats. La qualité de leurs remarques et réflexions a grandement alimenté le contenu de ce rapport.

Introduction

Mandat. Ce rapport porte sur la pertinence et l'efficacité des labels dans le domaine. Il a été mandaté par le Département promotion de la santé et préventions (DPSP) d'Unisanté à l'Institut des sciences sociales (ISS) de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne. Son contenu a fait l'objet d'une convention entre Unisanté et l'UNIL, conclue en février 2024. L'objet de l'étude a été défini d'entente entre Stéphanie Pin et Karin Zürcher (DPSP) ainsi que Céline Mavrot (ISS). L'étude a été effectuée par Céline Mavrot (Professeur Assistante en gouvernance des systèmes de santé) et Séverine Bochatay (Master en sciences sociales), entre février et juillet 2024. Le mandat a donné lieu à une réunion de lancement en présence de Stéphanie Pin, Karin Zürcher et Céline Mavrot, ainsi que deux collaboratrices d'Unisanté impliquées dans le portage des labels portés par Unisanté (21.02.2024), une séance de présentation intermédiaire et discussion des résultats (28.05.2024), ainsi qu'une séance de présentation finale (22.08.2024).

Contexte de l'étude. Le contexte de l'étude est celui d'une réflexion stratégique au sein d'Unisanté sur les orientations à donner aux futures actions de prévention et promotion de la santé sur le terrain dans le canton de Vaud. Unisanté est actuellement porteuse de trois labels en santé publique¹ :

- I. Le label intercantonal "Youp' là Bouge" (YLB) pour la certification de crèches (promotion de l'activité physique dans la petite enfance par des programmes d'action, un aménagement des espaces, la sensibilisation des équipes éducatives et l'information des parents²)
- II. Le label intercantonal "Commune en santé" (CeS) (promotion d'environnements de vie favorables à la santé via l'inventaire des mesures de promotion de la santé existant dans les communes et le conseil au développement de telles mesures³)
- III. Le label suisse "Fourchette Verte" (FV) (promotion d'une alimentation durable et équilibrée par la mise à disposition de repas sains dans les restaurants, cantines de collectivités, EMS et écoles⁴)

Questions de recherche. Etant donné l'investissement requis en termes de moyens humains et administratifs pour mener les processus de certification dans ces trois domaines, ce mandat porte sur la pertinence et l'efficacité des labels en santé publique. Les questions portent notamment sur le rapport coût-bénéfice de telles actions, leurs résultats en termes de promotion de la santé et prévention, ainsi que le type de publics touchés (quels effets sur les inégalités de santé). Lors de la séance de présentation des résultats intermédiaires, des sous-questions additionnelles plus spécifiques ont été identifiées à la lumière des premiers éléments issus de la revue de littérature scientifique : comment faire vivre les labels au sein des organisations concernées au-delà de la certification et éviter une routinisation ? Sous quelle forme organiser le suivi de la certification et à quel horizon temporel ? Comment éviter l'effet de perte d'attractivité du label lorsqu'il tend à devenir la norme ? Comment éviter de se cantonner à certifier l'existant et réellement pousser les organisations à investir dans de nouvelles activités ? De telles questions ne trouvent pas toutes

¹ Le nombre de pages de ce rapport étant limité, ces trois labels ne sont pas présentés plus en détail sauf lors de la discussion de certains aspects spécifiques de leur conceptualisation et mise en œuvre, afin de laisser la place aux résultats de l'étude.

² <https://www.youplabouge.ch/formation-de-base/>

³ <https://www.labelcommunesante.ch/fr/homepage.html>

⁴ <https://fourchetteverte.ch/#about>, et documentation interne Unisanté.

réponse dans la littérature scientifique, qui est principalement axé sur la mesure des effets quantitatifs des labels sur leurs publics à travers des designs de recherche expérimentaux (comparaison de groupes de participant.e.s avec des individus n'ayant pas bénéficié du programme, en particulier pour les programmes destinés à la promotion de l'activité physique dans les crèches), la mesure qualitative des *outcomes* (par ex. satisfaction avec le label, visibilité du label, par exemple pour les labels alimentaires), ou la mesure de proxis à un niveau très macro (par ex. évolution de l'état de santé de la population ou du degré de pollution, pour les labels communaux) (voir *infra*, revue de littérature).

Design de recherche. L'étude a été conceptualisée en deux volets. Dans un premier volet, une revue de la littérature scientifique internationale objective la question de la pertinence et de l'efficacité des labels et certifications en tant qu'instruments de santé publique. La revue de littérature permet de rassembler systématiquement les preuves existantes sur la base de programmes similaires menés au niveau international et de capitaliser sur l'existant, dans une optique *evidence-based*. Dans un deuxième volet, sept entretiens ont été menés afin d'approfondir les résultats obtenus par la revue de littérature sous un angle qualitatif. Les entretiens visaient à faire le tour de la question des labels selon différentes perspectives (chercheurs.euses, représentant.e.s des autorités politiques, financeurs, porteurs.euses de projet). Les entretiens permettent de prendre en compte les spécificités du contexte et des labels locaux, et de à des pistes d'action en faisant dialoguer les résultats de la revue de littérature avec les réalités de terrain. Ces deux volets permettent ainsi d'obtenir une vision complète réaliste des usages et impacts des labels de santé publique.

Structure du rapport. La rapport présente premièrement la procédure de recherche et les méthodes utilisées dans cette étude, avant de passer à la présentation des résultats de la revue de littérature. Celle-ci est organisée en trois parties portant sur les labels relatifs aux communes, les certifications de structures d'accueil de jour dans le domaine de la petite enfance, puis les certifications dans le domaine de la restauration, ainsi qu'une partie préliminaire présentant les résultats de la littérature spécifiques aux trois labels suisses. Le rapport présente ensuite les résultats des entretiens qualitatifs, avant de passer aux conclusions et limites de l'étude. Pour terminer, des perspectives d'avenir sont présentées afin de dégager des pistes futures en regard des interrogations initiales, celles-ci ne constituant toutefois pas des recommandations.

Procédure et méthodes

Revue de littérature

A) Premièrement, une revue de littérature a été menée en cherchant les articles traitant explicitement de l'un des trois labels étudiés dans ce rapport. Les mots clés pour rassembler ce corpus ont été les noms des labels. La recherche a été menée sur huit bases de données en mai 2024. Celles-ci ont été sélectionnées afin d'obtenir des résultats dans des domaines variés. Medline (EBSCO), Ovid et ScienceDirect sont spécialisées dans les références médicales, tandis que Cairn et SocIndex (EBSCO) se concentrent sur les sciences humaines et sociales. ProQuest et SAGE offrent un accès à des revues couvrant un large éventail de disciplines. Enfin, Google Scholar, où la recherche a été limitée aux « articles de revue », a permis d'identifier encore d'autres sources.

Ces recherches ont permis d'identifier 37 résultats. Après l'exclusion d'un article en espagnol et des doublons, 27 articles ont été examinés. Un article dont le texte intégral n'était pas disponible a été exclu. Seuls les articles citant au moins l'un des trois labels et publiés dans une revue scientifique ont été conservés pour l'analyse. Ce processus, ayant permis de finalement identifier 18 articles, est illustré dans la figure 1.

B) Deuxièmement, une revue de littérature internationale a été menée sur les labels. La méthode choisie est celle de la revue narrative systématisée. Elle vise à faire le tour de la question de manière extensive et rigoureuse, dans une visée de systématisme, sans toutefois constituer une revue systématique en tant que telle⁵. Une revue systématique rassemble l'entier des articles portant sur un sujet via une large identification par mots-clés puis un resserrement ultérieur par balayage du contenu des articles afin de sélectionner les items pertinents. Une revue narrative systématisée utilise une stratégie de recherche plus multiforme, en procédant par identification d'articles clés sur une thématique, puis en étendant le filet par procédure boule de neige.

Dans le cadre de cette étude, la revue de littérature systématique a été écartée car les tests initiaux ont montré la difficulté d'identifier les articles pertinents par mots-clés. Ceci est dû à la disparité des appellations sous lesquelles les programmes et instruments du type de YLB, CeS et FV sont désignés dans la littérature internationale. Les tentatives ont débouché sur l'identification d'une série de mots-clés les plus resserrés possibles, qui aboutissaient toutefois sur un nombre trop important d'articles non-pertinents, tout en passant à côté d'autres articles cruciaux. Les tentatives ont été menées sur les bases de données SocINDEX et Medline (afin de couvrir les sciences sociales et médicales), en prenant l'option de recherche "texte intégral", avec les associations de mots-clés : (*label** OR *certification* OR *accreditation*) AND ("*social marketing*" OR "*health promotion*") AND ("*behavior*change*" OR "*lifestyle*"). Les limites de cette stratégie résident dans le fait que si le terme "labels" ou "certifications" peuvent être utilisés comme c'est le cas au sein d'Unisanté, les équivalents fonctionnels des trois objets étudiés peuvent fréquemment revêtir des appellations beaucoup plus génériques telles que "program" ou "intervention" dans la littérature. Des programmes similaires existent ainsi souvent sans pour autant être liés à des procédures de certification ou des labels.

La réorientation de la stratégie vers une revue narrative systématisée s'est faite en cercles concentriques. I) Les références pertinentes contenues dans les articles étudiés en A) ont été identifiés. II) Les articles portant sur des projets internationaux similaires aux trois objets d'étude ont également été identifiés comme sources primaires. Il s'est agi pour commencer des articles rendant compte des résultats du programmes *Healthy Cities* de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour les environnements favorables à la santé, du programme *Food for life* (UK) pour l'alimentation saine en contexte institutionnel, et d'une manière plus générale des programmes d'intervention activité physique/obésité dans les centres d'accueil de la petite enfance ((early)

⁵ <https://bib.umontreal.ca/evaluer-analyser-rediger/syntheses-connaissances/revue-litterature-recension-ecrits>

childcare centers/centres/educational setting). A partir de ces deux premières recherches, le reste des articles a été identifié par boule-de-neige à partir des programmes mentionnés dans ces articles et des références scientifiques contenues dans leur bibliographie. A l'exception des livres, seuls les écrits *peer-reviewed* ont été pris en compte (exclusion des rapports, évaluations, thèses et mémoires).

La recherche a été faite en français et en anglais. Grâce aux différentes bases de données, de multiples disciplines ont pu être prises en compte : médecine, santé publique, sciences sociales, sciences économiques. Il a été décidé de ne pas apposer de limite temporelle à la recherche de littérature. D'une part, l'ouverture temporelle a permis d'inclure des études qui quoi que datées restent cruciales, par exemple dans le pic d'évaluations menées sur *Healthy Cities* au tournant des années 2000, ainsi que de ne pas mettre de côté des résultats importants mis en lumière sur d'autres programmes. D'autre part, l'analyse de contenu n'a pas révélé de modification drastique des résultats à travers le temps, écartant ainsi la probabilité de biais qui auraient pu provenir de la prise en compte d'articles plus anciens. Enfin, dans la mesure du possible, la priorité a été accordée aux articles théoriques et méthodologiques portant sur ces sujets, ainsi qu'aux revues de littératures (systématiques ou non), permettant de rassembler des résultats robustes basés sur la cumulativité de l'évidence. En effet, les revues de littérature analysent des dizaines d'interventions pour aboutir à des résultats agrégés, et permettent d'identifier les dimensions les plus efficaces parmi la diversité des modèles étudiés. Pour *Healthy Cities*, les modèles d'évaluation portent sur un même programme mais se basent sur une méthodologie d'évaluation d'interventions complexes dont les effets sont mesurés sur des longues périodes de temps et à travers des dizaines d'indicateurs. Les articles évaluant des interventions isolées (études de cas hors revue de littérature) ont ensuite été pris en compte pour compléter les résultats avec des learnings ponctuels (par ex. difficultés de mise en œuvre, stratégies d'amélioration des programmes, perspectives de développement). Ces études offrent un complément qualitatif mais non systématique aux revues de littérature, les évidences dont ils rendent compte étant plus fragmentées.

Le nombre d'articles sélectionnés et analysés ont été de 20 pour CeS, 21 pour YLB, et 29 pour FV. La liste complète des articles est recensée dans la bibliographie du rapport. En complément, une analyse critique des labels comme instruments d'action publique ainsi que du *nudging* dans une optique de sciences sociales est introduite en guise de cadre de réflexion général.

Entretiens

Neuf personnes ont participé à sept entretiens qualitatifs semi-structurés dans le cadre de cette étude. La liste des interviewé.e.s est la suivante :

1. Dr. Tania Larequi, médecin responsable des dossiers Prévention et promotion, Direction générale de la santé, Canton de Vaud. *Autorités cantonales*
2. Dr. Martine Bouvier Gallacchi, responsable Servizio di promozione e valutazione sanitaria, Canton du Tessin et Kurt Frei, collaborateur scientifique Dipartimento sanità e socialità. *Autorités cantonales*
3. Prof. Linda Cambon, Chaire Prévention de l'Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement, Université de Bordeaux et Membre du Collège du Haut Conseil de la santé publique. *Expertise académique*
4. Prof. Dr. Irene Abderhalden, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz, ancienne directrice d'Addiction Suisse, ancienne directrice suppléante du Programme national alcool OFSP. *Expertise académique*
5. Mme Malika Baioia Lehmann, coordinatrice intercantonale du projet Youp'la bouge. *Porteuse de projet*
6. Mme Elisa Domeniconi, Co-directrice de la Fédération Fourchette verte Suisse. *Porteuse de projet-Fédération*

7. Mme Catherine Moulin Roh, Responsable de domaine, Domaine promotion de la santé et prévention, et Mme Corinne Card, coordinatrice intercantonale du label Communes en santé, Promotion santé Valais. Et *Porteuses de projet et de programmes*

Le catalogue de base des questions d'entretiens était le suivant, tout en étant sujet à variations en fonction des propos des interlocuteurs.trices:

- I. Quelle est votre expérience générale avec les labels en santé publique, dans quels domaines, et quelle est votre appréciation sur cet instrument de promotion de la santé ?
- II. Que savez-vous de la littérature scientifique ou de l'évidence disponible à ce sujet ?
- III. Que pensez-vous de l'impact des labels dans différents domaines auprès de la population ? Et de groupes-cibles spécifiques (notamment dans une optique d'égalité des chances) ?
- IV. Que pensez-vous du ratio investissement/impact des labels en santé, notamment au vu du travail de certification qui doit être mené en amont ?
- V. Quelles sont selon vous les conditions de succès ou limites de tels instruments et quels moyens voyez-vous pour les améliorer ?

Pour les interviewées locales, les résultats issus de la littérature ont ensuite été discutés en fonction du contexte, des contraintes et des conditions de mise en œuvre sur le terrain, afin de mettre en perspective les bonnes pratiques du point de vue des réalités locales. Les entretiens ont été menés en ligne et ont duré approximativement entre 45 et 60 minutes. Ils ont fait l'objet de notes détaillées.

Revue de littérature

Analyse critique des labels et du *nudging*

Labels. Selon Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier (2014), les labels se présentent comme une récompense symbolique venant sanctionner positivement l'adoption par des partenaires de lignes d'action promues par l'Etat. Ces auteurs, spécialisés sur les questions de santé, expliquent que l'adoption de labels reflète la volonté des organismes de "se positionner et se distinguer les uns par rapport aux autres dans un champ concurrentiel donné, afin de les orienter, de manière souple, vers des options que les acteurs de l'action publique considèrent comme collectivement bénéfique" (*op.cit.*). Partant de cette définition, ils identifient une tension constitutive des labels : plus un label se diffuse dans un secteur donné, plus il va perdre en attractivité ; en effet plus les organismes labellisés sont nombreux (signe de succès du label), plus l'effet de démarcation et d'avantage compétitif s'estompe. La littérature en management public est plus nuancée sur ce point. Si elle constate un possible effet de "dilution de la légitimité" lié à la dissémination d'un label, elle souligne également qu'un effet inverse peut être le renforcement de la visibilité et de la valeur attribuées au label à mesure de son succès (Desai 2018). Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier (2014) insistent sur le fait que les labels peuvent constituer de véritables leviers de l'action publique et agir comme des stimulateurs de capacité ; ils analysent toutefois également les labels de manière plus critique en tant qu'instruments créant une interdépendance entre acteurs publics et privés. Dans le pire des cas ils estiment que les labels peuvent équivaloir à la mise à disposition d'une caution étatique et de moyens d'action étatiques à des fins privées, notamment lorsque des organismes à buts lucratifs sont concernés. Néanmoins, ces critiques sont à nuancer fortement dans le cas des trois labels étudiés ici, puisque ceux-ci visent : a) des communes; b) des établissements de restauration qui, pour la quasi-totalité, sont constitués d'entreprises en situation de monopole dans des cantines scolaires pour le cas de FV-Vaud; ainsi que c) des crèches qui comptent certes des structures privées, mais sont de fait en situation de concurrence limitée du fait de l'important déséquilibre entre l'offre et la demande.

Concernant la philosophie globale d'une instrumentation d'action publique par les labels, ces auteurs sont relativement critiques et soulignent que ceux-ci prennent appui sur un modèle "consommateur" ainsi que des mécanismes de marché⁶. Deux éléments importants sont mis en évidence concernant la gouvernance des labels. Premièrement, les auteurs interrogent le fait que les labels soient plus volontaires que contraignants, en soulignant plusieurs dimensions qui font d'eux des instruments peu contraignants : absence de sanction en cas de non-respect des engagements, grande marge de manœuvre des organisations contractantes dans le calibrage des activités, faible sélectivité des organisations labellisées, absence de fixation de seuils et d'échelles claires sur la base desquelles les labels sont décernés. Deuxièmement, ils pointent le fait que les labels peuvent être attribués de manière rétrospective sur la base d'activités déjà existantes, sans exigence de renforcement de ces dernières (*op.cit.*). La question se pose alors de savoir si les labels promeuvent réellement le changement. Du point de vue de la science politique, les labels peuvent être compris comme des instruments de *soft governance*. Celle-ci est entendue comme des processus à travers laquelle les gouvernements peuvent prendre appui sur des partenaires de mise en œuvre

⁶ Ils étudient un écolabel français de consommation durable piloté par le ministère de l'Environnement et l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie et destiné aux entreprises, ainsi qu'un label piloté par une association et une agence de communication et s'adressant aux villes et aux associations dans le domaine de l'obésité infantile (« Ensemble prévenons l'obésité des enfants » (Epede)).

des politiques publiques (privés ou publiques) en jouant non pas sur un rapport hiérarchique de commandement mais sur des incitatifs et de l'information pour orienter leurs activités (Brandsen, Boogers et Tops 2006). A ce titre, la *soft governance* peut orienter les organisations de manière flexible vers des standards et des bonnes pratiques, ce qui complexifie toutefois les mécanismes d'*accountability* (*op. cit.*) (c'est à dire qui rend des comptes à l'Etat et à la population selon quelles obligations). Ainsi, un instrument tel que les labels peut à la fois être vu comme une extension bienvenue du périmètre d'action étatique vers de nouvelles sphères, et le signe d'une montée en puissance des acteurs privés dans la régulation de différents secteurs (Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier 2014).

Nudging. La question se pose de savoir si les labels se situent dans le périmètre du *nudging*, défini comme une instrumentation spécifique de l'action publique visant à induire des comportements à travers une modification légère de l'architecture des choix individuels dans les settings de la vie quotidienne. La logique du *nudging*, outil très répandu en santé publique, réside dans le déploiement d'incitatifs à adopter un comportement donné (par ex. prendre l'escalier ou se déplacer à vélo), tout en ne contraignant pas les individus à agir de la sorte. Cela se fait à travers toute une palette de dispositifs jouant sur les réflexes conditionnés et allant de l'appel à l'émotion, à l'imitation ou aux normes sociales, jusqu'à la mise en place d'options privilégiées par défaut (Quigley 2013; Chevallier 2018). La principale critique adressée au *nudging* porte sur le niveau d'action privilégié, qui est axé sur l'individu, avec une tendance à négliger les conditions sociales, économiques et politiques ainsi que les facteurs structurels dans lesquels les comportements individuels s'inscrivent (Evert, Loer et Thomann 2018). Pour Bergeron et al. (2018), qui ont consacré une étude approfondie de sociologie critique à ce qu'ils appellent le biais comportementaliste dans l'action publique, le *nudging* est à appréhender dans un contexte général de montée en puissance de l'économie comportementaliste, qui néglige le contexte et surestime la rationalité individuelle (voir aussi Frerichs 2011). Il s'agirait là d'un gouvernement par les conduites individuelles (Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier 2014) qui peut, dans le pire des cas tendre à de la manipulation si les principes éthiques de la transparence dans l'action publique et de la dignité individuelle ne sont pas respectés (Sunstein 2015). D'autres critiques portent sur les éléments suivants : risque de paternalisme d'Etat, affinités néo-libérales en donnant l'illusion politique d'agir à faible coût, modèle expérimenté en laboratoire et basé sur l'idée d'un individu fictif, changement superficiel au déterminant d'une approche structurelle, efficacité plus grande sur les publics privilégiés (Blumenthal-Barby & Burroughs, 2012; Chevallier 2018; Loer et Neher forthcoming 2024; Mols et al., 2015).

Ces développements relatifs au *nudge* sont importants car les labels peuvent typiquement relever de ce genre d'instrument en fonction de leurs caractéristiques. C'est par exemple le cas des labels de type Nutriscore, qui sont exclus du périmètre de la présente recherche. Les projets étudiés ici sont des procédures de certification organisationnelle, et vont donc bien au-delà. En revanche, s'ils ne sont pas directement des instruments de *nudge*, les trois labels étudiés ici peuvent en partager certaines caractéristiques en fonction de leurs modalités de mise en œuvre. FV s'assimile à du *nudging* si l'assiette est proposée dans un restaurant parmi d'autres choix possibles. La quasi-totalité des certifications FV dans le canton de Vaud touche néanmoins des établissements scolaires et des EMS (cf. *infra*), et s'adresse donc à des publics relativement captifs. Toutefois, outre le fait de manger à la maison, les enfants et leurs familles peuvent également choisir l'achat d'un repas dans un commerce environnant ce qui fait de FV un élément au sein d'une architecture plus complexe. Pour CES, l'effet *nudging* peut être présent si la commune privilégie des actions de type comportemental dans son catalogue de prévention et promotion de la santé (PPS), au détriment de mesures plus structurelles. Le risque semble plus éloigné pour YLB qui préconise des activités et

parcours structurés d'activité physique comme partie intégrante et non optionnelle de son catalogue, bien que le respect des recommandations dépende des modalités effectives de mise en œuvre au sein de chaque crèche. Le risque de coloration comportementaliste des labels est thématiqué dans le chapitre final (Perspective d'avenir).

Résultats Revue de littérature labels suisses

Sur les 18 articles mentionnant spécifiquement les trois labels suisses étudiés ici, 9 concernent des mentions secondaires, et 9 autres rapportent des résultats d'évaluation de ces labels. Les résultats des mentions secondaires des labels n'étant pas prioritaires, ils ont été placés en annexes du rapport. Les résultats présentés ci-dessous concernent les articles scientifiques faisant état de résultats relatifs à l'efficacité ou les effets des trois labels.

Evaluations des labels suisses. Un seul article concerne « **Fourchette Verte** » (Kruseman et al., 2013), et consiste en une simple étude de cas qualitative d'une crèche labellisée dans le canton de Vaud. Les auteur.e.s remarquent que les repas étaient globalement équilibrés mais que la quantité de protéines et de sodium excédait les quantités recommandées par le label pour les enfants. Les auteur.e.s ne remettent pas en cause l'efficacité du label, mais remarquant que ces excès d'apports protéiques et sodés avaient été observés dans d'autres articles portant sur d'autres labels, iels proposent de mettre en place des mandats de prestation et une formation pour les professionnel.le.s des cuisines de collectivités, ainsi que des formations à destination des parents.

Dans le seul article concernant une évaluation de « **Commune en santé** », Forbat *et al.* (2024) étudient les liens entre les objectifs de développement durables (*sustainable development goals*, SDGs) et les politiques de santé publique de la ville de Lausanne. Cette étude ne se limite pas au label « Commune en santé », mais inclut deux autres programmes adoptés par la municipalité, le label « Global Active City »⁷ et l'adhésion au réseau « Healthy Cities » de l'OMS, et les étudie au prisme de la grille S2D, qui propose une nouvelle méthodologie pour aborder ces enjeux. Pour créer cette grille, les auteur.e.s ont retenu 169 objectifs de développement durable pertinents au niveau des communes et directement liés aux déterminants de santé. Iels les répartissent en 56 catégories et 6 thématiques. Les mesures locales identifiés au travers des trois programmes lausannois correspondent à 92 des SDGs (54%), certaines thématiques étant plus couvertes que d'autres. Les auteur.e.s montent ainsi le fort potentiel de synergie entre la promotion de la santé et les objectifs du développement durable tel qu'il peut se manifester à travers des labels, ainsi que l'importance de la gouvernance intersectorielle dans cette direction. L'article se limite toutefois à l'analyse des objectifs déclarés sur le papier et ne porte pas sur leur mise en œuvre effective. L'article a une forte teneur méthodologique, mais il permet de mettre en évidence la coexistence de multiples labels et les enjeux de cohérence qui en découlent.

Davantage d'articles scientifiques reportent des résultats relatifs à « **Youp'la bouge** ». Bonvin *et al.* (2013) étudient les effets du programme précédant la création du label du même nom. Cinquante-huit crèches sélectionnées dans les cantons de Vaud, de Neuchâtel et du Jura ont ainsi participé à un essai clinique randomisé par grappe (335 enfants dans les 29 crèches du groupe contrôle et 313 dans le groupe intervention). Les interventions testées étaient individuelles (formation et soutien aux éducateur.rice.s, encouragement de la participation des parents), et environnementales

⁷ <http://activewellbeing.org/>

(recommandation d'activité physique quotidienne et aménagement d'un espace dédié). Les résultats de l'étude sont mitigés : après 9 mois, aucune différence n'a pu être constatée entre les deux groupes relativement à un test de motricité (adapté du *Zurich Neuromotor Assessment* incluant la montée et descente d'escaliers, la course, l'équilibre et le saut), le BMI, l'activité physique (calculé dans 30 des crèches à l'aide d'un accéléromètre durant une journée) et la qualité de vie (estimée par un questionnaire distribué au parent). Les auteur.e.s soulignent ainsi la difficulté d'implémenter ce genre de programme en situation réelle et précisent que les résultats de leur recherche ont été pris en compte afin de définir les critères du label Youp'là bouge : « 1) 90 minutes/jour d'activité physique (dont 10 minutes d'activité physique structurée) ; 2) au moins un.e éducateur.ice formé.e par garderie ; 3) existence d'une politique d'activité physique formalisée à l'écrit; 4) dans la mesure du possible, accès libre à un espace de mouvement intérieur et l'achat d'équipements spécifiques ; 5) au moins une session d'information parentale par an » (Bonvin et al., 2013, p. 10). Cependant, il ne semble pas que de nouvelles publications aient saisi l'opportunité de réévaluer ces changements.

Il est cependant important de nuancer ces résultats. En effet, comme le soulignent Ackermann et al. (2015, p. 21) dans leur évaluation de la stratégie suisse de promotion de la santé : « Les évaluations ad hoc de ce type (...) sont généralement incapables de vérifier les effets sur le poids corporel individuel ». Même dans leur évaluation de la stratégie nationale dans sa globalité, les auteur.e.s ne parviennent pas à estimer dans quelle mesure le programme de prévention est responsable de la stabilisation du pourcentage d'enfants en surpoids ou obèse dans la population observée à partir de 2006, en raison du nombre de variables intermédiaires qui peuvent également avoir un impact. Ils avancent tout de même en conclusion qu'« en se fondant sur les effets observés à différents niveaux intermédiaires, il semble plausible que le programme national ait apporté une contribution significative » (*op. cit.*, p. 27)⁸.

Ward et al. (2017) ont proposé une revue systématique de 43 interventions visant à prévenir l'obésité en favorisant une alimentation saine, l'activité physique et/ou en limitant temps d'écran menées dans des centres d'éducation de la petite enfance (0-6 ans) à l'international entre 2010 et 2015 (y compris YLB) et ayant fait l'objet d'une évaluation avant/après. Le but de l'article était d'identifier quelles caractéristiques de celles-ci avaient le meilleur effet sur les résultats comportementaux et anthropométriques des enfants. Les auteur.e.s ont ainsi remarqué que l'intensité de l'intervention (nombre de stratégies d'intervention, fréquence d'utilisation et durée de l'intervention) n'avait pas d'effet sur l'activité physique et le régime alimentaire. Cependant une corrélation positive a été observée entre cette intensité et les mesures anthropométriques. L'engagement des parents renforçait cette corrélation.

Luecking et al. (2017) ont mené une revue systématique incluant 135 articles (couvrant 77 interventions, dont YLB) qui visait à la fois à étudier quel(s) critère(s) de références de marketing social étaient mobilisés dans des interventions au sein de centres d'accueil de la petite enfance (2-5 ans) et à identifier les opportunités de développement de cette approche. La plupart des études sélectionnées étaient des essais contrôlés randomisés au niveau du groupe ou de l'individu. Les autres étaient des études quasi-expérimentales, des études sur un seul groupe et des études croisées. Les auteur.e.s ont également cherché à déterminer si une relation existait entre l'efficacité de

⁸ L'évaluation a notamment porté sur des enquêtes populationnelles, une enquête auprès des parties prenantes, ainsi que des évaluations des différents projets et campagnes s'inscrivant dans le cadre de la stratégie nationale.

l'intervention et l'application d'un ou plusieurs critères de marketing social visant par exemple à prendre en compte les comportements cibles visés par l'intervention, l'orientation-client, l'inclusion de théorie comportementale, la perception des forces motivationnelles du public-cible, le coût perçu du changement comportemental, ou encore la compétition entre les alternatives. Le nombre de critères de référence inclus dans l'intervention ne semblait pas impacter les résultats de l'intervention (régime, activité physique ou mesures anthropométriques). Cependant les auteur.e.s soulignent d'une manière générale les effets positifs des interventions sur les comportements alimentaires ou l'activité physique (dans 75% des cas), sans malheureusement préciser quels sont ces effets positifs, ni quel type d'interventions étaient davantage susceptibles de produire ces résultats. De plus, iels reviennent sur le fait que les interventions n'ont mené à des effets observables sur les mesures anthropométriques que dans 40% des cas (2017, p. 1434).

Résultats Revue de littérature internationale - Labels du type "Commune en santé"

Introduction :

La diversité des mesures prises par chaque commune et la nature unique du label « Commune en santé » rendent difficile la recherche de littérature directement pertinente. En effet, le label a pour but de reconnaître et de valoriser une multitude de mesures adaptées aux spécificités de chaque commune, ce qui ne permet pas de rassembler de la littérature uniquement sur un type de mesure. La diversité des mesures de Commune en santé peut en effet par exemple aller du soutien aux senior dans des actions favorisant la biodiversité à la promotion de la santé au travail ou à la mise en place de cours de gymnastique.

Les « place-based approaches », ou approches territorialisées (c'est-à-dire basées sur un lieu), constituent néanmoins une source de comparaisons intéressantes. Ces approches mettent l'accent sur l'importance du contexte local (qui peut être un voisinage comme une région entière) pour promouvoir la santé. Elles partagent avec le label CeS la reconnaissance que les interventions doivent être adaptées aux besoins et conditions spécifiques de chaque lieu. Cependant, les résultats de ces approches peuvent difficilement être généralisables en raison justement de leur forte dépendance au contexte local (Walsh, 2001) Dans la littérature, leur évaluation apparaît cependant comme un enjeu majeur, mais peu d'articles fournissent des résultats précis sur les effets de ces initiatives.

L'initiative Healthy Cities de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est un exemple d'approche territorialisée appliquée à un contexte urbain qui, à partir de 1988, encourage les villes membres à adopter des politiques et des stratégies holistiques pour la santé⁹.

Résultats principaux

La littérature réunie dans cette partie met en lumière les défis et les succès des approches territorialisées en santé. Les résultats principaux sont ceux-ci :

- I. Les approches territorialisées et le projet « Healthy Cities » de l'OMS partagent une **complexité d'évaluation** en raison de leur nature multisectorielle, de leur adaptabilité au contexte local, et du fait qu'elles comprennent des portfolios d'activités multiples rendant difficile de retracer les effets de cumulativité. De plus, le lieu d'habitat ne constitue que l'un des facteurs influençant la santé des individus. Les évaluations traditionnelles en médecine du type essais randomisés contrôlés ne s'adaptent pas

⁹ <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>

- facilement à ces initiatives, nécessitant des paradigmes d'évaluation contextualisés pour mesurer efficacement leur efficacité.
- II. Ces initiatives reposent sur **la participation communautaire**. L'engagement communautaire rend ces initiatives moins vulnérables aux changements politiques. Une attention doit être apportée à la manière dont la communauté est impliquée pour éviter le tokénisme, qui consiste à donner une apparence de participation sans un réel pouvoir décisionnel. Un équilibre entre les approches top-down et bottom-up doit également être trouvé pour éviter de surcharger les communautés (càd. le fait de se décharger sur le travail des acteurs communautaires au lieu d'assurer une action étatique forte prenant elle-même en charge ces actions).
 - III. Les approches territorialisées de la santé nécessitent **des partenariats intersectoriels** pour aborder les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Une coordination efficace entre différents secteurs (par ex. public-privé-associatif, travail interdépartemental au sein de la commune) est déterminante pour le succès des interventions. Au sein de la commune, il est notamment primordial de porter ces enjeux auprès des départements gouvernementaux qui ne collaborent pas traditionnellement avec les secteurs de santé publique.
 - IV. Les **réseaux nationaux et internationaux** permettent le partage des bonnes pratiques et des connaissances, ce qui peut renforcer l'efficacité des initiatives locales.

Résultats détaillés

1. Approches territorialisées

Les approches territorialisées s'inscrivent dans une approche de la santé publique telle que conceptualisée dans la Déclaration d'Alma-Ata (1978) et dans la Charte d'Ottawa (1986). Ces documents fondateurs proposent une vision globale de la santé, et soulignent l'importance de l'engagement des gouvernements dans la promotion de la santé à travers divers secteurs, une approche reconnue à partir de 2006 sous le nom de « Health in All Policies » (HiAP). Reconnaisant les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé, les approches territorialisées cherchent à améliorer la santé des communautés et à réduire les inégalités de santé par une intervention locale multisectorielle.

L'un des défis qui ressort de la littérature sur le sujet est la clarification de la définition de ces initiatives. En effet, comme le souligne Walsh (2001), il n'existe de consensus ni sur ce que sont les approches territorialisées ni sur leur champ d'application. Pour l'auteur, ce type d'intervention est très limité dans le temps et s'applique à des unités locales très petites (par exemple des quartiers) où un problème social, économique ou environnemental est identifiable.

Soulignant également le manque de définition claire autour de ces approches, Klepac *et al.* (2023) proposent un idéal-type permettant de les identifier : « Les approches territorialisées sont des programmes, des interventions ou des initiatives de collaboration dans lesquels de multiples parties prenantes, unies par une vision commune, s'appuient sur les compétences, les connaissances et/ou l'expérience de la population locale pour résoudre des problèmes complexes dans un lieu géographique spécifique. » (2023, p.8) Pour les auteur.e.s, il est important d'uniformiser cette conception pour favoriser la collaboration entre les différents secteurs du gouvernement. Iels soulignent également l'importance de trouver un équilibre entre les approches ascendantes (bottom-up) et descendantes (top-down) pour maintenir l'engagement du gouvernement et éviter de surcharger les communautés locales.

Les différentes revues sur les approches territorialisées présentent des résultats positifs, tout en soulignant la difficulté d'évaluer ce type d'approches. Dans une *scoping review* portant sur 15 articles, Quilling *et al.* (2022) rapportent qu'aucune publication ne fournit de preuves conformes au standard médical. Les interventions locales en promotion de la santé, par leur nature complexe, rendent difficile l'application de modèles théoriques fondés sur l'évidence. O'Dwyer *et al.* (2007) notent dans leur revue systématique de 24 publications que l'évaluation des interventions basées sur le lieu est souvent rendue difficile par des stratégies multiples, des évaluations inadéquates et des changements de politique. Malgré ces défis, certaines études de bonne qualité montrent que ces interventions peuvent effectivement réduire les inégalités. En particulier, les interventions basées sur le lieu sont efficaces lorsque :

« Il y a eu un changement ou une différence dans l'environnement physique ; le financement était adéquat ; il y avait une bonne direction et un bon partenariat avec les communautés ; il y avait des programmes appropriés et bien conçus ; le soutien politique était ferme ; les objectifs n'ont pas changé au cours du programme ; et la taille de la zone était adaptée à l'inégalité particulière. » (O'Dwyer *et al.*, 2007, p.329)

S. Nickel et von den Knesebeck (2020) rapportent que, dans la plupart (24 sur 32) des articles étudiés dans leur revue systématique, les interventions locales ont un effet positif sur la santé (comportement, accès au service de santé, littéracie, et / ou état de santé). Cependant celui-ci reste limité selon les auteur.e.s. Iels expliquent en effet que les interventions à large échelle ont moins de résultats que celles se concentrant sur des petits groupes ciblés de population. Ils reconnaissent également la difficulté d'observer des effets à long terme et conseillent que les interventions se concentrent sur des résultats proximaux (c'est-à-dire qui ont un effet direct sur la santé, par exemple limiter les comportements à risque) plutôt que distaux (par exemple améliorer la satisfaction de vie). De plus, ils suggèrent d'investir dans le renforcement des capacités des communautés impliquées.

Dans une revue parapluie portant sur 13 revues systématiques (rassemblant 51 études), McGowan *et al.* (2021) ont observé que ce sont les interventions modifiant l'environnement physique, telles que les améliorations des logements et des espaces publics, qui ont montré des effets positifs sur la santé, notamment en augmentant l'activité physique. Cependant, l'impact sur les inégalités de santé reste incertain en raison du manque d'études rapportant les caractéristiques nécessaires pour ces évaluations (PROGRESS+¹⁰).

2. Healthy Cities

« Healthy cities » est un projet de développement lancé par l'OMS en 1986 visant à promouvoir la santé en milieu urbain, dans une approche socio-écologique. En impliquant les acteurs au niveau local, ce programme cherche à promouvoir la santé et le bien-être des habitant.e.s. Les réseaux nationaux et internationaux de villes complètent ce programme, permettant ainsi aux communes d'échanger sur les bonnes pratiques. Le programme de l'OMS se distingue du label « Commune en santé » entre autres par son organisation en phases prédéfinies. Cette approche par phases permet d'ajuster les stratégies en fonction des besoins émergents et de mobiliser les ressources autour de projets spécifiques. Par exemple, la phase VI (2014-2018) s'est concentrée sur des thèmes comme le vieillissement en bonne santé, tandis que la phase VII (2018-2025) met l'accent sur des sujets tels que les inégalités en santé et les impacts du changement climatique. En comparaison, le label « Communes en santé » adopte une approche plus continue. Le coût pour les communes n'est

¹⁰ <https://methods.cochrane.org/equity/projects/evidence-equity/progress-plus>

également pas le même dans les deux initiatives puisque CeS est gratuit, alors qu'une participation financière est demandée pour adhérer à Healthy Cities.

a. Évaluation

Depuis ses débuts et encore actuellement (Amri *et al.*, 2022), le mouvement « Healthy Cities » a posé des défis significatifs en matière d'évaluation. Davies et Kelly (1993) avaient déjà souligné ces enjeux dans l'introduction de l'ouvrage collectif *Healthy Cities: Research and Practices*. Soulignant l'échec des méthodes scientifiques traditionnelles pour appréhender ces interventions complexes et multidisciplinaires, ils appelaient à développer un nouveau paradigme permettant l'évaluation des Healthy Cities. Pour O'Neill et Simard (2006), il n'est pas possible d'adopter une approche unique à l'évaluation des Healthy Cities. Des choix doivent être fait dans les indicateurs et les méthodes mobilisés, dépendants du but des parties prenantes. Ils soulignent donc que ce sont des choix éminemment politiques. Cette importance d'adapter la démarche au contexte est également souligné à plusieurs reprises par des spécialistes du mouvement, notamment Evelyne de Leeuw. En promouvant la mobilisation d'un paradigme d'évaluation réaliste, elle souligne que le but sera alors d'estimer « qu'est-ce qui fonctionne pour qui dans quelles circonstances ? » (2012, p.226).

L'évaluation de la phase V du réseau européen des Healthy Cities (2009 - 2013), détaillée dans le supplément de juin 2015 de *Health Promotion International*¹¹, illustre bien les défis d'évaluation de ce programme. Dans l'article de de Leeuw *et al.* (2015a), le cadre méthodologique et la collecte de données pour l'évaluation réaliste sont présentées. Les villes participantes au réseau européen ont été invité à remplir au moins une étude de cas stratégiques et une thématique, ainsi qu'un questionnaire d'évaluation générale. Cela était complété par les rapports annuels que les villes sont tenues de remplir, leur profil de Healthy Cities, les 32 indicateurs standards du programme et les données initiales récoltées à l'entrée des villes dans le projet. En outre, des données extraites d'autre bases de données dont Eurostat ont été utilisées pour enrichir l'évaluation.

Bien que cette collecte aient permis de rassembler une grande richesse de données, les auteur.e.s de la conclusion du supplément reconnaissent que l'équipe d'évaluation n'est pas parvenue à « exploiter pleinement le potentiel de la synthèse réaliste » (de Leeuw *et al.*, 2015b, p.118) en raison du manque de temps et de ressources. Cependant, les auteur.e.s notent que le programme a encouragé les autorités locales à ne plus se contenter d'interventions centrées sur les habitudes de vie, mais à élaborer des politiques et des programmes englobant la durabilité, la planification urbaine et l'équité, en intégrant les preuves relatives aux déterminants sociaux de la santé. Néanmoins, ces autorités sont souvent confrontées aux conséquences de la crise financière et agissent dans des conditions d'austérité. A un niveau global, les initiatives des Healthy Cities en Europe visent à réduire les inégalités de santé en proposant des programmes et des politiques fondés sur des preuves et sur les bonnes pratiques. Cette évaluation assez complète de 2015 semble être la plus récente du programme. Les phases ultérieures semblent en effet ne pas avoir pour l'instant donné lieu à de nouvelles publications de ce type.

b. Études de cas

Malgré ces difficultés d'évaluation, plusieurs auteur.e.s ont proposé dans des études de cas des pistes de réflexion sur les facteurs de succès et les défis rencontrés par ces initiatives. Kegler *et al.* (2000) ont cherché à évaluer le Healthy Cities Project californien et ont proposé un cadre d'évaluation à cinq niveaux pour évaluer le changement : individuel, participation civique, organisationnel, inter-organisationnel et communautaire. Le niveau organisationnel est celui pour lequel il existe probablement le plus de preuves empiriques soutenant la relation entre les initiatives

¹¹ https://academic.oup.com/heapro/issue/30/suppl_1

et les résultats en matière de santé puisque celui-ci comprend les programmes et les services, qui sont plus facile à évaluer que le leadership ou la participation de la communauté. D'autres auteur.e.s ont également proposé des évaluations en s'appuyant sur l'expertise des coordinateur.rice.s. Tout d'abord, Boonekamp *et al.* (1999) ont mené des entretiens avec les responsables du projet de 13 des 98 Healthy Cities du réseau valencien. Les auteur.e.s soulignent tout d'abord l'hétérogénéité des projets car ceux-ci s'adaptent à chaque municipalité. Leur article montre également la nécessité de renforcer le travail interdépartemental (notamment avec des secteurs qui collaborent rarement sur des enjeux de santé publique comme ceux de l'emploi ou l'agriculture) et la participation communautaire, ce afin d'ancrer l'initiative auprès de la population et la rendre moins fragile face aux changements politiques.

Deuxièmement, l'étude rétrospective de Plümer *et al.* (2010) revient sur l'implémentation des Healthy Cities en Allemagne entre 1999 et 2002. L'analyse des réponses de 49 villes (sur 52) au questionnaire distribué aux coordinateur.rice.s des projets révèle qu'il serait bénéfique d'intégrer plus fortement cette initiative dans le système politique et administratif local, ainsi que dans le réseau national. Les auteurs notent néanmoins que la majorité des coordinateur.rice.s considèrent leur travail au sein des Healthy Cities comme bénéfique au niveau local et national. Plus précisément au niveau local, les répondant.e.s ont pu indiquer des exemples de mesures (comme l'introduction de conférence sur la santé).

En s'appuyant à la fois sur la réponse des coordinateur.rice.s au questionnaire d'évaluation général et sur les rapports annuels des réseaux nationaux à l'OMS, Heritage et Green (2012) ont étudié l'importance de quatorze réseaux nationaux et du réseau international d'Healthy Cities accrédités par l'OMS en Europe qui ont pour but de mettre en relation les villes membres afin que celles-ci puissent échanger des connaissances et partager leurs expériences de mise en œuvre de mesures. Iels soulignent que les réseaux nationaux ont permis d'intégrer les données de l'OMS aux réalités locales des villes membres, mais alertent sur le fait que ceux-ci restent vulnérables à la perte de leadership, aux changements politiques défavorables et à la fluctuation du soutien national. Selon les auteur.e.s, le réseau européen des réseaux nationaux n'a pas encore atteint son plein potentiel en termes de diffusion des connaissances et de solidarité, bien qu'il ait permis l'échange d'expertise au-delà des frontières.

Heritage a également étudié l'implication de la communauté dans Healthy Cities dans un article rédigé avec Dooris (2009). Si les Healthy Cities ont généralement réussi à promouvoir l'engagement communautaire, selon elleux certaines villes s'engagent parfois dans des processus qui relèvent plus de la 'participation' que de l'empowerment'. Les deux sont pourtant nécessaires : la première permettant une bonne gouvernance locale et le deuxième étant au cœur de la promotion de la santé. Afin de renforcer l'engagement de la communauté il est important selon les auteur.e.s d'acquérir des compétences pour améliorer le contact, et d'assurer un retour d'information aux habitant.e.s locaux. Afin de s'organiser et d'assurer une coordination intersectionnelle, les Healthy Cities mettent en place des comités de pilotages composés des acteurs clés de différents secteurs. Dans 80% des 44 villes participantes à l'étude, les représentant.e.s des communautés participaient à la prise de décision en étant intégré.e.s à ces comités de pilotage. Les auteur.e.s regrettent cependant que dans la plupart des cas ces représentant.e.s étaient des membres de grandes ONG, et invitent à promouvoir la participation de non-professionnel.le.s.

Les éléments soulignés jusqu'ici trouver une autre formulation sont des éléments qui sont en partie synthétisés dans l'article de Baum *et al.* (2006) sur les facteurs de la durabilité d'Healthy Cities à Noarlunga en Australie. En s'appuyant sur la revue narrative de 29 documents (évaluations, rapports annuels et documents décrivant les activités dans le cadre de l'initiative), les auteur.e.s identifient comme cruciaux pour la pérennité neuf éléments :

« une vision forte en matière de santé sociale ; un leadership inspirant ; un modèle capable de s'adapter aux conditions locales ; la capacité de jongler avec des demandes concurrentes ; une participation communautaire fortement soutenue qui représente un véritable engagement ; la reconnaissance par un large éventail d'acteurs que les Healthy Cities constituent un espace relativement neutre pour atteindre les objectifs ; des liens efficaces et durables avec une université locale ; une orientation vers l'extérieur ouverte aux liens internationaux et aux perspectives extérieures ; et, plus important encore, la transition d'un projet à une approche et à une méthode de travail. » (Baum et al., 2006, p. 259)

Ces différentes études de cas permettent en partie de dépasser les défis de l'évaluation et d'identifier des facteurs de succès des initiatives de promotion de la santé. En utilisant des cadres d'évaluation différents, ces articles montrent l'importance de l'ancrage politique du projet, ainsi que le rôle que peuvent jouer les réseaux nationaux et internationaux.

3. Critiques

Il est relativement difficile de trouver dans la littérature des articles critiques des « Healthy Cities » ou des approches territorialisées. La plupart des articles d'évaluation rassemblés ici partent du principe que ces initiatives sont intrinsèquement bénéfiques. Toutefois, certaines analyses critiques méritent attention, notamment celles de Petersen (1996). Il remet en question l'idée que le projet d'« Healthy Cities » soit une approche nouvelle à la santé publique. Pour l'auteur, ce projet témoigne de la persistance de la croyance en la science et les solutions administratives rationnelles pour résoudre les problèmes de santé urbaine. Il se montre également critique sur l'idéal de « participation communautaire ». Il souligne que bien que la littérature ait abordé les enjeux de représentativité (tokenisme) et de la capacité des employés locaux à collaborer avec les représentants communautaires potentiellement critiques, il est souvent considéré que des solutions technico-rationnelles à dominante professionnelle peuvent améliorer ces situations alors que les problèmes socio-politiques sous-jacents sont en réalité plus structurels et profonds.

Rushton (2013) revient également sur cet idéal dans son article critique d'une intervention dans des régions identifiées comme défavorisées en Australie. Dans cette étude de cas, l'auteure revient sur les enjeux de la représentation des communautés en s'appuyant sur des transcriptions d'entretiens, des notes d'observation, un journal de recherche ainsi que différents documents officiels. Elle souligne que les communautés ont été en partie exclues du conseil car elles « manquaient de ressources, étaient trop grandes, incohérentes et que leurs intérêts, bien que largement inconnus, étaient perçus comme trop divergents de ceux du gouvernement de l'État. » (Rushton, 2014, p.106). Cet article met en lumière la complexité des partenariats participatifs et les défis liés à la représentation des communautés les plus vulnérables, soulignant la nécessité d'approches plus inclusives.

Résultats Revue de littérature internationale - Labels du type "Youp' là bouge"

Introduction. Les preuves récoltées dans la littérature scientifique sur des programmes tels que YLB sont les plus robustes des trois types de programmes étudiés, et soulignent globalement l'efficacité de telles actions. Cela ne signifie pas que les deux autres types de programme (CeS et FV) ne le soient pas, mais que les programmes du type YLB : i) se prêtent mieux à des mesures d'*outcome* sous forme d'expérimentations comparant des groupes d'intervention et des groupes témoins; ii) permettent un meilleur traçage des liens de causalité entre l'intervention et les effets (chaînes de causalité plus resserrées que dans le cas des communes ou de la restauration); iii) semblent proposer un type d'activité efficace en soi (promotion du mouvement dans la petite enfance en setting institutionnel). Les interventions incluses dans la recherche de littérature ont

compris tout programme visant à promouvoir l'activité physique et/ou prévenir l'obésité dans les structures d'accueil de jour de petite enfance préalables à l'entrée en scolarité (0-5/6 ans dans la littérature internationale). Le contenu exact de ces interventions peut en revanche varier en fonction des programmes (cf. *infra*). La mesure des outcomes variait également, allant d'outcomes primaires comme des modifications de poids ou réduction du BMI, à des outcomes secondaires comme des changements de comportement concernant l'alimentation et l'activité physique ou encore un renforcement de la motricité.

Résultats principaux. La littérature étudiée estime que les programmes de promotion de l'activité physique et prévention de l'obésité dans les structures d'accueil de la petite enfance sont efficaces et opportuns du point de vue de la santé publique pour les raisons suivantes :

- I. Ils permettent de toucher une partie d'une **classe d'âge**, bien que de manière moins systématique que l'école obligatoire.
- II. Ces programmes interviennent au moment le plus cruciale de la mise en place de routines concernant l'alimentation et les comportements de santé, à savoir la prime enfance. La littérature est unanime sur l'importance d'**interventions précoces** (Larson et al. 2011).
- III. Ces programmes œuvrent à créer des **contextes de vie favorables à la santé**, par leur caractère multiforme et leur intégration dans l'environnement de vie des enfants (Sisson et al. 2016) : alimentation quotidienne; sensibilisation, éducation ou renforcement des compétences de l'entourage des enfants; incorporation du mouvement dans la routine quotidienne; spatialité du setting favorisant le mouvement de manière systémique.
- IV. Les éléments suivants sont particulièrement mis en avant concernant une efficacité maximale des programmes : **combinaison des actions touchant à l'alimentation et à l'activité physique** (vs. interventions mono-thématiques sur l'un ou l'autre de ces aspects) (Ward et al. 2017); **actions basées sur la théorie** (Finch et al. 2016); activité physique sous forme d'**interventions structurées (vs. libres)** (Finch et al. 2016); **durée et intensité** d'exposition à l'intervention (Ward et al. 2017); **interventions spécifiques par des expert.e.s**, par ex. pour des actions d'information (vs. délégation au personnel non-spécialisé des structures) (Finch et al. 2016); proposer une réelle **assistance technique** aux centres certifiés (vs. simples suggestions) (Sisson et al. 2016); **inclusion des parents** (Ward et al. 2017).

Résultats détaillés. Les programmes de promotion de l'activité physique et prévention de l'obésité dans les centres d'accueil de la petite enfance analysés dans la littérature comprennent différents modules qui ne sont pas automatiquement présents dans le programme YLB, si bien que ces spécificités doivent être prises en compte. Le contenu des programmes passés en revue peut ainsi par exemple contenir les éléments suivants : modules d'activités physique structurés ou moments d'activité libre, inclusion des parents ou non, et sous diverses formes (information écrite, orale, *community-based sessions* dans une optique d'empowerment de groupe, sessions éducatives), information ou sensibilisation du personnel des centres, information des enfants sous des formes ludiques (marionnettes, dégustations de nouveaux aliments), ou encore réorganisation spatiale du centre.

Efficacité globale de ce type d'intervention. Dans une revue systématique de littérature portant sur 43 études, Ward et al. (2017) concluent que la force de l'intervention (notamment durée et fréquence) influence positivement les *outcomes* anthropométriques (mais pas les *outcomes* comportementaux, toutefois considérés par les auteur.e.s comme moins fiables au niveau de la mesure chez les enfants) et soulignent l'importance de l'engagement parental. Dans les 43 programmes étudiés, l'engagement parental pouvait prendre la forme d'interventions plus ou moins intensives, allant de newsletter ou distribution de matériel à l'organisation de workshops, de cours de cuisine

voire même de “journées des familles”. 72% des programmes incluant une mesure relative à l'alimentation (par ex. réduction du sucre ou nombre élevé de fruits et légumes) ont obtenu un impact positif parmi les enfants. 77% des programmes examinés ont fait preuve d'effets sur le renforcement de l'activité physique. L'étude souligne en outre l'importance de ces centres comme lieux de vie : pour les enfants fréquentant à plein temps les structures dédiées, les repas qui y sont pris représentent 50% de leur alimentation quotidienne, et les centres représentent parfois leur unique opportunité de mouvement. Les résultats de l'étude sont en revanche mitigés concernant l'impact d'interventions comprenant de multiples dimensions, ce qui fait dire aux auteur.e.s que des interventions complexes sont peut-être susceptibles de perdre en faisabilité et en fidélité dans la mise en œuvre.

Les effets d'un encouragement à l'activité physique évalués dans 20 centres d'accueil américains ont donné de très bons résultats sur différents *outcomes* (intensité et degré d'activité physique, degré de sédentarité), les éléments déterminants ayant été la formation, l'éducation, l'existence de matériel de jeu et mouvement portable et fixe, le fait de créer des opportunités de mouvement dans le quotidien des enfants (Bower et al. 2008). Passant en revue 9 interventions dans des *setting* accueil petite enfance/école, Hesketh et Campbell (2010) concluent qu'un tiers-des programmes ont atteint un clair succès (réduction des comportements sédentaire, réduction de la consommation de graisses), et un-tiers quelques preuves de succès sur certaines dimensions. Les auteurs notent que la plupart des études reviewées ici manquaient d'une composante parentale.

Implication des parents. Dans une *scoping review*, Volger et al. 2019 insistent aussi, concernant les interventions au sein de structures de petite enfance, sur l'importance de l'engagement parental et de stratégies incluant des dynamiques interpersonnelles propres à modifier les routines et comportements familiaux. Sur la base d'une revue de littérature, Morris et al. 2015 soulignent eux aussi l'impact de l'enrôlement parental sur les *outcomes* (notamment réduction du BMI pour 6 études sur 15). Celui-ci pouvant prendre la forme de *community-building* à travers l'inclusion des parents dans la gestion des projets, des workshops et cours de cuisine, ou encore l'éducation par les pairs à travers des parents multiplicateurs. Leur étude souligne aussi que la fréquence des contacts avec les parents de même que leur satisfaction avec le programme influence l'*outcome*.

Alimentation. Jackson et al. (2021) ont quant à eux mené une revue systématique des recommandations basées sur l'évidence et émanant des agences de santé et organismes d'accréditation dans ce domaine aux USA, UK et en Australie. Pour l'alimentation, ces recommandations insistent sur la limitation des boissons sucrées, l'adaptation de la taille des repas à l'âge, le déploiement d'une atmosphère conviviale et propre aux interactions sociales durant les repas. Les auteur.e.s insistent toutefois sur la nécessité future d'articuler ces bonnes pratiques avec des stratégies et incitatifs de niveau macro, en les inscrivant dans des normes réglementaires. Larson et al. (2011) soulignent l'importance de programmes combinant une réduction de l'apport calorique et une augmentation de la dépense énergétique sur les enfants (toutefois basé sur un échantillon d'études restreint). Ces auteur.e.s rappellent aussi que les interventions visant au changement individuel dans les structures de petite enfance doivent cibler prioritairement les quartiers à bas revenu/à minorités raciales, et être complétées de mesures structurelles se déployant au niveau des politiques publiques.

Une partie des interventions traitées dans les revues de littérature comportement aussi du contenu visant à réduire le temps d'exposition des enfants aux écrans en plus de la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique (voir par ex. Sisson et al. 2016).

Résultats multiples. Pour Story et al. (2006), l'activité physique structurée doit comporter une variété de mouvements différents. Ces auteurs soulignent l'importance des centres de jour puis des écoles dans la promotion de l'activité physique des enfants, tout en soulignant les inégalités entre organisations qui peuvent porter sur la place intérieure et extérieure à disposition, le type d'équipement disponible, la taille des groupes d'enfants et le type de formation des éducateurs.trices. Ils rappellent aussi que nombre d'enfants fréquent des accueils de jour sous forme non-institutionnelle (type maman de jour), qui restent donc hors de portée des programmes. Selon Finch et al. (2016), pour être efficaces, les activités menées dans le cadre des programmes doivent être basées sur la théorie et l'évidence, menées par des expert.e.s, et les moments d'activités physiques doivent être, au moins en partie, structurés (càd. contenant des activités prévues à l'avance par les éducateurs.trices dans une visée de promotion du mouvement). Vis-à-vis des structures d'accueil, les programmes doivent idéalement contenir à la fois i) une assistance technique (càd un soutien optimisé basé sur les besoins spécifiques du centre), ii) une offre de formation, et iii) des incitatifs (Arlinghaus et al. 2023). Des exemples d'incitatifs sont des gains dans l'efficacité du management de la structure, un gain réputationnel, un avantage pour d'autres types d'accréditation, ou encore une cérémonie officielle de remise du label. Dans une revue de littérature incluant les accueils de jour en structure externe et à la maison, Tandon et al. 2012 insistent sur la difficulté à pouvoir offrir des espaces intérieurs, complémentaires aux espaces extérieurs, permettant réellement le mouvement (par ex. le fait de courir).

Études de cas. Finalement, certaines études de cas présentent des résultats d'un portée plus limitée en termes d'outcomes mais sont riches en observations utiles sur les modalités concrètes de mise en œuvre des interventions. Elles soulignent l'importance de baser les programmes sur des théories du changement, de mettre en place des groupes d'accompagnement conseillant non seulement sur le matériel mais aussi sur le plan d'exécution de l'intervention ; la prise en compte des difficultés financières des structures de la petite enfance ; le caractère flexible de l'intervention afin de s'adapter au caractère imprévisible du setting "petite enfance" (Neelon et al. 2016). Passant en revue les bonnes pratiques des programmes de prévention de l'obésité dans les structures de petite enfance au Minnesota et au Wisconsin, Nanney et al. (2017) citent notamment, au-delà des mesures classiques, le fait de ne servir que du lait écrémé, et de mettre en place des leçons d'éducation à la nourriture saine à destination des enfants eux-mêmes, de ne pas forcer les enfants à finir les assiettes, de montrer l'exemple en faisant participer les éducateurs.trices aux repas et activités physiques, ainsi que l'existence de chartes écrites fixant les bonnes pratiques AAP. Natale et al. 2014 soulignent en outre que le coût des nouveaux programmes d'alimentation sains ne doivent pas être plus élevés pour les centres que ceux de l'alimentation existant au préalable avant l'entrée dans le programme. Dans le système totalement différent des USA, la question du subventionnement est abordée avec l'existence de programmes au sein desquels les familles à bas revenus se font rembourser les repas des enfants dans les structures participant à un programme d'alimentation saine (Liu et al 2016). La volonté des équipes éducatives de s'engager dans la mise en place de programmes de prévention de l'obésité est également un facteur abordé dans la littérature. Les éléments renforçant cette volonté sont le soutien et l'engagement de la hiérarchie, les connaissances de l'équipe éducative sur l'importance de l'action précoce, ainsi que la croyance dans sa propre capacité à agir comme un agent du changement (Lebron et al. 2024). Le fait que le programme soit implémenté par l'équipe éducative permet d'agir dans le sens d'un ancrage institutionnel durable (par rapport à une implémentation par des acteurs externes) (Ward et al. 2008). Enfin, il est relevé- dans une système états-unien mais la comparaison est possible - qu'au vu de l'éclatement du paysage institutionnel des centres d'accueil de petite enfance, de la taille réduite des organisations et de l'absence de structure centralisée (contrairement aux écoles), le

déploiement de programmes APA représente un challenge qui nécessite les moyens adéquats (Bussel et al. 2018).

Critiques. Toute comparaison rigoureuse des interventions analysées dans ces revues de littérature reste difficile en raison de leur diversité, ainsi que des variations dans les mesures d'outcomes : "prime limitation is the lack of consistent outcome measures, which limited direct comparisons and precluded a more sophisticated meta-analysis" (Sisson et al. 2016). Sur la base de l'examen de 143 études, Stanhope et al. (2017) en appellent à une systématisation des indicateurs et manières de mesurer l'efficacité de tels programmes et présentent une typologie des différents instruments de mesure possible (par ex. accéléromètre, différents types de tests, observations directes). Ces études donnent toutefois de précieuses indications sur certains éléments essentiels de tels programmes. La question de la possible généralisation des modèles d'intervention est abordée par une rare revue systématique par Sanchez-Flack et al. (2020), qui confirment que les études focalisent en général sur la validité interne et non pas la validité externe des interventions (c'est à dire prenant en compte les éléments contextuels); les auteur.e.s en appellent à étudier plus en profondeur des dimensions telles que les conditions d'adoption et les coûts de mise en place, la fidélité dans l'implémentation, les modalités de maintien de l'intervention ou encore les particularités des publics-cibles (par ex. minorités raciales ou enfants issus de familles à faibles revenus), ce afin de renforcer la répliquabilité et la dissémination de ces interventions dans un *real-world setting*.

Bien que les études sur les programmes d'activité physique pour la petite enfance soient axés sur des procédures et instruments de mesure plus standardisés que dans les deux autres domaines, les types d'intervention ainsi que les outcomes primaires et secondaires visés varient passablement, ce qui rend l'agrégation des résultats difficile. Une partie des programmes étudiés dans la littérature comprennent en outre un volet spécifiques dédié à la réduction du temps d'écran pour les enfants dans le cadre de la prévention de l'obésité, ce qui n'est pas le cas de YIB à notre connaissance. D'une manière générale, la littérature scientifique est positive quant à l'efficacité des programmes d'activité physique pour la petite enfance menés dans des structures d'accueil de jour. Il conviendrait encore de déterminer en détail si le contenu de YIB est similaire à celui des programmes ayant été évalué comme efficaces.

Résultats Revue de littérature internationale - Labels du type "Fourchette verte"

1. Revue

Introduction. L'analyse sur cette thématique a été élargie de la question de la certification à celle des prix et du labelling des menus, en raison du peu d'articles focalisant sur la certification. Par ailleurs, l'analyse des bonnes pratiques de promotion de la santé dans la restauration (par ex. marquage) se situe davantage au niveau de l'offre alimentaire et du choix du repas/snack des client.e.s qu'à celui de la mesure des impacts-santé de ces interventions, ce à la fois pour un public écolier et un public adulte. L'impact-santé de la qualité de la restauration semble difficile à effectuer, voire impossible, pour des raisons de faisabilité méthodologique et de complexité de la chaîne de causalité. La littérature ne remet pas en question l'importance d'une alimentation scolaire basée sur des lignes-directrices et des bonnes pratiques nutritionnelles (sans que cela ne semble prendre la forme de labellisations à l'international). Les programmes étudiés dans la littérature sont plutôt des interventions plus complètes, incluant d'autres composantes que la seule assiette saine.

Résultats détaillés. L'impact d'une alimentation scolaire saine sur les enfants est reconnu dans la littérature. Dans un contexte scolaire, toute une classe d'âge est touchée (dépendant encore de la fréquentation des cantines). A l'échelle à laquelle se situent les effets étudiés, les résultats principaux sont les suivants :

- I. La littérature passée en revue converge pour affirmer que la **restauration collective** (entreprise, écoles, hôpitaux) est un setting **plus adéquat** que les restaurants pour que les plats labellisés soient choisis par le consommateur.
- II. Les études se penchent peu sur les effets des **menus scolaires**, qui dépendent souvent de directives nationales jugées peu ambitieuses, et davantage sur des aspects tels que l'offre **éducatives** à l'alimentation ou le **community-building** (actions impliquant les parents et la communauté scolaire).
- III. La **distribution géographique** des programmes de promotion d'une alimentation saine dans la restauration est une variable qui doit être prise en compte, pour des questions d'égalité de santé.
- IV. Les **prix** (modulation selon la qualité alimentaire, subventions) sont un élément important d'une politique de promotion d'une alimentation saine.
- V. Au-delà des plats sains proposés lors des repas principaux, un point aveugle pointé dans la littérature concerne les **snacks** proposés dans les institutions pour les **autres heures** de la journée.

Différences entre organisations de restauration collective et restaurants. Fernandes *et al.* (2016) ont effectué une revue systématique de 38 publications évaluant l'impact de l'étiquetage alimentaire (*food labeling*) sur la consommation de nourriture saine dans les services de restauration. Bien que la majorité des études incluses soient de faible ou de moyenne qualité, les auteur.e.s rapportent un meilleur effet des interventions dans les cafeterias (d'université, d'hôpitaux ou de lieu de travail) que dans les restaurants. Selon elleux, cela peut être expliqué par le niveau d'éducation du public qui fréquente ces institutions, ainsi que par le fait qu'une sortie au restaurant puisse être considéré comme un moment festif, rendant les client.e.s moins enclins à choisir l'option la plus saine. En outre, les labels symboliques (par exemple un cœur) ont un impact plus significatif sur le choix des consommateur.rice.s que les simples mentions de l'apport calorique, qui a d'ailleurs étaient critiqué dans différents articles cités dans cette revue car ne permettant pas à eux seules de qualifier un aliment come « sain » ou « malsain ». Une revue de littérature axée sur la restauration dans les établissements d'éducation tertiaire conclut qu'une combinaison de disponibilité de nourriture saine, d'incitatifs sur les prix, de contrôle des portions des aliments malsains, et d'information nutritionnelle devrait générer de bons effets sur les choix des consommateurs.trices dans ce setting (Roy et al. 2015). Une des rares revue de littérature dédiées aux accréditations de restaurant dans le domaine de l'alimentation saine conclut à des effets positifs (choix des client.e.s) dans les settings hospitaliers et scolaires, et une à évidence mixte pour les restaurants (Huse et al. 2023). Les auteurs confirment n'avoir connaissance que d'une revue systématique incluant la question des systèmes de certification pour une alimentation saine dans les établissements de restauration (*award scheme* dans leur cas). Dans cette autre revue systématique (Hillier-Brown et al. 2017), deux des 34 études passées en revue concernent des certifications. Les deux études donnent des résultats positifs concernant la certification de restaurant (dans ces cas visant uniquement à limiter le choix de produits malsains), mais la mesure d'outcome était limitée au changement effectif dans la gamme de choix sains et les pratiques des restaurateurs. Gase et al. (2015) confirment que les études sur les certifications se concentrent sur la perception des client.e.s et patron.ne.s, la plus-value de leur

étude étant de mesurer les changements générés dans la gamme alimentaire proposée. Cela ne revient donc pas à une mesure des outcomes en termes de santé.

Ecoles. D'un point de vue global les politiques alimentaires nationales dans les écoles sont de qualité médiocre ; historiquement, ces politiques visaient à nourri convenablement tous les enfants en termes d'apport énergétique, dans un contexte de pauvreté et d'insuffisance alimentaire. Des lignes-directrices ont été édictées dans la plupart des pays, mais restent peu ambitieuses (Oostindjer et al. 2017). Il n'est pas question de labels ou de démarcations conséquentes entre les écoles, mais de respect ou non des cantines scolaires des lignes-directrices nationales existantes. Oostindjer et al. constatent que les études se concentrent sur la disponibilité de produits plus ou moins sains dans les écoles plutôt que sur les politiques alimentaires de ces dernières ou les effets des menus scolaires sur la santé. Toujours selon ces mêmes auteur.e.s, les études montrent néanmoins que les politiques alimentaires scolaires permettent généralement d'augmenter la consommation de fruits et légumes et de réduire la consommation de graisses saturées. D'une manière générale, les études passées en revue par ces auteur.e.s montrent que les programmes alimentaires scolaires permettent d'améliorer la qualité des repas consommés. Elles insistent toutefois sur le fait que les mesures d'outcome et les politiques déployées sont trop hétérogènes pour tirer des conclusions globales, les résultats dépendant des cantines et des écoles. Les auteur.e.s de cette étude, la plus poussée sur le sujet des politiques alimentaires dans les cantines scolaires, listent les facteurs rendant toute généralisation difficile : quasi-impossibilité de mener des RTCs, impossibilité d'inférer des liens de causalité dans ce domaine, changements rapides de politiques alimentaires dans les écoles. Les effets d'une alimentation saine en cantine scolaire sont probables sur le court terme, mais non-étudiés sur le long terme selon ces auteur.e.s. Une autre étude quasi-expérimentale touchant près de 5'000 écoliers.ères dans 40 états Américains conclut néanmoins que des repas de cantine sains à l'école, basés sur des recommandations nutritionnelles actualisées, sont susceptibles d'améliorer l'indice de masse corporelle des enfants concernés (Taber et al. 2013).

Une autre revue de littérature indique que les programmes d'intervention visant à prévenir l'obésité chez les enfants se concentrent sur des activités d'éducation ou de l'AP, et moins sur des interventions visant à renforcer l'assortiment de nourriture saine dans les lieux de vie collective (Pereira & Oliveira 2021). Une revue systématique fait quant à elle état d'efforts menés dans les écoles pour améliorer l'offre de snacks, de boissons, et l'assortiment des automates (Grech & Allman-Farinell 2015). Les résultats étudiés se situent donc au niveau de l'amélioration de l'offre et non des impacts sur les enfants. Une autre revue de littérature basée sur 20 études reporte aussi des outcomes en termes de baisse de l'offre de produits de mauvaise qualité nutritionnelle et de hausse de l'offre de produits sains dans les écoles lorsque des politiques alimentaires y étaient bien implantées (Grigsby-Duffy et al. 2022). Une série d'études similaires (revue systématique, méta-synthèse) se concentrent également sur la capacité de programmes à faire varier les prix et les assortiments par catégories de produits (Harrison 2020; Ronto et al. 2020). La question des menus de cantine est ainsi peu présente dans la littérature, qui se concentre sur la vente de produits annexe ou le déploiement d'actions supplémentaires (par ex. éducation ou *community building*). D'une manière générale, les interventions environnementales à l'école visant à modifier les contextes nutritionnels sont pourtant reconnus par l'OMS selon la littérature. Or, très peu d'essais randomisés contrôlés ont étudié des politiques structurelles d'alimentation saine au sein des écoles (Ronto et al. 2020).

Elements de succès. L'ancrage d'interventions de promotion d'une alimentation saine dans une politique écrite et ratifiée par les partenaires (qui pourrait donc s'apparenter à une certification) est

considéré comme une clé de succès dans une revue de littérature portant sur 41 études (Australie, Canada, Etats-Unis) relatives à des lieux de restauration dans les settings professionnels (Rosin et al. 2024). Kraak et al. (2019) rappellent que d'une manière générale, l'OMS propose comme bonne pratique le fait de travailler en collaboration avec des acteurs non-étatiques, notamment privés, en vue de proposer des environnements de vie sains et de réduire la disponibilité de nourriture et boissons non-saines pour les enfants ainsi que leur marketing (stratégie Global Strategy on Diet, Physical Activity, and Health de 2004). Renforcer la disponibilité des alternatives saines et combinaison avec de l'information a été considéré comme une combinaison dont l'efficacité était avérée ans une revue de littérature étudiant 27 interventions en restauration et points de vente (Valdivia Espino 2015). Pour Bagwell (2014), il faudrait aussi agir au niveau des fournisseurs des restaurants pour limiter la gamme de produits non-sains vendus aux restaurateurs, ces derniers faisant partie de toute une chaîne commerciale.

Concernant le peu d'évidence à disposition sur les processus d'accréditation, le soutien du programme à l'implémentation et au maintien dans le processus d'accréditation sont des facteurs de succès, de même que la flexibilité dans les critères d'accréditation, le partage d'information entre le programme et le restaurant (par ex via des nutritionnistes) et l'adhésion de la hiérarchie au programme ; les barrières sont le temps, les coûts et l'indisponibilité de produits sains dans les sources d'approvisionnement (Huse et al. 2023). D'autres conseils pratiques pour le succès des accréditations auprès des restaurateurs incluent un processus d'inscription facilité, un processus de co-design entre les nutritionnistes et les restaurateurs, une procédure basée sur des guidelines reconnues, un échelonnement des degrés d'engagement possible pour les restaurateurs et du degré de reconnaissance concomitant (type médailles), une procédure légère et une reconnaissance publique de leur engagement (*op. cit.*).

Distribution géographique. Une revue de littérature états-unienne portant sur des interventions visant à limiter la consommation de nourriture industrielle pré-préparée dans les restaurants constate que la plupart de ces programmes de promotion d'une alimentation saine (signalisation des aliments sains, parfois travail avec les équipes de cuisine, parfois certifications) se déploient de fait à destination d'un public blanc (dans le contexte américain de ségrégation spatiale) et urbain (Gittelsohn et al. 2013). Les résultats constatés sont bons quant à la disposition de la clientèle à opter pour un menu sain, pour des interventions par ailleurs considérées comme économiques.

Prix des repas. Dans la revue de littérature de Gittelsohn et al. (2013), les programmes visant à baisser les prix des repas sains dans les restaurants indiquent de bons résultats (Horgen & Brownel 2002; Lee et al. 2010). Les auteurs de la revue de littérature soulignent à ce sujet le prix artificiellement bas des aliments fortement caloriques en raison des matières premières utilisées, qu'il s'agit de combattre avec une politique des prix s'inscrivant dans une perspective de promotion de la santé. Powell et Chaloupka (2009) précisent que les instruments fiscaux permettant de moduler les prix des aliments sains et malsains (dans les restaurants et points de vente) ont des effets (impact sur l'obésité) limités si l'intervention fiscale est réduite, mais pourraient avoir des effets importants si celle-ci était ambitieuse, en particulier en faveur des enfants, adolescent.e.s, et personnes à bas revenu.

Promotion vs. dissuasion. Zlatevska *et al.* (2024) ont réalisé une méta-analyse de second ordre (c'est-à-dire une analyse statistique qui combine et synthétise les résultats de plusieurs méta-analyses) en

examinant les résultats parfois contradictoires de 23 méta-analyses pour obtenir des résultats plus précis sur l'efficacité de l'étiquetage des aliments tant sur les emballages des denrées alimentaires que sur les menus. Iels proposent de distinguer les labels de prévention et ceux de promotion. Les labels de prévention visent à dissuader les consommateurs d'acheter des produits moins sains (par exemple un label Stop sur un aliment très sucré). À l'inverse, les labels de promotion cherchent à encourager une alimentation plus saine, ces derniers étant selon les auteur.e.s plus efficaces.

Repas principal vs. snacks. Si les bienfaits de l'existence de programmes forçant les écoles à mettre en place un repas de midi sain dans les institutions ne semblent pas contestés par la littérature, certaines préoccupations portent autour de la question des snacks disponibles au même public pour d'autres collations. Suite à une revue de littérature étudiant l'impact sur l'obésité de la présence de "producteurs et fournisseurs concurrents" de nourriture au sein des écoles américaines, (en plus des cantines institutionnelles), il est suggéré d'encadrer et réglementer la présence des snacks dans les écoles (Silden 2018). L'auteur souligne ainsi que tout ne se joue pas lors du repas principal en cantine.

Effets secondaires des labellisations et marquages. Dans une revue de littérature des politiques générales de lutte contre l'obésité (Lyn et al. 2019), l'une des études citées montre que les restaurants passant à l'affichage des calories des plats vendus tendaient à réduire généralement par eux-même la teneur calorique des menus proposés (Bleich et al. 2015).

Études de cas

a. Restaurants privés

Ayala *et al.* (2017) ont réalisé un essai clinique randomisé par grappe dans huit restaurants en Californie. Le premier groupe de restaurant proposait un article de menu sain pour les enfants (entrée, accompagnement et boisson non sucrée), tandis que le deuxième combinait cette offre avec une stratégie de marketing incluant du matériel promotionnel et une formation pour le personnel. Au cours des huit semaines d'implémentation, les auteur.e.s ont observé que la stratégie de marketing n'avait qu'un impact modeste sur les ventes d'articles de menu sains pour les enfants par rapport à l'option sans marketing. Leur recherche indique néanmoins que les restaurants étaient favorables à l'idée de travailler sur une offre d'option plus saine et que les client.e.s sont disposé.e.s à la choisir.

b. Services de restauration publics

Jones *et al.* (2017) ont mené une étude transversale afin d'évaluer la consommation de fruit et légumes chez 2411 élèves anglais âgés de 8 à 10 ans (répartis dans 47 écoles). Parmi ces écoles, 24 participaient au programme « Food for Life », une initiative mise en œuvre par l'organisation non-gouvernementale *Soil Association* en Angleterre et au Pays de Galles, visant à promouvoir une alimentation saine et durable en milieu scolaire et s'articulant autour de quatre axes : l'éducation alimentaire, la qualité de la restauration, le leadership alimentaire et la culture alimentaire scolaire, ainsi que les partenariats communautaires. Selon leur engagement, les écoles peuvent obtenir une certification bronze, argent ou or. Les résultats ont montré que les élèves des écoles participant au programme consommaient davantage de fruits et légumes par rapport à ceux des écoles non participantes (tant à l'école qu'à la maison). De plus, les enfants des écoles certifiées argent avaient une consommation de fruits et de légumes supérieure à celle des élèves des écoles de certification inférieure. Aucune école certifiée « or » n'avait été incluse dans l'étude. Cette différence dans l'alimentation illustre le potentiel du programme pour une alimentation plus saine et souligne

l'importance de l'environnement scolaire, en particulier pour les enfants ayant peu d'opportunités de consommer des fruits et des légumes chez elleux.

D'abord développé pour les écoles, le programme Food for Life s'est ensuite ouvert à d'autres institutions à partir de 2013. Dans leur article de 2018, Gray *et al.* s'intéressent donc à la manière dont le cadre d'intervention Food for Life scolaire a pu être adapté à d'autres organisations, dans ce cas à trois crèches, une université, trois hôpitaux et deux maisons de retraite. Au travers d'entretiens menés auprès de 85 parties prenantes, les auteur.e.s examine comment les éléments du programme peuvent être adaptés pour fonctionner dans ces différents contextes. Bien que des obstacles tels que le coût perçu, les limites logistiques et le changement culturel nécessaire pour se défaire des services de restauration axés sur les coûts ont été identifiés dans les quatre nouvelles organisations, les auteur.e.s soulignent que l'utilisation d'un cadre systémique a encouragé les institutions à se montrer plus ambitieuses dans ce qu'elles entreprenaient pour la promotion de la santé alimentaire. Les résultats montrent également que bien que le cadre scolaire puisse être appliqué à d'autres environnements, il nécessite des ajustements spécifiques pour répondre aux besoins particuliers de chaque contexte.

Plus précisément, Gray *et al.* (2017) examinent les défis de l'adaptation du cadre de Food for Life en milieu hospitalier. Les entretiens menés auprès du personnel et des parties prenantes impliqués dans l'implémentation de ce programme dans trois hôpitaux du NHS en Angleterre révèle que le rôle de la nourriture est crucial dans ce contexte, car elle peut influencer l'état des patient.e.s. Les personnes interrogées estiment que la démarche a eu un effet positif. Les auteur.e.s soulignent plusieurs défis spécifiques liés à l'implémentation de Food for Life dans ces institutions : la réduction des infrastructures de restauration permettant de cuisiner des repas sur place ; la nécessité d'adapter les repas aux régimes des patient.e.s et l'importance de proposer des options saines pour le personnel et les visiteur.euse.s en dehors de heures de repas. Selon les auteur.e.s, la réussite de l'implémentation et la pérennité de ce programme dans les hôpitaux reposent notamment sur une combinaison d'engagement interne au sein de la structure et de soutien externe. Enfin d'autres types d'articles s'interrogent sur la manière dont attirer les restaurateurs vers l'adhésion à des programmes de promotion d'une alimentation saine (par ex. Gase *et al.* 2014; Martínez-Donate *et al.* 2015) ou leur faire respecter les recommandations diététiques existantes (cas de la restauration scolaire) (Bertin *et al.* 2012).

Critiques. La variété des labels de restauration possibles est vaste, rendant toute comparaison difficile : restaurants vs. restauration d'entreprise ou d'organisation, labels relatifs à l'alimentation saine, locale ou biologique, labels à l'échelle de la structure ou à l'échelle de l'assiette, public captif vs. non-captif. En outre les mesures effectuées sur les labels de restauration se situent plus à un niveau individuel (choix de l'assiette) ; les mesures d'impact ne semblent pas possibles. De plus les programmes scolaires étudiés dans la littérature vont souvent au-delà de la simple labellisation institutionnelle liée au contenu des assiettes, mais comprend une dimension relative à des programmes d'éducation (ce qui n'est pas le cas de Fourchette Verte). D'une manière générale, l'évidence scientifique sur les labels de restauration et les études à disposition sont moins nombreuses que pour les deux autres labels étudiés. Enfin, la littérature ne semble pas remettre en cause l'utilité de restaurations collectives proposant un menu sain (a fortiori s'il est unique), puisque

les articles se concentrent sur les stratégies à adopter pour faire choisir au consommateur la bonne assiette parmi celles proposées, ou pour convaincre les restaurateurs d'adhérer aux programmes.

Entretiens qualitatifs expert.e.s, autorités et porteurs.euses de projets

Les réflexions des personnes interviewées sont présentées ci-dessous sous une forme synthétisée et par blocs thématique. Tous les interviewé.e.s se sont prononcés sur les trois types de labels ou domaines d'action en vertu de leurs expertises respectives, sans toutefois être toujours directement familier.ère avec YLB, FV et CeS. Les observations recensées ci-dessous sont donc pour la plupart des remarques de portée générale, qui ne visent pas directement les déclinaisons particulières des trois labels suisses. Elles reflètent les opinions exprimées par les interviewé.e.s. La synthèse analytique entre ces éléments et la revue de littérature est effectuée dans les chapitres suivants.

Réflexions transversales sur les labels

Temporalité de la certification. Les procédures de certification (parfois comparés avec les certifications ISO) peuvent s'avérer être de lourdes machines, chronophages, qui génèrent une importante quantité de travail administratif. La phase de lancement des certifications sont celles qui comportent le plus de potentiel, car elles correspondent au moment de l'établissement des alliances et de montée en compétence des partenaires. Suite à la routinisation, le travail de maintien de la certification risque d'être plus cosmétique et de générer moins de plus-value. La phase de maintien pourrait être allégée. Toutefois, le renouvellement d'une certification est aussi vu comme une fenêtre d'opportunité pour amener un nouvel élan et co-créditer de nouveaux développements avec les équipes en place en fonction des besoins de la structure.

Ancrage organisationnel des projets. L'un des atouts majeurs des labels est qu'ils permettent un ancrage organisationnel durable d'une part, et collectivisé d'autre part. Au-delà des importants effets d'apprentissage que la phase de certification permet, le label fonctionne aussi comme une porte d'entrée pour maintenir les liens entre l'organe de certification et les organisations-membres, permettant d'entretenir et de renforcer l'importance de la thématique PPS. Suite à l'obtention du label, cela se fait à travers les phases de maintien et de suivi des structures labellisées. Le symbole "label" fonctionne ainsi comme un contrat moral liant les entités et permettant de légitimement rappeler aux parties contractantes les engagements pris par elles. Similairement, à travers son système d'obligations, le label peut constituer une accroche efficace pour collectiviser les acquis visés par le programme. Les labels permettent en effet d'exiger des personnes de référence un devoir de transmission auprès du reste des équipes. L'effet escompté du travail de ces multiplicateurs.trices est ainsi d'aller plus loin que la simple formation de personnes isolées et préalablement sensibilisées. Cela devrait également permettre de lutter contre la déperdition de savoir en cas de turn-over des personnels.

Evolution des labels. Il existe une tension principielle entre le succès du label et sa qualité future. Lorsqu'un label fonctionne, la croissance exponentielle qu'il connaît pose inévitablement la question des moyens à investir dans le suivi des structures. Les labels peuvent ainsi évoluer de situations de proximité où chaque structure certifiée est connue de près à des liens plus impersonnels à mesure de la croissance du label. Afin de préserver la qualité des processus à l'origine du succès et de l'utilité du label, les ressources humaines doivent pouvoir suivre. La question ne se pose pas uniquement pour la phase d'obtention du certificat mais est aussi relative aux procédures de suivi, qui visent à mettre à disposition des outils personnalisés proche des réalités des organisations concernées. De même elle concerne la multiplicité des modules (différents types d'offres et de mesures d'accompagnement proposées) pouvant être mis à disposition des organisations, sachant que ceux-ci se renforcent mutuellement pour contribuer à une PPS compréhensive.

Cibles de la certification. L'une des ambiguïté inhérente à la certification tient à son caractère volontaire : celui-ci est nécessaire pour assurer la bonne volonté des partenaires, mais court le risque de n'attirer que des organisations (que ce soient des crèches, écoles ou communes) déjà bonnes élèves, voire situées dans des zones socio-économiquement favorisées. Afin de rétablir un rapport d'équité dans les interventions publiques, les certifications pourraient également inclure : i) des ciblage spécifiques de zones défavorisées (en veillant aux effets de stigmatisation), ce qui requerrait d'aller chercher proactivement des partenariats spécifiques au lieu de fonctionner uniquement sur des appels à candidatures; ii) des incitatifs plus importants pour communes défavorisées (économiques ou en nature) et des subventions pour renforcer la participation dans certaines organisations. Cela pourrait revenir à subventionner les prix des assiettes FV ou, de manière plus ciblée, à participer au financement des assiettes pour des foyers à faible revenu, ou encore à abaisser le seuil d'accès concernant la participation au label pour des communes défavorisées. Similairement, dans une optique de géographie socio-sanitaire, la distribution spatiale et les différentiels d'accès aux prestations PPS au sein d'une même commune doivent être pris en compte dans l'analyse.

Universalisme proportionné dans l'accès aux labels. L'une des expertes interviewées estime que l'avantage des certifications dans ces trois domaines est que les gains de santé public sont établis et ne doivent ainsi plus faire l'objet d'une remise en cause. Une alimentation saine, la promotion de l'AP dans la petite enfance et l'action de santé au niveau communal sont des éléments à poursuivre dans une stratégie de santé publique, sans nécessairement requérir de nouvelles évaluations. Il convient selon elle de minimiser les aspects bureaucratiques, d'autant plus que le travail se fait souvent à moyens constants. La question qui se pose est alors celle de savoir comment attirer un maximum d'établissements et de communes, notamment dans les zones les plus défavorisées et en évitant de dissuader les petites communes et les petites structures de participer. Elle propose une perspective d'universalisme proportionné dans l'accès aux labels, qui autoriserait des critères plus faciles d'accès pour les communes et structures moins professionnalisées, plus petites et disposant de moins de moyens, dans la perspective d'offrir un cadre PPS à tous les publics et d'intégrer les structures dans une perspective processuelle.

Dimensions administratives. L'aspect administratif et les efforts de documentation ne sont pas uniquement des freins à l'action et remplissent également une fonction clé pour les parties prenantes. Le monitoring et la documentation ont certes une fonction informationnelle dans le processus de certification ainsi que de reddition des comptes vis-à-vis des financeurs. Ils servent toutefois également à conserver une trace active de l'historique des processus organisationnels en lien avec la labellisation, ce qui est crucial dans des secteurs caractérisés par un fort tournus des employé.e.s. Cela prend son sens du point de vue de l'importance d'un ancrage institutionnel durable des projets. Les conventions et documentations produites à chaque phase d'obtention et de suivi de la labellisation permettent de rappeler à l'organisation les préoccupations, décisions et engagements qui étaient les siens tout au long du processus. Le label fonctionne ici comme mémoire vivante des aspects PPS, qui ne sont souvent pas au cœur des activités prioritaires des organisations concernées.

Durabilité environnementale. Exerçant leur action au niveau des environnements de vie, les certifications en santé pourraient être plus étroitement articulées à des questions de durabilité environnementale. A cette échelle d'action, les enchevêtrements entre santé humaine et santé planétaire sont patents, ce qui oblige à sortir d'une vision anthropocentrée des actions de santé préventive. Dans les trois labels, des points de synergie avec des actions de durabilité pourraient être activement recherchés (gaspillage alimentaire, lutte contre les pesticides, rapports de force avec l'industrie agro-alimentaire, lutte contre les expositions environnementales)

Dimensions structurelles, politiques, et de gouvernance. Les labels sont vus comme des portes d'entrée stratégiques permettant de mettre certaines thématiques à l'agenda et de pénétrer des environnements de vie pertinents. Afin de ne pas être détournés en instruments d'auto-promotion, les procédures de labellisation devraient pouvoir servir à orienter les organismes concernés hors de leur zone de confort.

Dimension politique. Une fragilité potentielle des labels a été identifiée dans le fait que la labellisation revient également à faire un choix visible en termes d'affichage symbolique, qui peut être clivant pour certaines sensibilités politiques (en particulier dans le cas des communes). Les élu.e.s ne sont pas considérés comme la bonne porte d'entrée pour la PPS en raison du caractère non-spécialisé et court terme de leurs mandats. Les possibilités de revirement d'opinion existent, cela même une fois arrivés passablement loin dans le processus. Le fait d'investir des moyens dans le démarrage d'une procédure doit donc être consciemment réfléchi par les deux parties, également dans une optique de durabilité. Pour cette raison, des projets de plus petite envergure répondant à des besoins concrets et précis peuvent parfois avoir davantage de chances de passer sous le radar, tout en permettant, à plus petite échelle, de construire des partenariats pour mainstreamer la PPS à travers des partenariats.

Philosophie du système de label. Des réticences ont été formulées à l'égard du caractère payant des labels fonctionnant sur un modèle de propriété des droits. Le fait de devoir acheter un modèle peut provoquer des réticences pour ce qui concerne des projets voués au bien commun destinés à des organismes non-lucratifs. La transposition à la santé publique d'un modèle issu des industries et s'inscrivant dans une logique de génération de produits interroge. Dans ce cadre, la question se pose de savoir si des résultats similaires ne peuvent pas être atteints hors du système de licence, à travers des modes plus classiques d'implantation et de suivi de projets au contenu comparable, ou des actions de mise en réseau favorisant le transfert de bonnes pratiques entre pairs. De tels formats plus classiques pourraient aussi permettre de mieux atteindre des structures peu professionnalisées, susceptibles d'être effrayées par l'ampleur d'une procédure de labellisation.

Avantage des certifications. A l'inverse, plusieurs interviewées relèvent les nombreux avantages des certifications : elles responsabilisent les organisations-partenaires sur le long terme. Le contrat ne se noue pas uniquement entre les organisations porteuses et l'organisation certifiante, mais également vis-à-vis du public. Le label fonctionne alors comme un engagement public à promouvoir un environnement de vie sain vis-à-vis des citoyen.ne.s. La certification permet aussi de faire œuvre de procédure-qualité, et de professionnaliser les équipes, ce qui est non négligeable.

Standardisation et appropriation. Le fonctionnement autour d'un modèle commun organisé autour du label peut faire craindre une certaine standardisation des activités, alors que tout projet doit pouvoir être adaptés au niveau local et suivre les besoins spécifiques et fortement diversifiés du terrain. Une crainte exprimée concerne la potentielle dimension top-down des certifications, qui risque de faire passer les besoins des communautés concernées au second plan. Le fait de construire des activités de PPS à partir des besoins exprimés directement par les organisations est conçue comme permettant d'éviter les carcans.

Emulation inter-organisationnelle. Plusieurs interviewées relèvent que les échanges de bonnes pratiques entre structures sont un point clé des certifications. Lorsqu'un restaurateur ou une commune communique auprès de ses pairs quant à son expérience du label, sa voix est considérée comme crédible et les défis rencontrés sont similaires. Il s'agit ainsi d'organiser des échanges et rencontres communes afin de générer de l'émulation et susciter des vocations.

Labels type Youp'la Bouge

Répartition géographique. La question des inégalités sociales de santé peut se poser en termes de la répartition géographique des structures concernées (cf. *supra*). Cet indicateur n'est pas parfait étant donné la mixité sociale qui peut caractériser nombre de quartiers en Suisse en comparaison d'autres pays connaissant une plus forte ségrégation spatiale, ainsi que de la déconnection partielle de la crèche avec le lieu d'habitation (lorsque celle-ci est liée à l'emploi des parents). Dans de nombreux cantons romands, la totalité des crèches sont toutefois certifiées par YLB, ce qui neutralise le risque d'inégalité de couverture. Cela n'est par contre pas le cas du canton de Vaud, dans lequel une centaine de crèches ne sont pas labellisées, ce qui est un élément à prendre en compte.

Diversification des thèmes. Cette question est sensible. D'un côté, la diversification des thèmes abordés dans le label peut correspondre aux besoins des structures et à des thématiques d'actualité (par ex. santé mentale, alimentation, écrans). De l'autre, la diversification requiert des moyens, et pourrait mener à une dilution du cœur de la cible du label. La coordination se complique pour la procédure de labellisation, et la diversité des thèmes requiert de nouvelles compétences, au sein de YLB et des équipes éducatives des crèches. Les thèmes choisis doivent donc faire l'objet d'une réflexion approfondie.

Labels type Fourchette Verte

Multipliation des labels en alimentation. La lisibilité et la plus-value du label FV doit s'affirmer dans un contexte marqué par un foisonnement des labels en alimentation institutionnelle : bio, local, circuit court... De plus, la question de l'alimentation locale entre parfois en contradiction avec les exigences de santé publique (place de la viande dans les assiettes). La possibilité de travailler à une meilleure coordination entre les différents labels existants a également été suggérée. Il pourrait s'agir de mener des procédures de contrôles communes à plusieurs labels, d'aller vers une harmonisation des critères, et de créer plus de lisibilité pour les cibles des labels (restaurateurs.trices et client.e.s). Ce d'autant plus que le canton de Vaud fait face à beaucoup de concurrence dans le domaine des labels en restauration. Des développements en direction d'autres publics captifs seraient aussi une piste d'avenir (centres pour requérant.e.s d'asile, foyers, prisons).

Labels type Commune en Santé

Degré de formalisme. Il a été noté par une actrice cantonale et des porteuses de projet que l'important était de susciter l'intérêt des communes pour une participation à la PPS à leur échelle, ce qui constituait déjà un grand succès. A ce titre, il est relevé que le canton de Vaud tend à être plus pointilleux dans les règles formelles d'attribution du label que les autres cantons, ce qui génère une hausse de travail administratif dans le processus de certification. Les comités de validation des critères et leur procédure de travail pourraient être allégés, de même que les contrats. Dans cette perspective, les interviewées considèrent que le formalisme pourrait être abaissé, comme dans les autres cantons, au profit du travail de conviction et d'accompagnement. Les aspects au cœur de la posture d'accompagnement sont alors le suivi qualitatif et une focale sur la marge d'amélioration des structures.

Comportemental vs. structurel. Au-delà des nécessaires actions s'inscrivant dans une optique comportementale et étant de ce fait plus consensuelles, les communes devraient également être incitées à s'investir sur des dossiers plus complexes mais à fort impact de santé, tels que l'usage des pesticides ou la prévention structurelle. Elles devraient aussi être encouragées à professionnaliser

leurs compétences en santé, et à instiller les préoccupations de santé dans la gouvernance municipale, ce qui peut passer par un réaménagement des organigrammes afin de lutter contre la culture du travail en silo. Du point de vue démocratique, elles pourraient être constituées en alliées locales d'initiatives de santé fédérales ou intercantionales.

Ancrage citoyen. Les certifications pourraient saisir toute opportunité possible de renforcement de la participation citoyenne et de stimulation des initiatives par le bas. Les dernières avancées conséquentes en matière de santé telles que la lutte contre la publicité pour le tabac ont été le fait de la population, qui peut montrer la voie à suivre pour le politique. Les actions menées dans le cadre des labels pourraient viser à un maximum d'inclusion et d'*empowerment*, pour que la santé soit également un thème approprié et porté par les citoyen.ne.s (notamment dans le cas CeS). Une perspective bottom-up citoyenne est non seulement plus démocratique, utile et innovante, mais elle intéresse également les autorités locales dans une perspective électoraliste. Il est alors permis de jouer cette carte pour engager les communes dans la démarche. Cela a donné de bons résultats en France avec des contrats locaux de santé, également plébiscités par des municipalités de droite pour ces raisons.

Conclusions et limites de l'étude

Conclusions. En fonction de leurs modalités de mise en œuvre, les labels et certifications se situent à la frontière de différents types d'intervention : ils peuvent être de véritables leviers transformateurs dans une optique **structurelle**, promouvoir le *health-in-all-policies* ou du moins le *health-in-all-environment*, et contribuer à une mise à l'agenda bienvenue des questions de santé (Schouwey 2024) dans différents settings organisationnels et niveaux de gouvernance. Pour ce faire, il faut qu'ils **modifient de manière contraignante des environnements**, et visent à faire des organisations touchées de véritables partenaires et multiplicateurs de la PPS. Les labels peuvent toutefois aussi se réduire à de la prévention comportementale si leurs interventions se limitent davantage à de l'information et de l'éducation, voire même à du *nudging* s'ils s'en tiennent à une **simple diversification dans l'architecture du choix** (par ex. si une assiette FV est proposée parmi d'autres choix possibles dans un établissement de restauration ou si une commune s'en tient à proposer un catalogue d'activités sportives)¹². Dans ce type de déclinaison, le risque existe de ne toucher que les **personnes les plus dotées en compétences de santé**, et de passer ainsi à côté d'une vision promouvant l'équité en santé. Les pistes d'action futures tiennent donc à **faire pencher les labels vers une option structurelle et de renforcement des compétences de gouvernance, pour aller au-delà du comportemental et du nudging**. Les résultats de cette étude montrent qu'il convient également, du point de vue de l'utilisation de deniers publics, de limiter certains possibles effets-pervers de cet instrument en termes de *health-washing* ou de certification de l'existant, pour maximiser leur potentiel transformateur (cf. piste d'avenir, *infra*).

Alors que la littérature focalise majoritairement sur la mesure des effets des interventions existantes, le module qualitatif et les réflexions des interviewé.e.s a permis de mettre en lumière un point crucial : au-delà de l'amélioration des labels tels qu'ils existent, un point aveugle à ne pas négliger réside dans la question des **populations qui ne sont pas touchées par les labels**. Dans une optique d'équité en santé, il s'agirait d'une part de clarifier **quels types d'organisations participent ou non aux labels** (crèches et écoles de quels quartiers et quels types de communes). Ce travail permettrait de savoir si des biais existent dans le **maillage territorial** et la couverture spatiale¹³ permise par ces actions et d'en documenter les raisons (effets d'(auto-)sélection dus par exemple à un manque de moyens, à des priorités divergentes ou à des lacunes en termes d'information. D'autre part, si les données correspondantes existent, une réflexion (notamment chiffrée) devrait être menée en parallèle quant au **type d'enfants fréquentant les crèches et les cantines scolaires** (quelle **stratification** socio-économique). La réflexion pourra alors porter d'une part sur la manière dont toucher des zones territoriales non couvertes par ces labels, mais aussi sur la manière dont toucher de manière complémentaires les publics-cibles ne fréquentant pas les structures concernées si ce non-usage recoupe des **inégalités socio-économiques**.

D'une manière générale, la **littérature est plutôt positive** quant au principe des interventions que recouvrent les trois types de labels étudiés ici. Les actions concernant la promotion du mouvement et de l'activité physique dans les structures de **petite enfance** sont considérées comme efficaces car intervenant de manière **précoce**; elles sont considérées comme ayant un bon potentiel de **durabilité** car inculquant des habitudes de vie saine qui constituent les soubassements des comportements de vie futurs; elles sont enfin considérées comme pouvant agir contre les inégalités sociales de santé en touchant de **larges groupes d'enfants** dans leur milieu de vie direct. Les partenariats avec les **communes** sont promus par l'OMS et reconnus par de nombreux

¹² Les informations concernant Fourchette Verte Vaud montre toutefois que ce projet n'est pas concerné par un tel biais car la quasi-totalité de ses certifications concerne des "publics captifs" (établissements scolaires).

¹³ Les informations rassemblées dans le cadre de ce mandat n'ont pas permis de déterminer la répartition géographique des trois labels FV, YLB et CeS sur le territoire cantonal.

auteurs.trices comme une contribution précieuse à des **actions structurelles** et au *mainstreaming* des thèmes de santé au niveau **interdépartemental** (par ex. santé, économie, urbanisme) et à différents **niveaux de gouvernance** (implication du local dans des actions de santé) – sous réserve du fait que **l'administration de la preuve est ardue** à établir quant aux impacts précis de telles actions. Enfin, la promotion d'une alimentation saine dans les établissements de **restauration** est vue comme une manière **concrète** d'instiller de la PPS dans le quotidien des individus de manière **simple et accessible** – bien que **l'évidence soit plus précise** sur ce troisième thème. Le principe de **fournir à des enfants une alimentation saine dans l'environnement scolaire** est toutefois considéré comme **positif** et n'est pas jamais en question (allant de soi). Le contenu de la revue de littérature ne permet en revanche pas de **confirmer ou d'infirmer** le fait que des actions similaires ne pourraient être menées de la même manière **hors procédure de certification** stricto sensu. Les labels fonctionnent toutefois comme des **cartes de visite** de par leur visibilité, et permet de proposer une **contrepartie symbolique** aux organisations participantes, et de rappeler aux **organisations leur engagements**, et des les attirer dans des **activités de formation du personnel** et d'information quant à leur rôle.

Tirer des conclusions sur la base de la littérature est compliqué par le fait que les projets dont il y est question sont très divers et comprennent des **contenus différents** les uns des autres. Les **chaînes de causalité sont difficiles** à établir dans ce domaine, mais ces axes d'intervention sont néanmoins considérés comme ayant une **utilité établie**. L'agrégation des mesures d'outcomes montre toutefois des effets positifs au moins quant à **l'amélioration de l'offre**, et parfois sur les effets sur les usagers.ères. Par ailleurs, les articles scientifiques insistent sur des **mesures d'outcomes** et s'arrêtent peu sur des éléments plus informels d'ordre organisationnel tels que les obstacles à la mise en œuvre ou des manières pratiques de contourner certains problèmes. Les **certification et de labellisation ne sont presque pas abordés en tant que tels** (instruments d'action dans la prévention). Enfin, si la littérature est **clairement positive** sur le principe des interventions similaires à celles étudiées ici, la présente analyse **ne constitue pas une évaluation de leurs modalités particulières de mise en œuvre** ni de leurs effets spécifiques¹⁴.

Les opinions informées des interlocuteurs.trice.s de terrain et expert.e.s permettent en revanche d'obtenir une image plus circonstanciée. Les expert.e.s estiment que les dimensions d'action AP dans la petite enfance, alimentation scolaire et action communale relèvent des **bonnes pratiques internationales**, à **l'efficacité probable**. Les avis sont presque unanimes pour dire que les certifications permettent de mettre un pied dans des organisations diverses, pour **investir des interstices favorables à la PPS** en partant de besoins et questionnements propres à chaque structure. Les labels fonctionnent ainsi comme une accroche permettant d'aborder les organisations, de les enrôler, et d'**établir une relation** de suivi sur le moyen terme. Ils offrent à la PPS l'occasion de se constituer en ressource pour les organismes concernés, et de composer avec l'existant de manière **pragmatique**. Le caractère **peu contrôlant** ou sanctionnant des labels a été justifié par les interlocuteurs.trices comme relevant d'une volonté délibérée de proposer un seuil d'accès abaissé à des prestations PPS et d'inclure la plus grande palette d'organisations possible sur la base d'une action incitatrice. Toutefois, au-delà de ces observations de terrain, pour répondre de manière précise aux questions de recherche, il conviendrait de **connaître avec précision et de manière empirique la marge d'amélioration** des organisations dans chacun des trois domaines pour pouvoir juger de l'opportunité des labels comme instruments d'action publique. La littérature scientifique se concentre sur des mesures d'outcomes, notamment via la comparaison avec des

¹⁴ Des évaluations sont ou ont par ailleurs été menées sur les trois labels suisses.

groupes tests. Cela permet de tester les différences entre groupes bénéficiant de l'intervention ou non, mais pas de tester **de manière longitudinale la marge de progression d'organisations labellisé** pour mesurer les effets auprès des publics. Les observations récoltées dans le cadre des entretiens ne sont pas systématiques. Connaître précisément les pratiques des organisations dans une **phase de pré-certification (designs d'étude avant/après)** serait la seule procédure à même de déterminer si les labels certifient l'existant ou permettant de pousser les organisations plus loin (cf. question de recherche).

Un autre aspect ressortant de la revue de littérature concerne **l'importance de la multiplicité des modules** permettant de renforcer l'action des projets en procurant une approche 360°, par opposition avec des interventions mono-dimensionnelles (par ex. implication des parents, formation du personnel, parcours d'activité physique supervisés et aménagement de l'espace dans le cas de la promotion de l'AP au sein des structures de petite enfance). Ce caractère multidimensionnel est coûteux en ressources, et pourrait se retrouver en **concurrence** avec les moyens croissants nécessaires à accompagner **l'extension d'un label**. La multiplication des modules risque aussi de compliquer la **fidélité de la mise en œuvre** (écart avec le programme sur le papier), les interventions complexes étant ardues à mettre en place. Alors que la logique intrinsèque d'un label tend vers sa dissémination auprès d'un grand nombre de structures, la qualité des actions proposées, de même que le **caractère personnalisé de l'accompagnement** des structures devrait rester au cœur de telles processus. Cela pose un dilemme concernant **l'utilisation des ressources** pour accompagner les structures en profondeur avec des programmes multi-dimensionnels, ou accompagner un plus grand nombre de ressources avec des programmes plus légers dans le cadre des moyens existants.

Limites de l'étude. Etant donné que cette étude fera partie des éléments pris en compte pour nourrir les réflexions stratégiques sur les orientations futures des activités de PPS d'Unisanté, ses limites doivent être détaillées de manière transparente. Premièrement et comme mentionné dans la revue de littérature, les résultats issus des programmes internationaux concernent des programmes variés, qui comportent des **modules ou activités qui ne sont pas toujours présents dans les trois labels suisses** dont il est spécifiquement question ici. Deuxièmement, la littérature étudiée porte sur des **programmes et non pas spécifiquement sur la question des activités de labellisation** et de certification. Ces dernières constituent un **point aveugle** de la littérature et mériteraient de plus amples réflexions sur leurs modalités concrètes d'élaboration, d'organisation et de mise en œuvre. Cela pourrait par exemple être le cas dans une optique de *policy mix*, à savoir sur la cohérence de l'assemblage entre des instruments d'action publique, des settings d'intervention et des groupes-cibles spécifiques (Howlett & Rayner 2013; Mavrot et al. 2019), de coordination intersectorielle (Chircop et al. 2014), *governance capacities* (Lodge & Wegrich 2014), de construction et maintien des partenariats (Corbin et al. 2018), d'obstacles et de facilitateurs à la mise en œuvre opérationnelle (Slatten et al. 2011), de suivi à moyen et long terme des organisations certifiées (Pomey et al. 2010)¹⁵. Une autre littérature de management public et de gouvernance, pourrait être utile comme source d'inspiration au-delà de celle en santé publique.

Troisièmement, les interventions étudiées interviennent dans une **chaîne de causalité complexe**, qu'il est difficile de retracer sous forme d'outcomes et d'impact. Une multiplicité des **variables intermédiaires** influence l'impact final de santé en termes d'alimentation, d'activité physique ou

¹⁵ Bien que non spécifiquement focalisé sur des interventions de santé, des leçons pourraient à cet égard être tirées de la littérature en science politique (*policy mix*, coordination intersectorielle, *governance capacity*), ainsi que la littérature en management (notamment sur les accréditations du tiers-secteur).

d'adoption de comportements sains (par ex. le niveau socio-économique de la famille, les politiques sociales et le tissu économique d'une commune), d'autant plus que ces actions (AAP) s'inscrivent dans le long terme. Les points de comparaison sont ardues à établir dans une optique expérimentale. Quatrièmement, les programmes en question sont également susceptibles de déboucher sur des **outcomes non quantifiables** mais néanmoins potentiellement cruciaux, tels que la mise à l'agenda organisationnel ou municipal de questions de santé, la promotion d'une action *health-in-all-policies*, le renforcement des capacités de gouvernance en santé et la professionnalisation organisationnelle, la coordination intersectorielle (par ex. avec des politiques éducationnelles, urbaines, économiques, de cohésion sociale ou de durabilité) ou encore de possibles effets multiplicateurs (à travers les groupes-cibles, les familles, les employé.e.s des structures). Ces éléments sont importants et doivent être pris en compte dans l'équation. Cinquièmement, les entretiens effectués pour les approfondissements qualitatifs sont au nombre limité de sept, et ne représentent pas forcément **l'entier de la diversité des profils et opinions** au niveau des porteurs.euses de projet, financeurs, autorités et expert.e.s.

Perspectives d'avenir

La partie qui suit esquisse des pistes de réflexion pour une éventuelle action future sur le terrain des labels et des certifications pour le cas où de tels instruments devaient continuer à être portés par Unisanté. Ces pistes se basent sur les deux modules de la présente étude, mais n'engagent que les auteurs du rapport. Des pistes transversales sont d'abord présentées pour des dimensions concernant les trois labels, puis une réflexion propre à chacun d'entre eux est ensuite développée.

Couverture géographique et des publics et angles morts des interventions. La question de l'équité en santé se pose dans la réflexion. Les effets de sélection dans les publics couverts par les trois certifications en sont l'un des aspects. Il conviendrait premièrement de faire le point sur les publics qui constituent les destinataires et ceux qui constituent les angles morts des trois labels : quel type de commune participe actuellement à CeS et quelles zones sont touchées au sein des communes, quelles zones géographiques sont couvertes par les écoles FV et les crèches YIB (qui ne couvre pas tout le canton dans le cas vaudois) participantes. Un ciblage géographique prioritaire pourrait alors être envisagé. De plus, pour répondre rigoureusement à la question de l'équité en santé, il conviendrait de connaître la stratification sociale des niveaux socio-économiques des enfants allant à la crèche et de ceux fréquentant les cantines scolaires afin de voir si le public ainsi touché est prioritaire du point de vue d'Unisanté. Un autre angle mort relevé par la littérature est celui des autres repas de la journée que le repas principal, à savoir les snacks et collations et offres de repas alternatives (par ex. magasins aux abords des écoles) (FV).

Du *nudge* à l'action structurelle. Un résultat important concerne les risques comportementalistes de la certification comme instrument d'action publique en fonction de ses modalités de mise en œuvre, et la nécessité de pousser les actions dans une direction structurelle. Les versions plus comportementalistes des labels peuvent en effet faire l'objet des mêmes critiques que celles adressées au *nudging* (modèle économiciste axé sur la rationalité, susceptible de ne toucher qu'un type de public, action publique superficielle). Ce risque est toutefois peu présent dans les trois labels étudiés étant donné que les publics concernés sont majoritairement captifs : FV Vaud se concentrent à notre connaissance presque exclusivement sur des écoles et la composante FV visant à une modification légère de l'architecture du choix au sein d'une offre concurrentielle y est donc peu présente. Quant aux crèches et communes, leurs publics sont également captifs. Cela semble donc être la bonne voie. CeS pourrait par ailleurs viser à encourager prioritairement les actions structurelles.

Susciter le changement. L'un des risques confirmés par la littérature critique sur les labels concerne celui de certification de l'existant, qui était également une préoccupation d'Unisanté. Eviter un tel état de fait comprend notamment le fait de : réfléchir aux zones et publics laissés pour compte et aux angles morts des interventions (quartiers laissés pour compte, autres heures de repas ou snacks à disposition), renforcer le degré d'exigence ou d'incitation sur des thèmes structurels pour les communes, identifier les points faibles de chaque organisation pour y travailler. La question de l'émulation et des échanges inter-organisationnels pourrait aussi stimuler les communes et structures à aller au-delà de l'existant, en échangeant avec leurs pairs et en découvrant des bonnes pratiques pouvant leur être utiles. Des designs d'étude avant/après seraient plus à même de déterminer rigoureusement la plus-value des labellisations. De même, un suivi dans une perspective longitudinale avant/après pourrait permettre de glisser une exigence de nouveauté dans les contrats liant l'organisme certifiant aux organisations.

Degré d'exigence dans l'accès au label. Dans la littérature, les interventions sur les trois domaines d'action étudiés ici sont reconnus comme étant utiles et comme portant généralement leurs fruits d'un point de vue de santé publique (sans préjuger de la mise en œuvre et de l'impact exact des trois projets suisses, qui ne font pas ici l'objet d'une évaluation). Dans la littérature, la certification n'est

pas mentionnée pour les crèches ; elle l'est surtout pour *Healthy cities* et pour la restauration privée. Du point de vue du terrain, de nombreux avantages de la certification sont relevés (objectivation de l'engagement, porte d'entrée, outil permettant un suivi sur le long terme, niveau organisationnel et collectivisation). La question de savoir si les mêmes objectifs pourraient être atteints sans certification ne peut pas être tranchée ici. En revanche, tant la littérature que les interviews tendent à pointer l'importance d'enrôler les organisations dans des actions de PPS au-delà des aspects formels des critères de labellisation (primat du recrutement, de la démarche partenariale, et de la qualité de l'accompagnement). La question de l'universalisme proportionné dans l'accès aux labels a été soulevée. En ce sens, un allègement du suivi administratif relatif aux procédures de labellisation semble envisageable, de même qu'un échelonnement des exigences en fonction des contextes (par ex. zones socioéconomiquement défavorisées).

Renforcement des contenus. Au-delà de la question de la certification, le niveau d'exigence autour des performances des programmes et projets doivent être maintenus. Les résultats détaillés issus de la revue de littérature pour chacun des trois domaines d'action pourraient être systématiquement passés en revue et comparés avec la réalité du contenu et de la mise en œuvre des trois programmes vaudois (par ex. coordination inter-départementale pour CeS, inclusion des parents pour YIB, actions sur les prix et l'attractivité pour FV en setting scolaire). Il s'agirait de vérifier par là si certaines modalités de mise en œuvre ou modules considérés comme des bonnes pratiques par les revues systématiques et méta-analyses sont présentes dans le cas local. En effet, la présente étude a mis en évidence un consensus de la littérature pour agir dans ces domaines, mais ne comprend pas d'analyse de contenu des programmes vaudois.

Youp' là Bouge. Un potentiel de diagnostic géographique existe pour YIB étant donné que la couverture n'est pas totale pour le canton de Vaud. L'état du programme concernant l'inclusion des parents, ressortant très fortement de la littérature, pourrait faire l'objet d'une réflexion. Il en va de même du couplage de l'activité physique et de l'alimentation, ainsi que de la professionnalisation des équipes éducatrices sur les questions de PPS. L'importance de l'activité physique structurée doit également être maintenue d'après les résultats issus de la littérature.

Fourchette Verte. Les efforts semblent pouvoir être continués en vue du maintien des établissements scolaires dans le programme, l'inscription des cantines scolaires dans des lignes-directrices ambitieuses en matière nutritionnelles étant considéré comme important dans la littérature. Les résultats d'une étude passée constatant le niveau trop élevé de protéine et de sodium dans les repas pourront être pris en compte. Celle-ci portait sur un seul cas mais il pourrait être opportun de vérifier si le phénomène est plus généralisé. Les extensions de ce type de programme abordés dans la littérature, telles que l'action communautaire, pourraient éventuellement être envisagées. Plus prioritairement, il pourrait être opportun d'étudier la possibilité que FV constitue une porte d'entrée pour thématiser avec les établissements scolaires la question du reste de l'assortiment des aliments à disposition des enfants (snacks en cafétéria, distributeurs), ce point étant central dans la littérature. Enfin, d'un point de vue plus politique et structurel, la question de l'attractivité du repas en cantine pour toutes les familles et d'une éventuelle politique des prix (notamment subventionnement en fonction du revenu des familles) serait un idéal du point de vue de la santé publique. La focale devrait rester sur les publics captifs comme c'est le cas actuellement, et l'investissement de nouvelles institutions pourraient être envisagé dans ce sens si des extensions étaient recherchées.

Commune en Santé. Deux dimensions prioritaires ressortent de l'analyse (en plus de l'importance de l'action structurelle). D'une part, la nécessité de renforcement des capacités de gouvernance en santé des communes. Cela passe par l'identification de personnes en charge de *mainstreamer* la santé au sein des communes, et l'identification de toute thématique permettant de trouver une accroche-santé (par ex. en fonction de l'actualité de la commune). Cela signifie aussi de travailler à une

fluidification de la coopération inter-départementale et à un processus d'enrôlement de départements et secteurs souvent peu habitués à penser en termes de santé (économie, transport, urbanisme). D'autre part, la question de la participation communautaire, voire de l'empowerment, est centrale dans la vision de l'OMS relative à *Healthy Cities*. Cette dimension pourrait être renforcée dans CeS, en raison de ses nombreux avantages : processus démocratique, appropriation de la santé par les citoyen.ne.s et identification d'axes d'intervention utiles, renforcement de l'ancrage des initiatives vis-à-vis du politique.

Annexes

Figure 1: Diagramme Revue de littérature Labels suisses

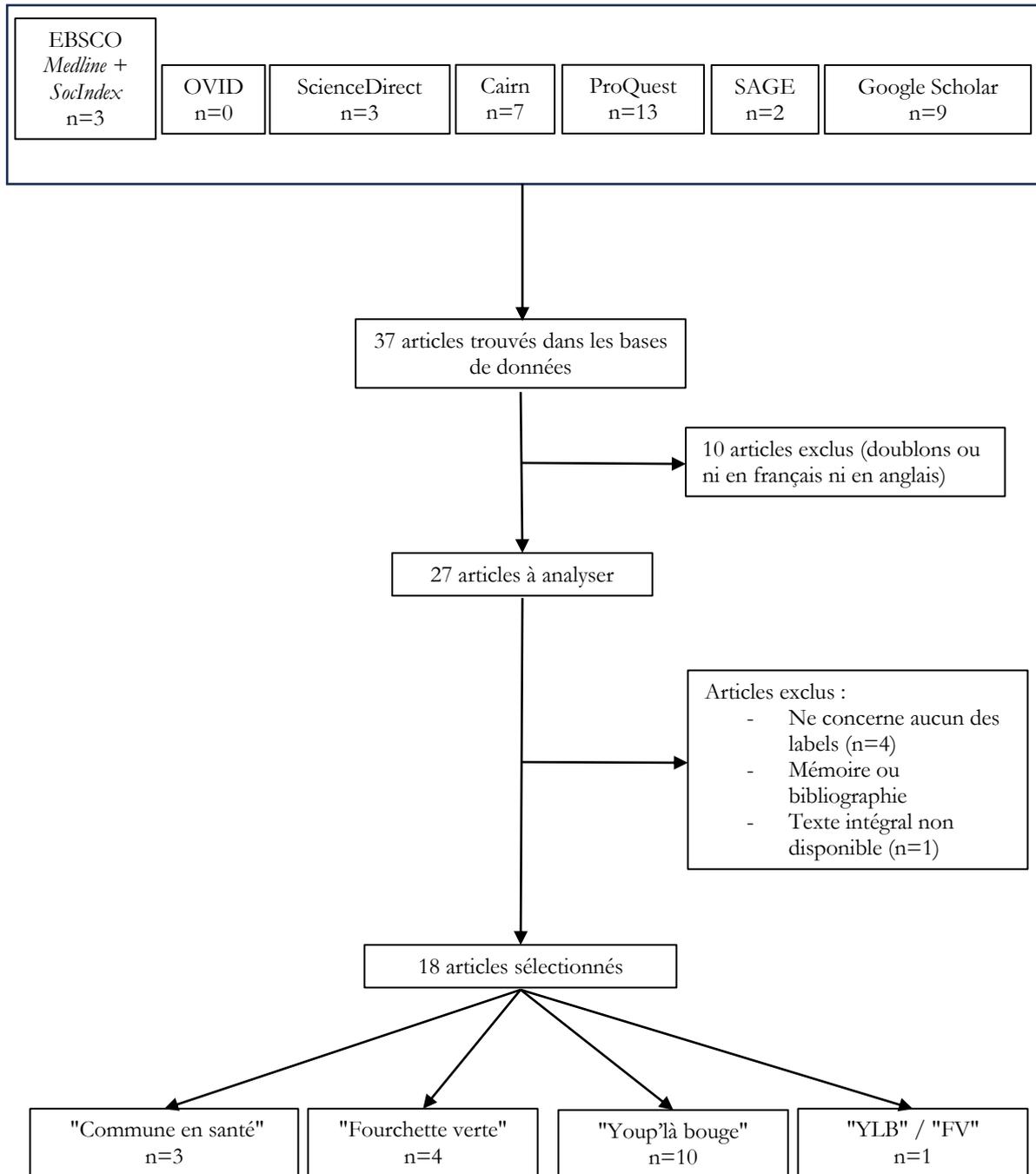
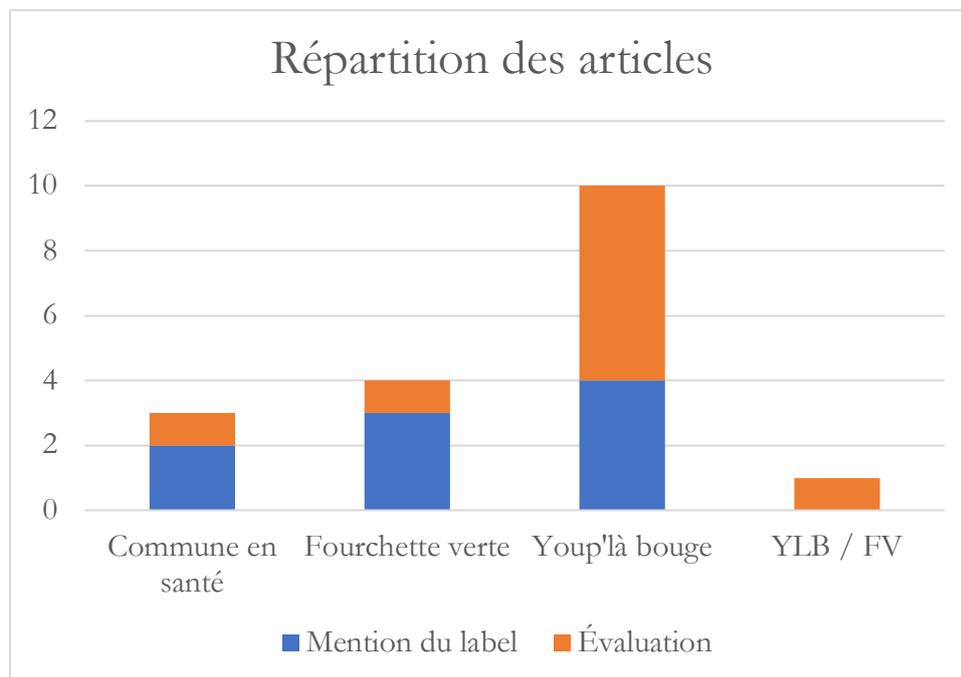


Figure 2 : Répartition des articles sélectionnés Revue de littérature Labels suisses



Mentions secondaires des labels suisses dans la littérature scientifique internationale. Dans l'un des articles trouvés dans la revue de littérature avec la recherche de mots-clés comprenant le nom des labels suisses, Lutz (2018) s'intéresse à la construction des politiques de lutte contre l'obésité chez les enfants comme des « dispositifs biopolitiques et disciplinaires ». En étudiant le programme d'action vaudois en la matière (qui contient notamment YLB et FV Junior), il interroge la manière dont les politiques de santé « répondent à des objectifs de productivité » et « à des nécessités de gestion et de surveillance de l'enfance » (p. 88). « Commune en santé » est mentionné dans l'introduction d'articles de Lutz et al. (2022) et d'Amstutz et Villa (2021) pour souligner l'importance des initiatives communales dans la promotion de la santé. Examinant la durabilité du système alimentaire de Bâle-Ville, Landert et al. (2017) soulignent que le soutien de l'administration communale à « Fourchette Verte – Ama Terra » contribue à la lutte contre la réduction des gaz à effet de serre. A Lausanne, Jarrige (2018) rapporte que « Fourchette Verte », mis en place dans la restauration collective de la ville, ne répondait pas totalement aux attentes de certains municipaux, ce qui a mené à lancer en 2014 un programme offrant une alimentation davantage axée sur le respect de l'environnement en augmentant la part de produits locaux et biologiques et en instaurant un repas végétarien par semaine¹⁶. L'article de Girois et al. (2001) propose d'utiliser les données de l'étude Bus Santé 2000 pour comparer les connaissances et les attitudes d'adultes aux États-Unis et Genève concernant le régime alimentaire et la santé. Les auteurs soulignent que ces données avaient été récoltées afin d'évaluer l'efficacité du label « Fourchette Verte » mis en place la même année.

¹⁶ <https://www.lausanne.ch/apps/actualites/Next/serve.php?id=4386>

Le label « Youp'la bouge » est par ailleurs cité comme un exemple d'intervention dans le protocole de l'étude *Promoting Activity and Trajectories of Health* (PATH) pour l'intervention *Children's Health Activity Motor Program* (CHAMP) (Robinson et al., 2020). L'adhérence au label est l'une des données qui permettra d'estimer l'implication des crèches pour la promotion de la santé dans la *Swiss Preschoolers' Health Study* (SPLASHY) (Messerli-Burgy et al., 2016). Williams et al. (2012) avaient également initialement sélectionné YLB pour leur revue systématique des associations entre l'environnement bâti à l'école primaire et le surpoids et l'obésité chez les enfants, avant de l'écarter car YLB était toujours en cours d'évaluation au moment de la rédaction de leur article. Les données de l'enquête « Youp'la bouge » menée entre 2009 et 2011 ont été mobilisées dans les articles de Puder et al. (2013) et de Bonvin et al. (2012) pour estimer respectivement la qualité de vie liée à la santé chez les enfants immigrés et la différence de poids ou de genre sur la motricité.

Adamo et al. (2017) étudient les effets d'un programme d'intervention similaire à Youp'la bouge dans 18 crèches à Ottawa. Le but de cet essai clinique randomisé par grappe était que les enfants d'un premier groupe d'intervention (six crèches, 59 enfants au total) bénéficient d'activité physique (180 minutes pour les 3-4 ans, 60 minutes pour les 5 ans). Deux ateliers de trois heures étaient également organisés pour les éducateur.rice.s et pour les directeur.rice.s de centre afin de les informer de l'importance de l'activité physique pour les enfants, et de leur proposer des stratégies de mise en place. Dans un deuxième groupe d'intervention (94 enfants), 6 crèches intégraient les parents en les faisant participer à une formation en ligne sur l'importance du mouvement chez les enfants. Pourtant, six mois après l'intervention, aucune différence dans le temps consacré à l'activité physique (mesures effectuées à l'aide d'un accéléromètre), le temps sédentaire ou dans les mesures anthropométriques (poids, taille et composition corporelle) n'a été observée entre les deux groupes d'intervention et un groupe contrôle composé de 62 enfants. Cependant plusieurs limites de l'étude sont déclarées : l'échantillon était plus petit que souhaité, l'adhérence des éducateur.rice.s et des parents difficile à estimer et à garantir, et la plupart des enfants étaient déjà actifs avant l'intervention (98% des 3 à 4 ans avaient une activité physique suffisante par rapport aux recommandations).

Bibliographie

- Ackermann, G., Kirschner, M., Guggenbühl, L., Abel, B., Klohn, A., & Mattig, T. (2015). Measuring Success in Obesity Prevention: A Synthesis of Health Promotion Switzerland's Long-Term Monitoring and Evaluation Strategy. *Obesity Facts*, 8(1), 17-29. <https://doi.org/10.1159/000374082>
- Adamo, K. B., Wasenius, N. S., Grattan, K. P., Harvey, A. L. J., Naylor, P.-J., Barrowman, N. J., & Goldfield, G. S. (2017). Effects of a Preschool Intervention on Physical Activity and Body Composition. *The Journal of Pediatrics*, 188, 42-49.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.05.082>
- Amri, M., Ali, S., Jessiman-Perreault, G., Barrett, K., & Bump, J. B. (2022). Evaluating healthy cities: A scoping review protocol. *PLOS ONE*, 17(10), e0276179. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276179>
- Amstutz, D., & Villa, O. (2021). *Promouvoir la santé de la population pendant la crise de la COVID-19 : Le rôle des communes sur le canton de Vaud, en Suisse*. 28(1), 103-107. <https://doi.org/10.1177/1757975920977833>
- Arlinghaus, K. R., Schroeder, M., Gold, A., et al. (2023). Outcomes From Healthy Eating and Physical Activity Recognition Programs in Early Child Care and Education: A Scoping Review. *American Journal of Health Promotion*, 37(1), 132-145. <https://doi.org/10.1177/08901171221116064>
- Ayala, G. X., Castro, I. A., Pickrel, J. L., Lin, S.-F., Williams, C. B., Madanat, H., Jun, H.-J., & Zive, M. (2017). A Cluster Randomized Trial to Promote Healthy Menu Items for Children: The Kids' Choice Restaurant Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1494. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121494>
- Bagwell, S. (2014). Healthier catering initiatives in London, UK: an effective tool for encouraging healthier consumption behaviour? *Critical Public Health*, 24, 35-46. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.769670>
- Baum, F., Jolley, G., Hicks, R., Saint, K., & Parker, S. (2006). What makes for sustainable Healthy Cities initiatives? A review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years. *Health Promotion International*, 21(4), 259-265. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal023>
- Bergeron, H., Castel, P., & Dubuisson-Quellier, S. (2014). Gouverner par les labels. Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable. *Gouvernement et action publique*, VOL. 3(3), 7-31. <https://doi.org/10.3917/gap.143.0007>
- Bergeron, H., Castel, P., Dubuisson-Quellier, S., Lazarus, J., Nouguez, É., & Pilmis, O. (2018). *Le biais comportementaliste*. Presses de Sciences Po.
- Bleich, S. N., Wolfson, J. A., Jarlenski, M. P. (2015). Calorie Changes in Chain Restaurant Menu Items: Implications for Obesity and Evaluations of Menu Labeling. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(1), 70-5. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.08.026>
- Blumenthal-Barby, J. S., & Burroughs, H. (2012). Seeking better health care outcomes: The ethics of using the « nudge ». *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 12(2), 1-10. <https://doi.org/10.1080/15265161.2011.634481>
- Bonvin, A., Barral, J., Kakebeeke, T. H., Kriemler, S., Longchamp, A., Marques-Vidal, P., & Puder, J. J. (2012). Weight status and gender-related differences in motor skills and in child care—Based physical activity in young children. *BMC Pediatrics*, 12, 23. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-23>
- Bonvin, A., Barral, J., Kakebeeke, T. H., Kriemler, S., Longchamp, A., Schindler, C., Marques-Vidal, P., & Puder, J. J. (2013). Effect of a governmentally-led physical activity program on motor skills in young children attending child care centers: A cluster randomized controlled trial. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 90. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-90>

- Boonekamp, G. M. M., Colomer, C., Tomás, A., & Nuñez, A. (1999). Healthy Cities Evaluation: The co-ordinators perspective. *Health Promotion International*, 14(2), 103-110. <https://doi.org/10.1093/heapro/14.2.103>
- Bower, J. K., Hales, D. P., Tate, D. F., Rubin, D. A., Benjamin, S. E., & Ward, D. S. (2008). The Childcare Environment and Children's Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 4(1), 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.022>
- Brandsen, T., Boogers, M., & Tops, P. (2006). Soft Governance, Hard Consequences: The Ambiguous Status of Unofficial Guidelines. *Public Administration Review*, 66(4), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00615.x>
- Bussell, K., Francis, L., Armstrong, B., Kilby, S., Black, M. M., & Hager, E. R. (2018). Examining Nutrition and Physical Activity Policies and Practices in Maryland's Child Care Centers. *Childhood Obesity*, 14(6), 403-411. <https://doi.org/10.1089/chi.2018.0085>
- Chevallier, J. (2018). Les Nudges dans la modernisation de l'action publique. In M. Bozzo-Rey & A. Brunon-Ernst, *Nudges et normativités. Généalogies, concepts et applications*. (Hermann, p. 227-238).
- Chircop, A., Bassett, R., & Taylor, E. (2015). Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: A scoping review. *Critical Public Health*, 25(2), 178-191. <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.887831>
- Corbin, J. H., Jones, J., & Barry, M. M. (2018). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*, 33(1), 4-26. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw061>
- Davies, J. K., & Kelly, M. P. (1993). *Healthy cities: Research and practice*. Routledge.
- De Leeuw, E. (2012). Do Healthy Cities Work? A Logic of Method for Assessing Impact and Outcome of Healthy Cities. *Journal of Urban Health*, 89(2), 217-231. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9617-y>
- de Leeuw, E., Green, G., Dyakova, M., Spanswick, L., & Palmer, N. (2015). European Healthy Cities evaluation: Conceptual framework and methodology. *Health Promotion International*, 30(suppl_1), i8-i17. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav036>
- de Leeuw, E., Green, G., Tsouros, A., Dyakova, M., Farrington, J., Faskunger, J., Grant, M., Ison, E., Jackisch, J., Lafond, L. J., Lease, H., Mackiewicz, K., Östergren, P.-O., Palmer, N., Ritsatakis, A., Simos, J., Spanswick, L., Webster, P., Zamaro, G., ... on behalf of the World Health Organization European Healthy Cities Network. (2015). Healthy Cities Phase V evaluation: Further synthesizing realism. *Health Promotion International*, 30(suppl_1), i118-i125. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav047>
- Desai, V. (2016). Third-Party Certifications as an Organizational Performance Liability. *Journal of Management*, 44. <https://doi.org/10.1177/0149206316659112>
- Ewert, B., Loer, K., & Thomann, E. (2020). Beyond nudge: Advancing the state-of-the-art of behavioural public policy and administration. *Policy & Politics*, 49. <https://doi.org/10.1332/030557320X15987279194319>
- Fernandes, A. C., Oliveira, R. C., Proença, R. P. C., Curioni, C. C., Rodrigues, V. M., & Fiates, G. M. R. (2016). Influence of menu labeling on food choices in real-life settings: A systematic review. *Nutrition Reviews*, 74(8), 534-548. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw013>
- Finch, M., Jones, J., Yoong, S., Wiggers, J., & Wolfenden, L. (2016). Effectiveness of centre-based childcare interventions in increasing child physical activity: A systematic review and meta-analysis for policymakers and practitioners. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 17(5), 412-428. <https://doi.org/10.1111/obr.12392>
- Forbat, J., Roué Le Gall, A., Porcherie, M., Gosset, C., Bantuelle, M., Marchandise, C., Thébault, P., Latrèche, S., Bédard, A., & Simos, J. (2024). SDGs and public health policies: Implementing the S2D grid in the city of Lausanne, Switzerland. *Global Health Promotion*, 17579759241238009. <https://doi.org/10.1177/17579759241238009>

- Frerichs, S. (2011). False Promises? A Sociological Critique of the Behavioural Turn in Law and Economics. *Journal of Consumer Policy*, 34(3), 289-314.
- Gase, L., Dunning, L., Kuo, T., Simon, P., Fielding, J. E. (2014). Restaurant owners' perspectives on a voluntary program to recognize restaurants for offering reduced-size portions, Los Angeles County, 2012. *Preventing chronic disease*, 11, E44. <https://doi.org/10.5888/pcd11.130310>
- Gase, L. N., Kaur, M., Dunning, L., Montes, C., & Kuo, T. (2015). What menu changes do restaurants make after joining a voluntary restaurant recognition program? *Appetite*, 89(1), 131-135. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.01.026>
- Girois, S. B., Kumanyika, S. K., Morabia, A., & Mauger, E. (2001). *A comparison of knowledge and attitudes about diet and health among 35- to 75-year-old adults in the United States and Geneva, Switzerland*. 91(3), 418-424.
- Gittelsohn, J., Lee-Kwan, S. H., & Batorsky, B. (2013). Community-based interventions in prepared-food sources: a systematic review. *Preventing chronic disease*, 10, E180. <https://doi.org/10.5888/pcd10.130073>
- Gray, S., Jones, M., Means, R., Orme, J., Pitt, H., & Salmon, D. (2018). Inter-sectoral Transfer of the Food for Life Settings Framework in England. *Health Promotion International*, 33(5), 781-790. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax017>
- Gray, S., Orme, J., Pitt, H., & Jones, M. (2017). Food for Life: Evaluation of the impact of the Hospital Food Programme in England using a case study approach. *JRSM Open*, 8(10), 2054270417712703. <https://doi.org/10.1177/2054270417712703>
- Grech, A., & Allman-Farinelli, M. (2015). A systematic literature review of nutrition interventions in vending machines that encourage consumers to make healthier choices. *Obesity Review*, 16: 1030–1041. <https://doi.org/10.1111/obr.12311>
- Harrison, MR. (2023). Effects of public–private partnership on diet-related obesity risk factors among school-aged children: A systematic literature review. *Nutrition and Health*, 29(3), 453-463. <https://doi.org/10.1177/02601060221136184>
- Heritage, Z., & Dooris, M. (2009). Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promotion International*, 24 Suppl 1, i45-i55. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap054>
- Heritage, Z., & Green, G. (2013). European national healthy city networks: The impact of an elite epistemic community. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90 Suppl 1(Suppl 1), 154-166. <https://doi.org/10.1007/s11524-012-9777-4>
- Hesketh, K. D., & Campbell, K. J. (2010). Interventions to Prevent Obesity in 0–5 Year Olds: An Updated Systematic Review of the Literature. *Obesity*, 18: S27-S35. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.429>
- Hillier-Brown, F. C., Summerbell, C. D., Moore, H. J., Routen, A., Lake, A. A., Adams, J., White, M., Araujo-Soares, V., Abraham, C., Adamson, A. J., & Brown, T. J. (2017). The impact of interventions to promote healthier ready-to-eat meals (to eat in, to take away or to be delivered) sold by specific food outlets open to the general public: a systematic review. *Obesity Reviews*, 18, 227–246. <https://doi.org/10.1111/obr.12479>
- Horgen, K. B., Brownell, K. D. (2002). Comparison of price change and health message interventions in promoting healthy food choices. *Health Psychology*, 21(5), 505–512. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.5.505>
- Howlett, M., & Rayner, J. (2013). Patching vs Packaging in Policy Formulation: Assessing Policy Portfolio Design. *Politics and Governance*, 1(2), 170-182. <https://doi.org/10.17645/pag.v1i2.95>
- Huse, O., Schultz, S., Boelsen-Robinson, T., et al. (2023). The implementation and effectiveness of outlet-level healthy food and beverage accreditation schemes: A systematic review. *Obesity Reviews*, 24(4), e13556. <https://doi.org/10.1111/obr.13556>
- Jackson, J. K., Jones, J., Nguyen, H., Davies, I., Lum, M., Grady, A., & Yoong, S. L. (2021). Obesity Prevention within the Early Childhood Education and Care Setting: A Systematic Review of Dietary Behavior and Physical Activity Policies and Guidelines in High Income

- Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 838. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020838>
- Jarrige, F. (2018). Patrimoine agricole et développement urbain. *Études rurales*, 201, Article 201. <https://doi.org/10.4000/etudesrurales.12336>
- Jones, M., Pitt, H., Oxford, L., Bray, I., Kimberlee, R., & Orme, J. (2017). Association between Food for Life, a Whole Setting Healthy and Sustainable Food Programme, and Primary School Children's Consumption of Fruit and Vegetables: A Cross-Sectional Study in England. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), 639. <https://doi.org/10.3390/ijerph14060639>
- Kegler, M. C., Twiss, J. M., & Look, V. (2000). Assessing Community Change at Multiple Levels: The Genesis of an Evaluation Framework for the California Healthy Cities Project. *Health Education & Behavior*, 27(6), 760-779. <https://doi.org/10.1177/109019810002700610>
- Klepac, B., Mowle, A., Riley, T., & Craike, M. (2023). Government, governance, and place-based approaches: Lessons from and for public policy. *Health Research Policy and Systems*, 21, 126. <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01074-7>
- Kraak, V. I., Rincón-Gallardo Patiño, S., & Sacks, G. (2019). An accountability evaluation for the International Food & Beverage Alliance's Global Policy on Marketing Communications to Children to reduce obesity: A narrative review to inform policy. *Obesity Reviews*, 20(S2), 90–106. <https://doi.org/10.1111/obr.12859>
- Kruseman, M., Bucher Della Torre, S., Eyer, C., Piguet, D., & Maier, A. (2013). Alimentation en crèche : Des menus équilibrés ne présagent pas d'apports nutritionnels adéquats. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 48(5), 240-247. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2013.04.001>
- Landert, J., Schader, C., Moschitz, H., & Stolze, M. (2017). A Holistic Sustainability Assessment Method for Urban Food System Governance. *Sustainability*, 9(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/su9040490>
- Larson, N., Ward, D. S., Neelon, S. B., & Story, M. (2011). What role can child-care settings play in obesity prevention? A review of the evidence and call for research efforts. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(9), 1343-1362. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.007>
- Lee, S. H., Rowan, M., Powell, L. M., Newman, S., Klassen, A. C., Frick, K. D., et al. (2010). Characteristics of prepared food sources in low-income neighborhoods of Baltimore City. *Ecol Food Nutr*, 49(6), 409–30. <https://doi.org/10.1080/03670244.2010.524102>
- Liu, S. T., Graffagino, C. L., Leser, K. A. et al. (2016). Obesity Prevention Practices and Policies in Child Care Settings Enrolled and Not Enrolled in the Child and Adult Care Food Program. *Maternity Child Health J*, 20, 1933–1939. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2007-z>
- Lebron, C. N., Folefac, A., Rana, P., Natale, R., & Messiah, S. E. (2024). Child Care Center Staff Readiness to Change in an Early Childhood Obesity Prevention Program. *Journal of Public Health Management and Practice*, 30(4), 526-534. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001850>
- Lodge, M., & Wegrich, K. (2014). *The Problem-Solving Capacity of the Modern State: Governance Challenges and Administrative Capacities*. Oxford University Press.
- Loer, K., & Neher, P. (2024). A behavioural approach to policy implementation. In *Handbook of Public Policy Implementation* (p. 480-492). Edward Elgar Publishing. <https://www.elgaronline.com/edcollchap/book/9781800885905/book-part-9781800885905-51.xml>
- Luecking, C. T., Hennink-Kaminski, H., Ihekweazu, C., Vaughn, A., Mazzucca, S., & Ward, D. S. (2017). Social marketing approaches to nutrition and physical activity interventions in early care and education centres: A systematic review. *Obesity Reviews*, 18(12), 1425-1438. <https://doi.org/10.1111/obr.12596>
- Lutz, A. (2018). De la biopolitique à la discipline du corps. Les dynamiques de savoir-pouvoir dans les politiques de lutte contre l'obésité de l'enfant. *Sciences sociales et santé*, 36(3), 69-92. <https://doi.org/10.1684/sss.2018.0120>

- Lutz, A., Zürcher, K., Gonzalez Holguera, J., Mueller, C., & Pasche, M. (2022). Promotion de la santé et durabilité : Enjeux, liens et perspectives conjointes pour le développement de politiques publiques. *Santé et environnement*, 42, 483-490. Médecine & Hygiène. <https://doi.org/10.3917/mh.senn.2022.01.0483>
- Lyn, R., Heath, E., & Dubhashi, J. (2019). Global Implementation of Obesity Prevention Policies: a Review of Progress, Politics, and the Path Forward. *Curr Obes Rep*, 8, 504–516. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-00358-w>
- Mavrot, C., Hadorn, S., & Sager, F. (2018). Mapping the mix: Linking instruments, settings and target groups in the study of policy mixes. *Research Policy*, 48. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2018.06.012>
- McGowan, V. J., Buckner, S., Mead, R., McGill, E., Ronzi, S., Beyer, F., & Bambra, C. (2021). Examining the effectiveness of place-based interventions to improve public health and reduce health inequalities: An umbrella review. *BMC Public Health*, 21(1), 1888. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11852-z>
- Messerli-Burgy, N., Kakebeke, T. H., Arhab, A., Stulb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Fares, F., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G., & Puder, J. J. (2016). *The Swiss Preschoolers health study (SPLASHY : Objectives and design of a prospective multi-site cohort study assessing psychological and physiological health in young children*. 16. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0617-7>
- Mols, F., Haslam, S. A., Jetten, J., & Steffens, N. K. (2015). Why a nudge is not enough: A social identity critique of governance by stealth. *European Journal of Political Research*, 54(1), 81-98. <https://doi.org/10.1111/1475-6765.12073>
- Morris, H., Skouteris, H., Edwards, S., & Rutherford, L. (2015). Obesity prevention interventions in early childhood education and care settings with parental involvement: A systematic review. *Early Child Development and Care*, 185. <https://doi.org/10.1080/03004430.2014.991723>
- Natale, R. A., Lopez-Mitnik, G., Uhlhorn, S. B., Asfour, L., Messiah, S. E. (2014). Effect of a Child Care Center-Based Obesity Prevention Program on Body Mass Index and Nutrition Practices Among Preschool-Aged Children. *Health Promotion Practice*, 15(5), 695-705. <https://doi.org/10.1177/1524839914523429>
- Neelon, S. E. B., Østbye, T., Hales, D., Vaughn, A., & Ward, D. S. (2016). Preventing childhood obesity in early care and education settings: Lessons from two intervention studies. *Child: Care, Health and Development*, 42(3), 351-358. <https://doi.org/10.1111/cch.12329>
- Nickel, S., & von dem Knesebeck, O. (2020). Effectiveness of Community-Based Health Promotion Interventions in Urban Areas: A Systematic Review. *Journal of Community Health*, 45(2), 419-434. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00733-7>
- O'Dwyer, L. A., Baum, F., Kavanagh, A., & Macdougall, C. (2007). Do area-based interventions to reduce health inequalities work? A systematic review of evidence. *Critical Public Health*, 17(4), 317-335. <https://doi.org/10.1080/09581590701729921>
- O'Neill, M. (2006). Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects: A political task? *Health Promotion International*, 21(2), 145-152. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal006>
- Pereira, A. R., & Oliveira, A. (2021). Dietary Interventions to Prevent Childhood Obesity: A Literature Review. *Nutrients*, 13, 3447. <https://doi.org/10.3390/nu13103447>
- Petersen, A. (1996). The 'healthy' city, expertise, and the regulation of space. *Health & Place*, 2(3), 157-165. [https://doi.org/10.1016/1353-8292\(96\)00008-1](https://doi.org/10.1016/1353-8292(96)00008-1)
- Plümer, K. D., Kennedy, L., & Trojan, A. (2010). Evaluating the implementation of the WHO Healthy Cities Programme across Germany (1999–2002). *Health Promotion International*, 25(3), 342-354. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq028>
- Pomey, M.-P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A., & Contandriopoulos, A.-P. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the

- accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*, 5(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-31>
- Powell LM, & Chaloupka FJ. (2009). Food prices and obesity: evidence and policy implications for taxes and subsidies. *Milbank Quarterly*, 87(1), 229-57. <https://doi.org/0.1111/j.1468-0009.2009.00554.x>
- Puder, J., Pinto, A. M., Bonvin, A., Bodenman, P., Munsch, S., Kriemler, S., & Marques-Vidal, P. (2013). Health-related quality of life in migrant preschool children. *BMC Public Health*, 13, 384. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-384>
- Quigley, M. (2013). Nudging for health: On public policy and designing choice architecture. *Medical Law Review*, 21(4), 588-621. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwt022>
- Quilling, E., Mielenbrink, V., Osterhoff, A., Terhorst, S., Tollmann, P., & Kruse, S. (2022). State of evidence on municipal strategies for health promotion and prevention: A literature and database research (Scoping Review). *BMC Public Health*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12607-0>
- Robinson, L. E., Wang, L., Colabianchi, N., Stodden, D. F., & Ulrich, D. (2020). *Protocol for a two-cohort randomized cluster clinical trial of a motor skills intervention: The Promoting Activity and Trajectories of Health (PATH) Study*. 10(6), e037497. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037497>
- Ronto, R., Rathi N., Worsley, A., Sanders, T., Lonsdale, C., Wolfenden, L. (2020). Enablers and barriers to implementation of and compliance with school-based healthy food and beverage policies: a systematic literature review and meta-synthesis. *Public Health Nutrition*, 23(15), 2840-2855. <https://doi.org/10.1017/S1368980019004865>
- Rosin, M., Mackay, S., Gerritsen, S., Morenga, L. T., Terry, G., Ni Mhurchu, C. (2024). Barriers and facilitators to implementation of healthy food and drink policies in public sector workplaces: a systematic literature review, *Nutrition Reviews*, 82(4), 503–535. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad062>
- Roy, R., Kelly, B., Rangan, A., & Allman-Farinelli, M. (2015). Food Environment Interventions to Improve the Dietary Behavior of Young Adults in Tertiary Education Settings: A Systematic Literature Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(10), 1647-1681.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.06.380>
- Rushton, C. (2014). Whose place is it anyway? Representational politics in a place-based health initiative. *Health & Place*, 26, 100-109. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.12.006>
- Sanchez-Flack, J. C., Herman, A., Buscemi, J., Kong, A., Bains, A., & Fitzgibbon, M. L. (2020). A systematic review of the implementation of obesity prevention interventions in early childcare and education settings using the RE-AIM framework. *Translational Behavioral Medicine*, 10(5), 1168-1176. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz179>
- Schouwey, M. (2024). Analyse des facteurs favorisant et limitant à l'adhésion au label « Commune en santé », mise en perspective avec d'autres labels de santé publique et recommandations. Mémoire Institut de Santé Globale, Université de Genève.
- Sildén, K. E. (2018). Impact of competitive foods in public schools on child nutrition: effects on adolescent obesity in the United States an integrative systematic literature review. *Global Health Action*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1477492>
- Sisson, S. B., Krampe, M., Anundson, K., & Castle, S. (2016). Obesity prevention and obesogenic behavior interventions in child care: A systematic review. *Preventive Medicine*, 87, 57-69. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.02.016>
- Slatten, L., Guidry, B., & Austin, W. (2011). Accreditation and certification in the non-profit sector: Organizational and economic implications. *Organization Management Journal*, 8, 112-127. <https://doi.org/10.1057/omj.2011.17>
- Stanhope, K. K., Kay, C., Stevenson, B., & Gazmararian, J. A. (2017). Measurement of obesity prevention in childcare settings: A systematic review of current instruments. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(5, Supplement 1), 52-89. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.06.002>

- Story, M., Kaphingst, K. M., & French, S. (2006). The Role of Child Care Settings in Obesity Prevention. *The Future of Children*, 16(1), 143–168. <http://www.jstor.org/stable/3556554>
- Sunstein, C. (2015). Nudges and Choice Architecture: Ethical Considerations. *Yale journal on regulation*, *Yale Journal on Regulation (forthcoming)*.
- Taber, D. R., Chriqui, J. F., Powel, L., & Chaloupka, F. J. (2013). Association between state laws governing school meal nutrition content and student weight status: Implications for new USDA school meal standards. *JAMA Pediatrics*, 167, 513–519. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.399>
- Valdivia Espino, J. N., Guerrero, N., Rhoads, N., Simon, N. J., Escaron, A. L., Meinen, A., Nieto, F. J., & Martinez-Donate, A. P. (2015). Community-based restaurant interventions to promote healthy eating: a systematic review. *Preventing chronic disease*, 12, E78. <https://doi.org/10.5888/pcd12.140455>
- Volger, S., Radler, D. R., & Rothpletz-Puglia, P. (2019). Correction: Early childhood obesity prevention efforts through a life course health development perspective: A scoping review. *PLOS ONE*, 14(1), e0211288. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211288>
- Walsh, P. (2001). Improving Governments' Response to Local Communities—Is Place Management an Answer? *Australian Journal of Public Administration*, 60(2), 3-12. <https://doi.org/10.1111/1467-8500.00204>
- Ward, D. S., Benjamin, S. E., Ammerman A., S., Ball, S. C., Neelon, B., H., & Bangdiwala, S. I. (2008). Nutrition and Physical Activity in Child Care: Results from an Environmental Intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(4), 352-356. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.06.030>
- Ward, D. S., Welker, E., Choate, A., Henderson, K. E., Lott, M., Tovar, A., Wilson, A., & Sallis, J. F. (2017). Strength of obesity prevention interventions in early care and education settings: A systematic review. *Preventive Medicine*, 95, S37-S52. <https://doi.org/10.1016/j.ypped.2016.09.033>
- Williams, A. J., Wyatt, K. M., Hurst, A. J., & Williams, C. A. (2012). A systematic review of associations between the primary school built environment and childhood overweight and obesity. *Health & Place*, 18(3), 504-514. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.02.004>
- Zlatevska, N., Barton, B., Dubelaar, C., & Hohberger, J. (2024). Navigating Through Nutrition Labeling Effects: A Second-Order Meta-Analysis. *Journal of Public Policy & Marketing*, 43(1), 76-94. <https://doi.org/10.1177/07439156231158115>