

Résumé de preuves pertinentes : Effet des programmes axés sur les compétences alimentaires sur la consommation de fruits et de légumes chez les enfants et les jeunes



Messages clés

- Les programmes axés sur les compétences alimentaires peuvent amener une augmentation notable de la consommation de fruits et de légumes chez les enfants et les jeunes de 4 à 18 ans.
- La participation parentale est importante pour cultiver de saines habitudes alimentaires à la maison.
- Il sera possible d'évaluer les initiatives de formation nutritionnelle en cours dans la province lorsque l'on disposera de plus de données ontariennes à ce sujet.

Septembre 2016

Enjeu et objet de la recherche

La nutrition est depuis longtemps reconnue comme l'un des aspects de la bonne santé et du bien-être. Il s'agit d'un important facteur de risque modifiable des maladies non transmissibles telles que la maladie cardiovasculaire, l'obésité, le diabète et certains types de cancer.^{1,2} La consommation de fruits et de légumes (FL) peut aider à prévenir ou à diminuer le risque de ces maladies.² Le facteur de protection des FL a été observé chez des enfants et des adolescents canadiens (de 2 à 17 ans), ceux d'entre eux qui en consommaient

au moins cinq fois par jour ayant des taux inférieurs de surpoids et d'obésité.³

Les FL sont une importante source de vitamines et de minéraux ainsi que de fibres alimentaires,⁴ qui sont essentiels pour favoriser une croissance et un développement sains,⁵ en plus de contribuer à la réduction du risque de maladies chroniques.⁶ On s'inquiète de plus en plus du fait que les enfants et les jeunes canadiens risquent d'avoir des problèmes de santé liés à la nutrition comme le diabète et l'obésité. La prévalence du diabète chez les jeunes de 15 à 19 ans est de 0,5 % et celle du surpoids ou de l'obésité est de 29,4 % chez les

jeunes de 12 à 19 ans.⁷ Ces taux sont problématiques car les habitudes prises durant l'enfance comme la consommation élevée de repas minute et de boissons sucrées et un mode de vie sédentaire peuvent avoir des répercussions négatives par la suite, à l'âge adulte.⁸⁻¹⁰ Des études indiquent qu'il est possible que les enfants canadiens adoptent des pratiques alimentaires malsaines.¹¹ À titre d'exemple, selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, Cycle 2.2), une proportion élevée d'adolescents canadiens âgés de 9 à 18 ans ne consomment pas suffisamment de vitamines et de minéraux, y compris de vitamines A et D, de magnésium et de calcium,¹² et que les enfants de 4 à 8 ans ne consomment pas assez de calcium.¹³ Les enfants tout comme les adolescents ingèrent plus de sodium que l'apport maximum tolérable.^{12,13}

De façon générale, la consommation de FL chez les enfants et les jeunes est faible en Ontario. Elle est en effet de 4,43 portions en moyenne par jour, 64 % d'entre eux en consommant moins de 5 portions.¹⁴ S'il est vrai que ces résultats datent de 2004, de récentes études de moindre envergure suggèrent que la faible consommation de FL continue d'être un problème chez les enfants et les jeunes.¹⁵⁻¹⁷ Le Guide alimentaire canadien recommande de 5 à 6 portions par jour pour les enfants de 4 à 13 ans et de 7 à 8 portions pour les jeunes de 14 à 18 ans.¹⁸

En vue de promouvoir des choix alimentaires sains et d'éduquer les enfants et les jeunes au sujet de la nourriture et de la nutrition, on a instauré des programmes de formation aux compétences alimentaires dans de nombreuses collectivités.¹⁹ Les compétences alimentaires englobent un ensemble de compétences liées à la préparation, à la manipulation et à la sécurité alimentaires. Se rapportant aussi bien au niveau individuel qu'à celui des ménages, il s'agit de compétences qui devraient être familières à chacun, que chacun devrait comprendre et savoir mettre en pratique.^{20,21} Elles se classent en cinq grandes catégories : les connaissances (p. ex., nutrition, lecture des étiquettes,

sécurité alimentaire), la planification (p. ex., organisation des repas, préparation de la nourriture, établissement d'un budget), la conceptualisation alimentaire (p. ex., adaptation des recettes, créativité), les techniques mécaniques (p. ex., couper/mélanger, cuisiner, suivre des recettes) et les perceptions alimentaires (p. ex. utilisation des sens – texture, goût, à quel moment les aliments sont cuits).^{21,22} Les Normes de santé publique de l'Ontario mettent l'accent sur la formation aux compétences alimentaires comme un domaine d'action prioritaire pour tous les bureaux de santé publique, stipulant que « Le conseil de santé doit fournir aux groupes prioritaires des occasions d'acquérir des compétences alimentaires et d'adopter de bonnes habitudes alimentaires ».²³

Les interventions axées sur les compétences alimentaires ciblent en grande partie le développement de compétences à préparer et à manipuler des aliments nutritifs, souvent en insistant sur les FL. Du fait de l'importance de la consommation de ces FL pour la croissance et le développement, et pour la prévention des maladies chroniques, et que certains enfants et adolescents ne suivent pas les recommandations du Guide alimentaire canadien à cet égard, il est important d'étudier l'effet de ces interventions sur la consommation de FL pour en tenir compte lors de l'élaboration des prochaines Normes de santé publique de l'Ontario.

L'objectif du présent *Résumé de preuves pertinentes* est par conséquent d'offrir une synthèse de la documentation actuelle sur le sujet suivant : *Les programmes de formation axés sur les compétences alimentaires augmentent-ils la consommation des fruits et des légumes chez les enfants et les jeunes?*

Méthodes

Les recherches ont été menées par les services bibliothécaires de SPO à partir des bases de données électroniques dont Ovid MEDLINE, Embase, CINAHL et ERIC. Réalisées dans un premier temps les 28 et le 29 mai 2015 en ce qui

concerne les articles publiés de 2005 à 2015, elles se limitaient aux revues, aux revues systématiques et aux méta-analyses et autres documents de synthèse. Elles ont ensuite été actualisées les 28 et le 29 mars 2016. On a alors procédé au dépouillement des articles repérés à l'aide de la stratégie de recherche adoptée de sorte à en déterminer l'admissibilité en fonction des critères suivants : articles suffisamment récents publiés en anglais (à partir de 2005), portant sur les enfants et les jeunes d'âge scolaire, traitant d'interventions axées sur les compétences alimentaires se déroulant en milieu scolaire ou dans la collectivité, et données consignées relatives à au moins un effet de la consommation de FL. On a exclu les articles dans lesquels on ne ciblait que les adultes, on ne s'intéressait pas à la consommation de FL ou on ciblait des maladies précises (p. ex. allergies, asthme, cancer). Les activités faisant partie d'une intervention à volets multiples dont l'unique objet n'était pas les compétences alimentaires et ne pouvant en être séparées en vue d'une analyse indépendante en étaient également exclues. Un examinateur a filtré les titres et les résumés d'articles, tandis qu'un second en a filtré échantillon de 20 % afin d'évaluer le degré de consensus. Tous les désaccords ont été résolus par la discussion, jusqu'à l'obtention d'un consensus. Pour évaluer la qualité des articles, on s'est servi de l'outil *Health Evidence Quality Assessment Tool*, en excluant les articles notés « faibles » (note de 4 ou moins). On a récupéré la version intégrale de tous les articles satisfaisant aux critères d'inclusion afin de les analyser au complet, en extrayant les renseignements pertinents à l'aide d'un formulaire uniformisé d'extraction des données. Il est possible d'obtenir les détails relatifs à la stratégie de recherche utilisée auprès de SPO.

Principales constatations

Les recherches ont permis de recenser 1 306 articles desquels sept revues systématiques sont incluses dans le présent *Résumé de preuves pertinentes*. Ces revues portaient sur des élèves du primaire et du secondaire : trois d'entre elles sur les enfants

âgés de 4 à 12 ans²⁴⁻²⁶ et quatre autres, sur les enfants et les jeunes âgés de 5 à 18 ans.²⁷⁻³⁰ Divers modèles d'étude (p. ex., essais contrôlés – randomisés ou non, ou randomisés par groupe; études quasi expérimentales) et divers outils de mesure (p. ex., questionnaire sur la fréquence de consommation des aliments, rappels alimentaires de 24 heures, journaux alimentaires, sondages, observation directe et entretiens) ont été utilisés pour rendre compte des interventions.

La majorité des revues systématiques portaient sur des interventions réalisées aux États-Unis,²⁴⁻³⁰ puis au Royaume-Uni,^{26,28,30} en Irlande,^{26,28} en Norvège,^{29,30} en Finlande,³⁰ aux Pays-Bas,³⁰ en Espagne³⁰ et en Australie.³⁰ Les interventions et initiatives axées sur les compétences alimentaires étaient d'un type assez similaire d'un pays à l'autre. Elles variaient en durée, les plus courtes étant d'une heure par semaine (la durée totale n'étant pas précisée),²⁴ et les plus longues se déroulant sur trois ans.^{24,27,30}

Toutes les revues portaient sur des interventions à volets multiples consistant en une éducation nutritionnelle et des activités pratiques se déroulant en salle de classe ou à l'école, à domicile ou dans la collectivité. Parmi les interventions se déroulant en salle de classe figuraient l'éducation nutritionnelle, des cours sur la préparation des aliments, un renforcement des capacités, le visionnement de vidéos, des cours de cuisine, des dégustations et du jardinage.²⁴⁻³⁰ Les interventions organisées à l'échelle de l'école consistaient en des campagnes médiatiques (p. ex. affiches, annonces, concours), des assemblées, des dégustations, une plus grande exposition aux FL et à leur variété à la cantine, un choix plus sain à la boutique de l'école ou aux comptoirs à provisions, des ateliers de formation pour les enseignants, et des séances de formation destinées au personnel des services d'alimentation, axées sur l'achat, la promotion et la préparation des FL en vue de leur consommation.^{27,28,30} L'objet de certaines activités n'était pas explicité, comme la nature des assemblées et des dégustations.

Parmi les volets centrés sur le domicile et la collectivité figuraient la participation parentale (p. ex. ateliers et réunions d'éducation parentale, bulletins, brochures, magazines sur l'alimentation saine et calendriers alimentaires, activités à faire à la maison et trousse d'activités, livres de recettes scolaires et soirées pour les parents/familles); et les interactions avec des organismes et des jardins communautaires.²⁵⁻³⁰ Par ailleurs, dans deux des revues, on mettait fortement l'accent sur les interventions basées sur le jardin,^{24,29} l'une centrée sur les programmes culinaires,²⁵ et l'autre qui ciblait le programme *Food Dudes* (basé au Royaume-Uni).²⁶

Dans l'ensemble, on a observé une augmentation de niveau faible à modéré dans la consommation de FL chez les enfants et les jeunes après les interventions axées sur les compétences alimentaires.²⁴⁻³⁰ Dans cinq des revues, on a fait état d'une augmentation quantifiable de cette consommation, en grammes ou en portions : trois d'entre elles mentionnaient une augmentation allant de 0,3 à 3,4 portions de FL par jour,²⁷⁻²⁹ l'une d'elle, une augmentation de 30 g par jour,³⁰ et une autre, une augmentation de 0,01 à 0,71 portions (de 0,8 g à 56,8 g).²⁶ Les deux revues restantes n'offraient que des descriptions qualitatives mais suggéraient une augmentation générale de la consommation de FL du fait des programmes/activités axés sur les compétences alimentaires.^{24,25} Le constat de consommation accrue de FL relevé dans les revues systématiques correspond à la conclusion d'une méta-analyse ayant révélé une augmentation statistiquement notable de la consommation de FL chez les enfants et les jeunes de 6 à 15 ans (différence moyenne standardisée de 0,15 [entre 0,02 et 0,29]).³⁰ Les données de suivi des interventions n'ont été évaluées que par les auteurs de trois revues,^{26,28,30} et obtenues dans un délai allant de trois mois^{26,28} à plus de deux ans après l'intervention;²⁸ dans chacun des cas, l'augmentation de la consommation de FL s'était maintenue au moment du suivi.

Discussion et conclusions

Les interventions ciblaient des compétences qui se classent principalement dans quatre des cinq grandes catégories de compétences alimentaires : connaissances, planification, techniques mécaniques et perceptions alimentaires.^{21,22} Aucune intervention n'avait pour but de cibler directement les compétences en conceptualisation alimentaire, comme l'utilisation créative de restes de repas ou la modification de recettes.^{21,22} Toutes les interventions comportaient de multiples volets, chacune d'elles offrant une forme quelconque d'apprentissage expérientiel. La plupart d'entre elles faisaient appel à la participation parentale, par le biais de documents de communication (bulletins) ou directement, par leur participation à des ateliers et des activités à réaliser comme devoirs à la maison.

Les résultats des revues suggèrent que les interventions qui combinent une éducation nutritionnelle traditionnelle à une expérience pratique peuvent influencer positivement les intermédiaires pour la consommation de FL. Au nombre des habitudes liées à la santé qui s'amélioraient par suite des interventions axées sur les compétences alimentaires figuraient : la volonté de goûter à des FL et d'en essayer,^{24,29} une préférence accrue pour les FL,^{24,25,29} et une augmentation des connaissances liées à la nutrition en général et à l'alimentation.²⁴ Ces améliorations coïncidaient souvent avec une augmentation de la consommation de FL.

Les résultats n'aboutissaient pas à des conclusions quant à l'efficacité relative des divers outils d'évaluation de la consommation alimentaire. Dans l'une des revues, on indiquait qu'en raison du nombre limité d'études examinées, il était difficile d'offrir des commentaires relativement aux outils d'évaluation.²⁸ De la même façon, l'efficacité de certaines interventions par rapport à d'autres n'était pas discutée. Étant donné l'éventail varié des interventions incluses, cela peut suggérer que l'adoption d'une approche donnée est moins impérative qu'une plus forte mobilisation

des enfants et des jeunes et leur participation accrue aux programmes et initiatives.

Les résultats de synthèse présents dans ce *Résumé de preuves pertinentes* suggèrent donc que la programmation et les initiatives axées sur les compétences alimentaires augmentent la consommation de FL chez les enfants et les jeunes.

Limitations

Les limites des études primaire étaient similaires dans toutes les analyses. Il s'agissait notamment de problèmes liés à la qualité méthodologique, à la faible durée des interventions et au manque de suivi des effets à long terme sur la consommation de FL. Les données relatives à cette consommation étant des données déclarées, il est possible qu'on l'ait surestimée. Par ailleurs, la présentation des résultats variait, la consommation de FL étant parfois rapportée en portions et parfois en portions ou en grammes. Cela rendait donc la comparaison difficile d'une analyse à l'autre. Autre limitation, aucune étude propre à l'Ontario ou au Canada n'a été incluse dans les analyses : il est donc difficile d'en percevoir la pertinence pour les interventions axées sur les compétences alimentaires qui sont menées à l'échelle locale.

Retombées sur la pratique

L'analyse documentaire montre que les programmes de formation axés sur les compétences alimentaires ont un effet important sur la consommation de FL chez les enfants et les jeunes de 4 à 18 ans. S'il est vrai que la plupart des programmes examinés se déroulaient dans un environnement scolaire, les parents y participaient également activement à la maison. La participation des parents est importante, car ceux d'entre eux qui adoptent des habitudes saines sont plus susceptibles d'augmenter la disponibilité des FL à la maison.³¹ Au Canada, plus de 50 % des ménages ayant des enfants rapportent que ces derniers s'impliquent en participant à l'achat d'épicerie et en aidant à cuisiner et à préparer les repas.³²

Bien qu'on ait observé une augmentation de niveau faible à modéré de la consommation de FL, la plupart des études dont traitaient les revues ne comportaient pas de suivi d'interventions ou, s'il y en avait un, il s'agissait d'un suivi à court terme. Il se peut donc que l'efficacité des interventions ait été sous-estimée, les effets pouvant s'accumuler au fil du temps; il se peut tout autant que leur efficacité ait été surestimée si les enfants et les jeunes reviennent à leurs habitudes initiales une fois l'intervention terminée. À l'avenir, il faudrait que les études traitent d'interventions d'une durée minimale de 12 mois, ce délai ayant été identifié comme un facteur clé de réussite,²⁸ et comportant un suivi réalisé idéalement plusieurs mois ou des années après l'intervention. Cela permettrait de mieux comprendre l'effet des interventions axées sur les compétences alimentaires sur la modification des habitudes alimentaires et le maintien à long terme d'un changement comportemental. Enfin, il est nécessaire de mener d'autres études pour avoir une meilleure compréhension de l'efficacité des interventions variées de plus en plus nombreuses qui sont réalisées en Ontario et au Canada au sujet des compétences alimentaires.

Bibliographie

1. Consultation OMS/FAO d'experts au sujet du Régime alimentaire, de la nutrition et de la prévention des maladies chroniques : rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts. Genève, du 28 janvier au 1er février 2003. OMS, Série de rapports techniques; 916 [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2003 [consulté le 26 mai 2016]. Disponible à l'adresse (en anglais) : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf?ua=1
2. World Health Organization. Fruit and vegetable promotion initiative : a meeting report [Internet]. Geneve : World Health Organization; 2003. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/public>

[ations/f&v_promotion_initiative_report.pdf?ua=1](#)

3. Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep.* 2006; 17(3):27-42.
4. Slavin JL, Lloyd B. Health benefits of fruits and vegetables. *Adv Nutr.* 2012; 3(4):506-16.
5. Sizer F, Whitney E, Piche L. *Nutrition : concepts and controverses.* 2nd Canadian ed. Toronto, ON : Nelson Education; 2012.
6. Institute of Medicine. Otten JJ, Hellwig JP, and Meyers LD, editors. *Dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements.* Washington, DC : The National Academies Press; 2006.
7. Agence de la santé publique du Canada. *Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2011 : Jeunes et jeunes adultes – En période de transition.* Ottawa, Sa Majesté la Reine du Chef du Canada; 2011 [consulté le 7 juin 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2011/index-fra.php>
8. Singh AS, Mulder C, Twisk JWR, Van Mechelen W, Chinapaw MJM. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008; 9(5):474-88.
9. Gurnani M, Birken C, Hamilton J. « Childhood obesity: causes, consequences, and management. » *Pediatr Clin North Am.* 2015; 62(4):821-40.
10. Bagchi D, editor. *Global perspectives on childhood obesity: current status, consequences, and prevention.* San Diego, CA : Academic Press; 2011.
11. Taylor JP, Evers S, McKenna M. Determinants of healthy eating in children and

- youth. *Can J Public Health.* 2005; 96 (Suppl 3) : S20-6.
12. Santé Canada. Les adolescents Canadiens comblent-ils leurs besoins en nutriments uniquement grâce à l'alimentation? Ottawa, Sa Majesté la Reine du Chef du Canada; 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/art-nutr-adol-fra.php>
13. Santé Canada. Les adolescents canadiens comblent-ils leurs besoins en nutriments grâce à l'alimentation? Ottawa, Publications Santé Canada; 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/art-nutr-adol-fra.php>
14. Garriguet D. *Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens.* Ottawa : Gouvernement du Canada; 2006 [consulté le 6 juin 2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/82-620-m2006002-fra.pdf>
15. Glen KE, Thomas HM, Loebach JE, Gilliland JA, Gobert CP. « Fruit and vegetable consumption among children in a socioeconomically disadvantaged neighbourhood. » *Can J Diet Pract Res.* 2013; 74(3):114-8.
16. Jones AC, Hammond D, Reid JL, Leatherdale ST. « Where should we eat? Lunch source and dietary measures among youth during the school week. » *Can J Diet Pract Res.* 2015; 76(4):157-65.
17. Moffat T, Galloway T. « Food consumption patterns in elementary school children.» *Can J Diet Pract Res.* 2008; 69(3):152-4.
18. Santé Canada. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien.* Ottawa, Sa Majesté la Reine du Chef du Canada; 2011 [consulté le 7 juin 2016]. Disponible à l'adresse :

<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>

19. Nutrition Resource Centre. Food skills programming environmental scan [Internet]. Toronto, ON : Ontario Public Health Association; 2013 [consulté le 26 mai 2016]. Disponible à l'adresse :

<http://opha.on.ca/getmedia/56548d88-dc44-4387-a957-fcbb363e2808/Food-Skills-Programming-Environmental-Scan.pdf.aspx>

20. Garcia J, Beyers J, Uetrecht C, Kennedy E, Mangles J, Rodrigues L, et al. Healthy eating, physical activity, and healthy weights guideline for public health in Ontario. Program in evidence-based care report no.:23-1. Education and information 2015 ed. [Internet]. Toronto, ON : Cancer Care Ontario; 2010 [consulté le 26 mai 2016]. Disponible à l'adresse :

<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=64413>

21. Vanderkooy P. Food skills of Waterloo region adults. [Webinar]. Ottawa, ON : CHNET-Works!; 2010 Jan 20.

22. Vanderkooy P. Food skills of Waterloo region adults. Waterloo, ON : Region of Waterloo Public Health; 2010.

23. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. normes de santé publique de l'Ontario 2008. Révisées en mai 2016 [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016 [consulté le 26 mai 2016] Disponible à l'adresse :

http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/ophs_2008f.pdf

24. Berezowitz CK, Bontrager Yoder AB, Schoeller DA. School gardens enhance academic performance and dietary outcomes in children. J Sch Health. 2015; 85(8):508-18.

25. Hersch D, Perdue L, Ambroz T, Boucher JL. The impact of cooking classes on food-related preferences, attitudes, and behaviors of school-aged children: a systematic review of the

evidence, 2003-2014. Prev Chronic Dis. 2014; 11:E193.

26. Taylor C, Upton P, Upton D. Increasing primary school children's fruit and vegetable consumption: a review of the food dudes programme. Health Educ. 2015; 115(2):178-96.

27. Howerton MW, Bell BS, Dodd KW, Berrigan D, Stolzenberg-Solomon R, Nebeling L. School-based nutrition programs produced a moderate increase in fruit and vegetable consumption: meta and pooling analyses from 7 studies. J Nutr Educ Behav. 2007; 39(4):186-96.

28. Knai C, Pomerleau J, Lock K, McKee M. Getting children to eat more fruit and vegetables: a systematic review. Prev Med. 2006; 42(2):85-95.

29. Robinson-O'Brien R, Story M, Heim S. Impact of garden-based youth nutrition intervention programs: a review. J Am Diet Assoc. 2009; 109(2):273-80.

30. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulou T, Murphy SM, Waters E, et al. The WHO health promoting school framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 4:CD008958.

31. Reynolds KD, Franklin FA, Binkley D, Raczynski JM, Harrington KF, Kirk KA, et al. Increasing the fruit and vegetable consumption of fourth-graders: results from the high 5 project. Prev Med. 2000; 30(4):309-19.

32. Santé Canada. Les compétences alimentaires au Canada. Ottawa, Sa Majesté la Reine du Chef du Canada; 2015. Disponible à l'adresse : http://www.dietitians.ca/Downloads/Public/FoodSkills_FactSheet_FR-FINAL.aspx

Particularités et limitations des résumés de preuves pertinentes

Ce résumé de preuves pertinentes présente les principales conclusions tirées de la documentation scientifique. Son but est d'analyser l'objet de la recherche en temps opportun afin d'éclairer la prise de décisions. Ce rapport ne présente pas un examen exhaustif de la documentation, mais plutôt une évaluation rapide des meilleures preuves disponibles fondées sur la recherche. Il est possible que des preuves pertinentes ne soient pas incluses et que celles-ci puissent altérer les conclusions du présent document.

Auteure

Gloria Mensah, conseillère en développement de produits, PSPMCT

Examinatrices

Kara DeCorby, conseillère principale en développement de produits, PSPMCT

Jocelyn Sacco, coordonnatrice de la recherche, PSPMCT

Lynn Roblin, diététiste agréée, consultante en politique, Centre de ressources en nutrition

Donna Smith, diététiste agréée, coordonnatrice, politiques et programmes, Centre de ressources en nutrition

Remerciements

Tiffany Oei, adjointe de recherche, PSPMCT

Erin Berenbaum, coordonnatrice de la recherche, PSPMCT

Naomi Pullen, adjointe de recherche, HPDCIP

Brandon Cheung, adjointe de recherche, PSPMCT

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Mensah G. Résumé de preuves pertinentes : Effet des programmes axés sur les compétences alimentaires sur la consommation de fruits et de légumes chez les enfants et les jeunes. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016.

ISBN (version PDF en français) : 978-1-4606-8572-3

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016

Avis de non-responsabilité

Le présent document a été produit par Santé publique Ontario (SPO). SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux organismes de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. SPO fonde ses travaux sur les meilleures données probantes disponibles actuellement.

SPO n'assume aucune responsabilité à l'égard des résultats de l'utilisation du présent document par qui que ce soit.

Le présent document peut être reproduit sans autorisation à des fins non commerciales uniquement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucune modification ne doit lui être apportée sans l'autorisation écrite explicite de Santé publique Ontario.

Renseignements

Synthèse du savoir et services d'évaluation, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes.

Courriel : hpcdip@oahpp.ca

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société d'État vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, visitez www.santepubliqueontario.ca.

Santé publique Ontario reçoit l'appui financier du gouvernement de l'Ontario.

