



Les stratégies alimentaires santé développées et adoptées visant à favoriser de saines habitudes alimentaires : une analyse intergénérationnelle dans une perspective de santé publique

Thèse

Stéphanie Lessard

Doctorat en sciences de l'administration

Philosophiæ doctor (Ph. D.)

Québec, Canada

© Stéphanie Lessard, 2020

Les stratégies alimentaires santé développées et adoptées visant à favoriser de saines habitudes alimentaires : une analyse intergénérationnelle dans une perspective de santé publique

Thèse

Stéphanie Lessard

Sous la direction de :

Dr Frank Pons, directeur de recherche

Dre JoAnne Labrecque, codirectrice de recherche

RÉSUMÉ

Le contexte alimentaire actuel expose les individus à une offre alimentaire qui favorise un environnement de consommation obésogène lequel est défini par la somme des influences d'un milieu et des conditions de vie qui contribue à l'obésité. Cet environnement est couplé d'un environnement informationnel axé sur l'alimentation, la nutrition et la santé globale. Devant la diversité des informations divulguées, les individus développent différentes représentations mentales de la saine alimentation complexifiant leurs choix alimentaires. Faisant partie des principaux acteurs qui aident à améliorer la santé de la population, la santé publique répond à ces divergences de représentations. Elle fournit des informations sur la saine alimentation et la santé globale grâce à des interventions qui visent à éduquer, normaliser et responsabiliser la population. De manière générale, l'ensemble des informations divulguées au travers différents médias et interventions de la santé publique a favorisé le développement d'une attitude positive envers la saine alimentation.

Or, malgré l'opinion publique favorable envers les saines habitudes, les taux d'embonpoint et d'obésité demeurent élevés tant au Québec qu'au Canada. Les problématiques de surpoids sont associées aux pratiques alimentaires individuelles qui découlent du contexte alimentaire actuel. Des études soulignent la nécessité d'accroître l'efficacité des interventions de la santé publique pour réduire ces problématiques par 1) l'identification de démarches entreprises par l'individu déjà acteur de sa propre santé globale pour atteindre ou maintenir un comportement alimentaire sain, et 2) la segmentation approfondie de groupes cibles au sein de la population. Suivant les conclusions de ces recherches, nous proposons d'étudier les stratégies alimentaires santé développées et adoptées visant à favoriser l'adhésion ou le maintien de comportements sains, en cohérence avec les interventions de la santé publique. Les stratégies viennent en réponse au besoin de simplification des décisions alimentaires. Nous proposons également d'étudier les stratégies en fonction de la génération des milléniaux, un groupe cible qui s'avère

particulièrement à risque de développer des problématiques de surpoids, selon les dernières données fournies par Statistique Canada. Les milléniaux sont par ailleurs influents, en raison de leur poids démographique, expertise numérique, pouvoir de consommation en émergence, et attitudes et valeurs qui diffèrent des générations plus âgées.

La compréhension des stratégies alimentaires santé développées et adoptées par la génération des milléniaux serait utile à la fois dans la formulation et la mise en œuvre des interventions en santé publique, et dans l'élaboration des stratégies de communication des entreprises qui se spécialisent dans l'offre de produits alimentaires à valeur santé améliorée. Enfin, notre étude s'inscrit dans un objectif de développement des connaissances sur les comportements alimentaires sains.

Mots clés : stratégies alimentaires santé, génération des milléniaux, comportements alimentaires sains, déterminants de la saine alimentation.

*** Une bourse a été octroyée par l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire de l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF) pour la présente thèse. Cette dernière a également été subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies (FQRNT).**

ABSTRACT

The current dietary context exposes individuals to a food supply that favours an obesogenic consumption environment, which is defined by the sum of the environmental influences of living conditions that contribute to obesity. This environment is coupled with an informational environment focused on food, nutrition and overall health. Faced with the diversity of information disclosed, individuals develop different mental representations of healthy eating, making their food choices more complex. As one of the main actors helping to improve the health of the population, public health responds to these divergent representations. It provides information on healthy eating and overall health through interventions that aim to educate, normalize and empower the population. In general, the range of information disseminated through different media and public health interventions has fostered the development of a positive attitude towards healthy eating.

However, despite the favourable public opinion towards healthy habits, overweight and obesity rates remain high. Overweight problems are associated with individual eating practices that stem from the current dietary context. Studies highlight the need to increase the effectiveness of public health interventions to reduce these problems by 1) identifying the steps taken by individuals who are already active in their own overall health to achieve or maintain healthy eating behaviour, and 2) the in-depth segmentation of target groups within the population. Based on the conclusions of this research, we propose to study the healthy eating strategies developed and adopted to promote adherence to or maintenance of healthy behaviours, consistent with public health interventions. The strategies respond to the need to simplify dietary decisions. We also propose to study strategies based on the millennial's generation, a target group that is particularly at risk of developing overweight problems, according to the latest data provided by Statistics Canada. Millennials are also influential because of their population density, digital expertise, emerging consumer power, and attitudes and values that differ from other generations.

Understanding the healthy eating strategies developed and adopted by the millennial generation would be useful both in formulating and implementing public health interventions, and in developing the communication strategies of companies that specialize in providing food products with enhanced health value. Finally, our study is part of an objective to develop knowledge about healthy eating behaviours.

Keywords: healthy eating strategies, millennial generation, healthy eating behaviours, determinants of healthy eating.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----|
| RÉSUMÉ | iii |
| ABSTRACT | v |
| LISTE DES TABLEAUX | x |
| LISTE DES FIGURES | xiv |
| REMERCIEMENTS | xvi |
| | |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| | |
| CHAPITRE 1 : CADRE INITIAL DE LA RECHERCHE | 8 |
| REVUE DE LITTÉRATURE..... | 9 |
| 1. Choix alimentaires et stratégies | 9 |
| 1.1 Stratégies alimentaires santé | 10 |
| 1.1.1 Leur formation | 15 |
| 1.2 Stratégies d'adaptation des choix alimentaires | 19 |
| 1.2.1 Les motivations liées à leur développement..... | 21 |
| 1.3 Conclusion de la première section..... | 22 |
| 2. Déterminants de la saine alimentation | 23 |
| 2.1 Modèles prédictifs des comportements alimentaires sains | 23 |
| 2.2 Formation des comportements alimentaires sains | 28 |
| 2.2.1 Informations cognitives : intrants | 28 |
| 2.2.2 Informations affectives : attitudes..... | 32 |
| 2.2.3 Informations conatives : intention-comportement | 36 |
| 2.3 Conclusion de la seconde section..... | 38 |
| 3. Concept de génération | 39 |
| 3.1 Les différences observées entre les cohortes générationnelles | 40 |
| 3.2 Les milléniaux et les stratégies alimentaires santé | 44 |

| | |
|--|------------|
| MODÈLE CONCEPTUEL & HYPOTHÈSES DE RECHERCHE | 47 |
| 4. Variables à l'étude | 47 |
| 4.1 Variables cognitives et affectives : l'influence de la recherche d'informations et de l'attitude | 48 |
| 4.2. Variables conatives : stratégies et comportement de manger sainement..... | 51 |
| 4.3 Variables modératrices | 52 |
| 4.3.1. Générations | 52 |
| 4.3.2. Situations de consommation | 57 |
| | |
| CHAPITRE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE..... | 63 |
| MÉTHODOLOGIE..... | 64 |
| | |
| 1. Volet premier : Développement des échelles de mesure | 65 |
| 1.1. Génération des items et validité de contenu | 67 |
| 1.1.1. Collecte qualitative 1 | 68 |
| 1.2. Analyses exploratoires et confirmatoires..... | 80 |
| 1.2.1. Collecte quantitative 2 | 81 |
| 1.2.2. Collecte quantitative 3 | 85 |
| 1.2.3. Collecte quantitative 4 | 86 |
| 1.2.4 Segmentation : sexe, âge et indice de masse corporelle (IMC) | 106 |
| 1.3. Conclusion : Développement des échelles de mesure..... | 111 |
| 1.3.1. Recherche d'informations sur la saine alimentation..... | 111 |
| 1.3.2. Stratégies alimentaires santé | 113 |
| | |
| 2. Volet second : Validation du modèle conceptuel..... | 115 |
| 2.1. Enquête | 116 |
| 2.2. Identification des mesures..... | 117 |
| 2.2.1 Recherche d'informations sur la saine alimentation | 118 |
| 2.2.2 Attitude envers la saine alimentation perçue | 118 |
| 2.2.3 Stratégies alimentaires santé..... | 119 |
| 2.2.4 Comportement de manger sainement | 119 |
| 2.3. Échantillonnage | 123 |

| | |
|--|-----|
| 2.4. Analyse des données..... | 124 |
| 2.4.1 Statistiques sociodémographiques | 124 |
| 2.4.2 Statistiques issues des analyses confirmatoires | 126 |
| 2.4.3 Résultats des tests d'hypothèses | 139 |
| | |
| CHAPITRE 3 : CADRE CONTRIBUTOIRE DE LA RECHERCHE..... | 174 |
| CONCLUSION..... | 175 |
| IMPLICATIONS..... | 181 |
| CONTRIBUTIONS..... | 184 |
| LIMITES ET FUTURES RECHERCHES | 187 |
| BIBLIOGRAPHIE | 190 |
| | |
| ANNEXE 1 : Formulaire de consentement | 225 |
| ANNEXE 2 : Guide d'entretien | 227 |
| ANNEXE 3 : Tracés d'effondrement des échelles | 229 |
| ANNEXE 4 : Résultats de l'analyse des données de la collecte 2 (n = 485) | 230 |
| ANNEXE 5 : Résultats de l'analyse des données de la collecte 3 (n = 389) | 237 |
| ANNEXE 6 : Enquête | 242 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|-----|
| Tableau 1: Évolution des taux d'embonpoint et d'obésité au Canada entre 1978 et 2014... | 2 |
| Tableau 2: Stratégies alimentaires santé et exemples. | 12 |
| Tableau 3 : Synthèse des hypothèses de recherche. | 62 |
| Tableau 4 : Répartition des répondants.. | 70 |
| Tableau 5 : Principales caractéristiques sociodémographiques des participants aux collectes 2, 3 et 4 et du test retest..... | 87 |
| Tableau 6 : Résultats de la collecte 4 (n=185)..... | 89 |
| Tableau 7 : Résultats de l'analyse confirmatoire (n = 185)..... | 93 |
| Tableau 8 : Résultats du retest (n=91)..... | 96 |
| Tableau 9 : Corrélations entre les facteurs de l'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation et celle des stratégies alimentaires santé (n = 91) | 105 |
| Tableau 10 : Tests de validités convergentes et divergentes des facteurs des échelles RISA et SAS (n = 109)..... | 106 |
| Tableau 11 : Statistiques descriptives des facteurs des échelles de la recherche d'informations sur la saine alimentation et des stratégies alimentaires santé selon le sexe et résultats de la comparaison des moyennes suivant le test T. | 107 |
| Tableau 12 : Estimation des moyennes des échelles et résultats des anovas des facteurs des échelles selon les différentes générations. | 108 |

| | |
|--|-----|
| Tableau 13 : Statistiques descriptives des facteurs des deux échelles selon l'indice de masse corporelle et résultats de la comparaison des moyennes. | 110 |
| Tableau 14 : Principales caractéristiques sociodémographiques des répondants.. | 125 |
| Tableau 15 : Principales statistiques issues des analyses confirmatoires des volets 1 et 2 relatives à l'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA). .. | 129 |
| Tableau 16 : Principales statistiques issues des analyses confirmatoires des volets 1 et 2 relatives à l'échelle des stratégies alimentaires santé (SAS). | 132 |
| Tableau 17 : Principales statistiques issues des analyses confirmatoires du volet 2 relatives à l'échelle de l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS)..... | 134 |
| Tableau 18 : Statistiques descriptives des scores globaux des échelles de mesure et de leurs facteurs..... | 135 |
| Tableau 19 : Comparaison des scores globaux des échelles de mesure en fonction de la variable sexe..... | 136 |
| Tableau 20 : Comparaison des scores globaux des échelles de mesure en fonction des générations. | 137 |
| Tableau 21 : Comparaison des scores globaux des échelles de mesure en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)..... | 138 |
| Tableau 22 : Relation entre les scores globaux de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et des stratégies alimentaires santé (SAS)..... | 140 |
| Tableau 23 : Relation entre les scores globaux de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et de l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS). | 141 |
| Tableau 24 : Corrélations entre les échelles de mesure et leurs facteurs. | 143 |
| Tableau 25 : Résultats des tests de comparaisons générationnelles en lien avec la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS)..... | 144 |

| | |
|--|-----|
| Tableau 26 : Relation entre les scores globaux de l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) et des stratégies alimentaires santé (SAS). | 148 |
| Tableau 27 : Résultats des tests de comparaisons générationnelles en lien avec l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) et les stratégies alimentaires santé (SAS) | 149 |
| Tableau 28 : Relation entre les variables sociodémographiques et le développement de l'adoption de stratégies alimentaires santé. | 152 |
| Tableau 29 : Relation entre les scores globaux des stratégies alimentaires santé (SAS) et le comportement de manger sainement. | 153 |
| Tableau 30 : Relations causales entre les facteurs du modèle | 155 |
| Tableau 31 : Comparaison des scores globaux des facteurs de la recherche d'information sur la saine alimentation (RISA) en fonction de la génération des milléniaux..... | 157 |
| Tableau 32 : Comparaison des scores globaux de l'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) en fonction de la génération des milléniaux..... | 158 |
| Tableau 33 : Comparaison des scores globaux de l'échelle de l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) en fonction de la génération des milléniaux. | 160 |
| Tableau 34 : Comparaison des combinaisons de stratégies alimentaires santé (SAS) en fonction des milléniaux. | 161 |
| Tableau 35 : Comparaison des types de stratégies alimentaires santé (SAS) en fonction de la génération des milléniaux. | 162 |
| Tableau 36 : Moyennes du score de stratégies selon le type de stratégies et les générations. | 163 |
| Tableau 37 : Relation entre le comportement de manger sainement et la génération des milléniaux. | 164 |

Tableau 38 : Effet de modération de la génération dans la relation entre l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) et les stratégies alimentaires santé (SAS) 165

Tableau 39 : Comparaison des scores globaux des situations de consommation. 167

Tableau 40 : Effet de modération des situations de consommation dans la relation entre les stratégies alimentaires santé (SAS) et le comportement de manger sainement..... 170

Tableau 41 : Synthèse des hypothèses de recherche confirmées ou non confirmées. 173

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|-----|
| Figure 1 : Modèle conceptuel. | 60 |
| Figure 2 : Processus de développement des échelles | 66 |
| Figure 3 : Facteurs des mesures de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et des stratégies alimentaires santé (SAS) et leurs alphas de Cronbach. | 104 |
| Figure 4 : Arbre décisionnel de la mesure de la qualité de l'alimentation..... | 122 |
| Figure 5 : Déterminants des stratégies alimentaires santé (SAS) validés et relations causales confirmées entre variables..... | 154 |

Sélection et restriction : ces deux notions sont au cœur du souci alimentaire contemporain. Elles se concentrent dans une troisième, qui les englobe : celle de régulation. Le problème essentiel, pour les consommateurs contemporains, c'est bien de régler, de réguler leur alimentation, de l'ajuster à leurs besoins et aux contraintes que la vie quotidienne leur impose. Tout se passe en effet comme si, dans la société moderne, les dispositifs de régulation physiologiques mais aussi sociaux étaient devenus de plus en plus impuissants ou inadaptés, inefficaces et comme si les individus devaient de plus en plus personnellement prendre en charge, consciemment et délibérément, leur propre comportement alimentaire, de manière volontariste.

Claude Fischler

REMERCIEMENTS

La thèse de doctorat, plus qu'un parcours scientifique, représente l'une des expériences les plus enrichissantes d'un point de vue spirituel et scientifique. Celle-ci n'aurait pu avoir lieu sans le dévouement et le support indéfectible de professeurs, collègues, famille, amis et organismes subventionnaires. Beaucoup ont contribué de près ou de loin à ce projet de recherche.

Mes premiers remerciements s'adressent à mes directeurs de recherche, Dr Frank Pons et Dre JoAnne Labrecque. Personnes chaleureuses, ouvertes d'esprit, disponibles, toujours à l'écoute de l'autre et soucieuses de la qualité du travail accompli. Les nombreuses heures passées à discuter des différentes trajectoires de ma problématique de recherche, et bien souvent, de mes craintes et appréhensions, m'ont permis de cheminer autant scientifiquement que personnellement. Merci encore de m'avoir transmis votre passion et de m'avoir accordé votre confiance me permettant d'atteindre l'indépendance d'esprit.

Je tiens également à témoigner ma reconnaissance aux membres de mon comité de thèse, en l'occurrence Dre Véronique Provencher, Dr. Michel Zins et Dre Francine Rodier. Vos conseils avisés m'ont été d'une grande utilité dans la consolidation de mes acquis méthodologiques et la rédaction de ma thèse en général.

Plusieurs professeurs ont aussi marqué mon parcours doctoral grâce à leurs connaissances, leur personnalité et leurs valeurs humaines fortes. Christèle Boulaire, François Bellavance, Riadh Ladhari, Carole Lalonde, Susan Kerwin-Boudreau et Jean-Claude Dufour m'ont été des personnes chères et inspirantes.

À ma famille et amis, et plus particulièrement à mon conjoint avec qui je partage ma vie depuis près de 20 ans. Charles-Étienne, ta patience, ton amour et ton soutien m'ont été essentiels. Laurent, mon bébé d'amour, tes sourires et ta joie de vivre m'ont toujours réconforté au bon moment dans ce long parcours parsemé d'embûches. Je salue aussi chaleureusement un être des plus inspirants sans qui cette thèse n'aurait pas autant de sens. Je dédie ma thèse de doctorat à la douce mémoire de Jonathan (Truchon) qui m'a enseigné que « ce qui compte n'est pas le résultat parfait, mais bien l'effort parfait ».

Enfin, aux organismes subventionnaires qui sont nécessaires à la réalisation d'une recherche de par leur soutien financier. Merci au Conseil Québécois sur le poids et la santé (CQPS), le Fond Québécois de recherche – société et culture (FQRSC), le Fond Québécois de recherche – nature et technologies (FQRNT), l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire de l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Mes plus sincères remerciements.

INTRODUCTION

La prévalence élevée de l'embonpoint et de l'obésité marque les pays occidentaux, dont le Canada (Béliveau et Gingras, 2016). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2000), les problématiques de surpoids représentent un facteur de risque associé au développement de plusieurs maladies chroniques sociétales comme le diabète de type II, la maladie du foie gras, l'hypertension artérielle, les cancers, et certaines maladies cardiovasculaires, musculo-squelettiques et neurodégénératives. L'obésité est d'ailleurs désormais reconnue par l'Association médicale canadienne (AMC) comme « une maladie chronique qui nécessite la mise en place d'initiatives de recherche, de traitement et de prévention » (AMC, 2015).

Les problématiques de surpoids présentent des statistiques préoccupantes, si l'on observe les données disponibles de 1978 à 2014 (mesures autodéclarées) (tableau 1; p. 2). De 1978 à 2014, chez les adultes canadiens, les taux d'embonpoint sont presque demeurés stables (35 % en 1978; 36 % de 2004 à 2014) (Statistique Canada, 2015), alors que les taux d'obésité ont pratiquement doublé passant de 13.8 % en 1978, à 23 % en 2004, et à 25.4 % en 2014, selon l'Agence de la santé publique du Canada (2011). Ainsi, l'augmentation des problématiques de surpoids paraît principalement due à l'obésité, où l'embonpoint semble accroître la probabilité d'obésité. En 2014, les taux combinés d'embonpoint et d'obésité totalisaient près des deux tiers des adultes canadiens (61.4 %) (Statistique Canada, 2015). Selon Statistique Canada (2014a), c'est à partir de l'âge de 20 ans que les taux d'embonpoint et d'obésité augmentent chez les adultes canadiens, touchant particulièrement la génération des milléniaux âgés de 21 à 40 ans (1978-1997). D'après les plus récentes données fournies par Statistique Canada (2014a), 27 % des jeunes milléniaux de 21-34 ans sont affectés par l'embonpoint et 15 % souffrent d'obésité. La croissance marquée des taux d'embonpoint et d'obésité a ainsi fait de ces problématiques un enjeu de société.

| | 18 ans et + | | | 21-34 ans |
|----------------------|-------------|------|--------|-----------|
| Taux | 1978 | 2004 | 2014 | 2014 |
| Embonpoint | 35 % | 36 % | 36 % | 27 % |
| Obésité | 13.8 % | 23 % | 25.4 % | 15 % |
| Taux combinés | 48.8 % | 59 % | 61.4 % | 42 % |

Tableau 1 : Évolution des taux d'embonpoint et d'obésité au Canada entre 1978 et 2014 (Agence de la santé publique du Canada, 2011; Statistique Canada 2014a; 2015).

Pour expliquer ces données préoccupantes, plusieurs experts (Béliveau et Gingras, 2016; Cecchini et coll. 2010; Chan et Woo, 2010; Kushi et coll. 2006; Moubarac, et coll. 2013; OMS, 2016; Swinburn et coll. 2011) estiment que les pratiques alimentaires constituent l'une des variables déterminantes de la situation et soulignent la contribution de l'industrie dans ces pratiques. Pour Moubarac et coll. (2013), l'évolution du contexte alimentaire qui inclut l'environnement de consommation influence les pratiques alimentaires individuelles.

D'un côté, l'individu est exposé à un environnement de consommation « obésogène » (Swinburn, 2002; 289). Dans cet environnement, l'industrie alimentaire soutient à la fois la multiplication des comptoirs de restauration rapide, l'approvisionnement en tout temps et la production d'une offre variée ultra-transformée favorisant les problématiques de surpoids (Laisney, 2011; Poulain, 2002). Les produits prêts-à-manger transformés ou ultras-transformés (Burner, Van der Horst et Siegrist, 2010) sont particulièrement connus pour leur teneur élevée en calories, en gras, en sucre et en sel (Monteiro et coll. 2013; Moubarac et coll. 2013). Leur consommation, notamment sous forme de collations, favorise un apport énergétique augmenté (Rolls et coll. 2004). Selon une étude publiée dans *The American Journal of Clinical Nutrition* (Yoquinto, 2010), en moyenne, 580 calories consommées par jour proviennent des collations solides, salées et sucrées ultras-transformées, comptant pour 25 % des calories absorbées par jour. Les repas au restaurant contribueraient également à accroître de 10 % le nombre de calories moyen journalier consommées (Gupta, 2014). À cela s'ajoute « l'idéalisation et la glamourisation alimentaire » sous forme de livres, d'émission de télévision ou de photos partagées sur les réseaux sociaux et dans les blogues culinaires

favorisant aussi la promotion d'un modèle alimentaire propice au surpoids, selon Archibald (2013).

De l'autre côté, l'individu est également exposé à un environnement offrant diverses informations portant sur l'alimentation, la nutrition et la santé globale communiquées via divers médias traditionnels et numériques, applications santé, professionnels, organismes à but non lucratif et entreprises alimentaires. Ces différents acteurs présentent des perspectives variées et souvent contradictoires de la saine alimentation (Bisogni et coll. 2012; Boylan, Louie et Gill, 2012; Freeland-Graves et Nitzke, 2013). La divergence des conclusions et des informations complexifie la compréhension des individus face à la saine alimentation (Givens, 2010), ce qui favorise la diversification des représentations mentales de la saine alimentation et complique les choix alimentaires (Fischler, 2001). En particulier, l'industrie, les organismes à but non lucratif et différents médias associent des notions à la saine alimentation, dont la résistance aux OGM (Boccia et Sarnacchiaro, 2015), les bénéfices des produits biologiques (Hughner et coll. 2007) et la naturalité des aliments (Siipi, 2012). Givens (2010) souligne aussi des contradictions dans les études scientifiques quant aux effets sur la santé en lien avec la consommation de la viande rouge et de produits laitiers. Ces produits se trouvent dans le Guide alimentaire canadien qui représente le discours « officiel » de la santé publique (Ristovski-Slijepcevic, Chapman et Beagan, 2008).

En contrepartie, la santé publique a pour rôle de promouvoir les modes de vie sains et de prévenir les problématiques de surpoids et les maladies chroniques sociétales. Pour ce faire, elle tente d'amener les individus à s'autoréguler notamment grâce au marketing social de la santé qui donne aux pouvoirs publics un cadre d'action leur permettant de se rapprocher ou d'atteindre cet objectif. Concrètement, les interventions de la santé publique visent à sensibiliser les individus face au rôle de la nutrition dans la santé globale, les responsabiliser dans leurs choix alimentaires, et favoriser l'adhésion ou le maintien de comportements sains (Potvin, McQueen et Hall, 2008; Ronteltap et coll. 2012). Leurs interventions mettant de l'avant les thèmes de l'équilibre, de la variété et de la modération (Santé Canada, 2016) ont contribué à accroître la consommation de 0.1 à 1.4 portion de fruits et de légumes par jour

chez les adultes canadiens sur une période allant jusqu'à 12 mois, d'après une méta-analyse publiée dans *The Journal of Nutrition* (Pomerleau et coll. 2005). Selon Renaud (2010), l'ensemble des informations divulguées par les différents acteurs incluant la santé publique a participé activement à la pression sociale du « bien manger ». Or, un décalage persiste toujours entre l'attitude générale et positive vis-à-vis la saine alimentation, l'intention et les comportements alimentaires, si l'on considère les taux d'embonpoint et d'obésité actuels (Schwarzer, 2008; Sheeran, 2002). Selon Carins et Rundle-Thiele (2014), les interventions de la santé publique doivent accroître leur efficacité pour faire contrepoids aux taux d'embonpoint et d'obésité.

Pour atteindre cet objectif, Hoek et Jones (2011) suggèrent de comprendre le développement et l'adoption de démarches entreprises par l'individu déjà acteur de sa propre santé globale visant à atteindre ou maintenir un comportement alimentaire sain. Parmi les actions déployées par l'individu, on retrouve les stratégies alimentaires santé. Ces dernières sont des « lignes directrices alimentaires personnelles » et rationnelles employées dans diverses situations de consommation (Janas, Bisogni et Sobal, 1996; 223; Sobal et coll. 2006). Elles ont pour objectif de maximiser l'apport alimentaire santé, et de simplifier les décisions complexes, grâce au développement et à l'adoption d'une routine alimentaire générale organisée (Furst et coll. 1996). Les stratégies alimentaires santé représentent des heuristiques décisionnelles qui permettent d'atteindre les valeurs priorisées par l'individu, dont la valeur santé (Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Furst et coll. 1996; Sobal et coll. 2006). Limiter, éliminer ou substituer des aliments malsains, ajouter des ingrédients santé ou encore instaurer une saine routine alimentaire sont des exemples de stratégies (Sobal et coll. 2006). L'application de telles stratégies peut influencer positivement des changements alimentaires (Falk, Bisogni et Sobal, 2000).

Les stratégies représentent un moyen développé et adopté par l'individu pour adapter ses besoins, ses préférences et son style de vie au contexte alimentaire (Bisogni, Jastran et Blake, 2011). La perception du contexte représente un élément capital de la structuration de l'activité humaine, puisqu'elle conditionne les processus individuels de traitement de

l'information et de prise de décision, ainsi que la manière dont l'individu construit sa réalité psychologique et sociale (Poulain, 2002).

En plus de se pencher sur les stratégies, Merritt, Christopoulos et Thorpe (2009) indiquent qu'une segmentation étudiée selon différents groupes d'individus au sein de la population serait profitable, en parallèle aux techniques existantes basées sur d'autres variables démographiques et géographiques (Sahay et coll. 2006; Snyder, 2007). Les segments générationnels d'individus s'inscrivent dans cette perspective partageant un contexte alimentaire défini par les différents facteurs environnementaux, politico-économiques, historiques, sociaux et technologiques (Sobal et coll. 2006). En conséquence, les générations développent des attitudes et des valeurs qui diffèrent entre elles (Williams et Page, 2011). À cet effet, les données de l'industrie rapportées par Nielsen (2015) indiquent que les générations semblent intégrer différemment la valeur santé dans leur alimentation en fonction de ce qui les caractérise.

En particulier, selon le dernier rapport du Sommet sur l'alimentation (2017; 9) présenté par le gouvernement québécois, « la génération des milléniaux redéfinit le modèle alimentaire de consommation et les tendances ». Cette génération représente le quart de la population québécoise actuelle et son nombre « dépassera, d'ici vingt ans, celui des baby-boomers » (Sommet sur l'alimentation, 2017; 9). Young et McCoy (2016) estiment que cette génération joue un rôle marquant par rapport aux générations plus âgées, puisqu'elle représente l'émergence du pouvoir de consommation; leurs attitudes et leurs styles de vie sont un prédicteur des choix alimentaires et peuvent conduire à d'importants changements dans le contexte alimentaire actuel et futur. Cette génération est également influente de par leur expertise technologique, en comparaison avec les générations plus âgées. D'après Eater's Digest (2016), elle a davantage recours aux appareils numériques pour faire des choix alimentaires plus sains, notamment au restaurant. Cette génération a tendance à s'informer sur la santé globale, grâce aux moyens technologiques non traditionnels, aux médias sociaux utilisés au quotidien et aux influenceurs web (Eater's Digest, 2016). De plus, cette génération utilise la technologie pour adhérer à des communautés (O'Cass et Siahtiri, 2013), où près

d'un milléniaux sur deux partage ce qu'ils mangent sur les réseaux sociaux et se dit « foodie » (Eater's Digest, 2016). La consommation alimentaire des milléniaux est particulièrement une « source de statuts et de conversations » (Eater's Digest, 2016; 31), désirant afficher des symboles associés à leur style de vie (Kim et Jang, 2014; O'Cass et Siahtiri, 2013). De fait, plusieurs tendent à inclure à ce dernier des choix plus éthiques mettant en relief les aspects de l'alimentation durable (Williams et Page, 2011), sans compromettre les expériences gastronomiques et décadentes (Eater's Digest, 2016). Ces particularités propres à la génération des milléniaux nous poussent ainsi à s'intéresser à cette dernière, en plus de leur propension au surpoids.

Suivant l'ensemble de la perspective élaborée, la santé publique gagnerait à identifier les stratégies alimentaires santé qui influencent la génération des milléniaux pour favoriser la réduction des taux d'embonpoint et d'obésité, sachant que l'indice de qualité de l'alimentation des Québécois, qui reflète la qualité globale des choix alimentaires par rapport aux recommandations du Guide alimentaire canadien (GAC), s'établit à 55 % (d'après les données obtenues avant la publication du nouveau GAC paru en 2019); Cette donnée suggère de diversifier les approches pour rejoindre les individus, selon Brassard et coll. (2018). Malgré la percée récente des études (Sobal et coll. 2006; Sobal et Bisogni, 2009) portant sur le développement de stratégies, aucune recherche, à notre connaissance, ne s'est penchée sur cette avenue d'étude. Ce faisant, l'absence de recherche nous motive à répondre à la problématique suivante :

**Quelles sont les stratégies alimentaires santé développées
et adoptées par la génération des milléniaux visant à
favoriser de saines habitudes alimentaires?**

L'intérêt d'un tel questionnement réside dans le fait qu'il permet d'explorer des avenues de recherche nouvelles pour répondre au besoin d'optimisation des interventions en santé

publique à partir des stratégies alimentaires santé. Globalement, les interventions actuelles s'adressent surtout à la population en général. Or, des caractéristiques propres à la génération ciblée des milléniaux pourraient contribuer à l'efficacité de ces interventions.

On constate également que les recherches qualitatives actuelles sur les stratégies sont limitées à leur identification, leur application et leur formation. Aucune étude quantitative ne s'intéresse, à notre connaissance, au développement et à l'adoption de ces stratégies dans un contexte de santé publique visant l'amélioration des pratiques alimentaires.

Notre étude tente également de répondre aux sous-questions suivantes :

- Quels sont les déterminants des stratégies alimentaires santé?
- Le concept de génération modère-t-il la relation attitude-stratégies?
- Les situations de consommation modèrent-elles la relation stratégies-comportement de manger sainement?

Partant de l'ensemble des considérations émises et du besoin de répondre aux questions précédentes, notre raisonnement nous a amenés à définir une démarche structurée en trois grandes parties. La première partie se consacre dans un premier temps aux réflexions théoriques et aux études antérieures qui permettent d'aboutir au cadre de la recherche. Elle fait état de la littérature portant sur les choix alimentaires et les stratégies, les déterminants de la saine alimentation, ainsi que le concept de la génération. La recension de la littérature clarifie nos assises théoriques qui ont été soulevées jusqu'à ce jour tout en situant leur pertinence pour notre recherche. Dans un second temps, la première partie présente également le modèle conceptuel et les hypothèses de recherche qui découlent de la revue de littérature. La seconde partie, quant à elle illustre la démarche méthodologique ainsi que les résultats d'analyses. La troisième partie termine la thèse avec la conclusion, les contributions, les limites et les futures recherches.

CHAPITRE 1 :
CADRE INITIAL
DE LA RECHERCHE

Revue de littérature

Section 1

Choix alimentaires et stratégies

Section 2

Déterminants de la saine alimentation

Section 3

Concept de la génération

Modèle conceptuel
Hypothèses de recherche

REVUE DE LITTÉRATURE

1. Choix alimentaires et stratégies

Manger représente une activité qui implique de faire des choix trois fois par jour. Selon plusieurs chercheurs (Blake et coll. 2008; Köster, 2009; Rozin, 2007), les choix alimentaires englobent un ensemble d'activités en lien avec la sélection, la préparation et la consommation d'aliments. Ils reflètent une façon de penser, de ressentir et d'agir face à la nourriture (Conner et Armitage, 2006). Ils impliquent également des actions conscientes ou automatiques, sous l'effet de différentes situations de consommation en termes de repas de la journée, d'occasions, de relations interpersonnelles, de lieux de consommation et de temps (Blake et coll. 2007; 2008; Furst et coll. 1996; Sobal et coll. 2006). Les choix alimentaires sont également déterminés par de multiples influences psychologiques, biologiques, économiques, culturelles, environnementales, sociales, politiques, historiques et géographiques (Lundkvist et coll. 2010). L'amplitude de ces influences varie à la fois en fonction du cycle de vie et du contexte alimentaire dans lesquels se trouve l'individu (Sobal et coll. 2006).

Plus précisément, selon Doucerain et Fellows (2012), les choix répondent à un processus dynamique sous-jacent au contexte alimentaire. Sobal et Bisogni (2009) spécifient que ce dernier réfère à la relation entre 1) une période temporelle pouvant altérer les choix alimentaires d'une génération à une autre, 2) un environnement physique de consommation (Falk, Bisogni et Sobal, 1996), et 3) des normes et des valeurs alimentaires et humaines issues du « climat social » souvent propre aux cultures, aux classes sociales, et aux générations (Devine, 2005). Dans le contexte alimentaire actuel, l'environnement physique de consommation soutient tant la promotion de l'embonpoint et de l'obésité (Moubarac et coll. 2013) que la promotion de la saine alimentation (Marquis, 2008; Potvin, McQueen, et Hall, 2008). L'environnement de consommation propose une offre alimentaire diversifiée, abondante et accessible, en plus de participer aux discours variés sur

l'alimentation, la nutrition et la santé globale (Poulain, 2002). Ces discours tendent à complexifier les prises de décisions alimentaires de l'individu qui souhaite manger sainement de manière générale (Fischler, 2001; Sobal et coll. 2006; Sobal, Bisogni, et Jastran, 2014). L'individu éprouve certaines craintes face à ses choix alimentaires et fait face à de possibles conflits qui impliquent ses choix et la santé (Connors et coll. 2001). Si bien que la santé représente à la fois une préoccupation, mais aussi une valeur désormais inscrite dans le climat social actuel (Kristensen, Askegaard et Jeppesen, 2013). Pour simplifier ses prises de décisions, l'individu développe et adopte des stratégies qui maximisent son apport alimentaire santé selon les différentes situations de consommation auxquelles il fait face (Lundkvist et coll. 2010; Sobal et coll. 2006). Dans cette perspective se distinguent deux grands types de stratégies déployées par l'individu que l'on peut classer comme suit : les stratégies alimentaires santé utilisées dans des situations variées de consommation et les stratégies d'adaptation des choix alimentaires déployées essentiellement à domicile.

1.1 Stratégies alimentaires santé

D'après plusieurs études (Connors et coll. 2001; Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Furst et coll. 1996; Schubert, 2008; Sobal et coll. 2006), les stratégies alimentaires santé occupent une place centrale dans le processus de choix. Elles représentent des stratégies personnelles de gestion et de contrôle des choix alimentaires sains pouvant être créées ou apprises (Eglen, 2010; Sobal et coll. 2006). Elles diminuent les efforts cognitifs, le temps consenti à la formation des choix nutritifs, ainsi que l'insécurité face aux multiples choix qui sont offerts dans l'environnement actuel de consommation (Connors et coll. 2001; Furst et coll. 1996). Lundkvist et coll. (2010; 617) ajoutent que les stratégies permettent à l'individu de « se sentir confortable avec ses pratiques alimentaires », puisque les stratégies développées et adoptées par l'individu augmentent son niveau de confiance quant à la valeur santé des aliments qu'ils consomment.

Les stratégies alimentaires santé découlent également des représentations individuelles de la saine alimentation, qui selon plusieurs chercheurs (Bisogni et coll. 2012; Falk, Bisogni

et Sobal, 1996; Falk et coll. 2001; Smart et Bisogni, 2001; Sobal et coll. 2006), se distinguent par des attributs positifs (p. ex. nutriments) et négatifs (p. ex. toxines) associés à la santé globale. Ces mêmes chercheurs indiquent que l'individu catégorise la saine alimentation sous forme de groupes liés à la spécificité des aliments (p. ex. fruits, légumes, viande, produits laitiers), aux classes d'aliments (p. ex. aliments sécuritaires, aliments fonctionnels, collations), aux nutriments (p. ex. fibres, vitamines, minéraux), aux ajouts alimentaires (p. ex. toxines, additifs), aux modes de préparation des repas (p. ex. maison, prêts-à-manger, ultras-transformés) et aux processus de production (p. ex. conventionnel, biologique, local), de manière générale. D'autres recherches démontrent que, pour certains individus, la faible teneur en calories (Carels, Konrad et Harper, 2007), en gras, en sucre et en sel (Dowd et Burke, 2013), la qualité des ingrédients (Renner, 2016), la naturalité (Siipi, 2012) et la fraîcheur (Oakes et Slotterback, 2002; Paquette, 2005) sont des caractéristiques clés de la saine alimentation, sans toutefois être un concept universel et consensuel (Ronteltap et coll. 2012). Les individus relient également la saine alimentation à la santé globale (Bisogni et coll. 2012; Ronteltap et coll. 2012) de par les bénéfices associés, dont l'absence de maladies, le contrôle du poids, la capacité fonctionnelle et l'énergie permettant d'accomplir les tâches au quotidien, ce qui constitue des représentations spécifiques et concrètes (Geeroms, Verbeke et Kenhove, 2008a; 2008b; Hughner et Schutz, 2004; Ogden, 2007). D'autres individus estiment que la santé globale peut représenter l'équilibre, la vitalité, l'attitude mentale, et l'état de bien-être psychologique, physique et social, soit des représentations mentales abstraites (Hughner et Schutz, 2004; Kristensen, Askegaard et Jeppesen, 2013; Ronteltap et coll. 2012).

De manière situationnelle ou quotidienne, plusieurs stratégies alimentaires santé sont mises de l'avant par l'individu, telles que présentées au tableau 2 (p.12) (Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Sobal et coll. 2006). L'emphase mise sur une valeur unique, la routine, la substitution, la modification, l'addition, la limitation, ainsi que l'élimination sont les stratégies du répertoire que développe et adopte l'individu dans l'ensemble de ses activités en lien avec la sélection, la préparation et la consommation d'aliments, selon Sobal et coll. (2006). D'autres chercheurs (Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Falk et coll. 2001; Jastran et coll. 2009) précisent également ce qui caractérise ces stratégies. Ils indiquent que les

stratégies sont flexibles et combinables selon les situations rencontrées, particulièrement les situations spécifiques et non répétitives. L'individu semble avoir tendance à détenir une stratégie dominante au quotidien et à se référer à son répertoire de stratégies pour des situations spécifiques (Falk et coll. 1996). Les stratégies demeurent aussi généralement stables (Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Jastran et coll. 2009), c'est-à-dire que lorsqu'un individu se dit satisfait de ses choix, les stratégies sont constantes au fil du temps et deviennent automatiques, ce qui diminue les efforts décisionnels (Sobal et coll. 2006). Toutefois, l'individu réorganise ses stratégies lorsqu'il obtient de nouvelles informations sur la saine alimentation et la santé globale (Connors et coll. 2001).

| Stratégies alimentaires santé | Exemples |
|--|--|
| Emphase mise sur une valeur unique (Goût, santé, praticité, prix et relations) | Choisir des aliments santé le plus possible |
| Routine (Standardiser, systématiser, ritualiser) | Manger des céréales au déjeuner à tous les jours |
| Substitution (Remplacer) | Choisir du riz brun au lieu du riz blanc |
| Modification (Altérer, ajuster, transformer) | Retirer le gras de la viande |
| Addition (Augmenter, inclure, améliorer) | Manger une salade au souper tous les jours |
| Limitation (Restreindre) | Se limiter à deux tasses de café par jour |
| Élimination (Éviter, exclure) | Ne jamais manger de desserts |

Tableau 2 : Stratégies alimentaires santé et exemples (Sobal et coll. 2006).

D'après Sobal et coll. (2006), les stratégies alimentaires santé se distinguent entre elles selon plusieurs caractéristiques :

- La stratégie de l'*emphase mise sur une valeur unique* signifie que seule une valeur alimentaire importe dans les choix. Cette stratégie exclut la combinaison et la négociation avec d'autres valeurs parmi le goût, la santé, la praticité, le prix et les relations interpersonnelles entretenues au cours d'un repas. Plusieurs études (Connors et coll. 2001; Furst et coll. 1996; Hausser, Nussbeck et Jonas, 2013) soulignent que ces valeurs demeurent les plus importantes pour les individus. La valeur santé représente cependant une valeur centrale à laquelle les individus disent vouloir adhérer et maintenir (Givens, 2010; Lundkvist et coll. 2010; Lusk, 2011; Lusk et Briggeman, 2009; Roininen, Lähteenmäki et Tuorila, 1999; Roininen et coll. 2001; Steptoe, Pollard et Wardle, 1995; Verbeke, 2008). Plusieurs rapports (Nielsen, 2015; Nunes, 2015; Packaged Facts, 2016) de l'industrie alimentaire viennent d'ailleurs corroborer cette volonté, puisque de plus en plus d'individus modifient leurs choix alimentaires pour inclure davantage d'aliments sains. D'autres valeurs alimentaires centrées sur l'éthique comme le bien-être animal, l'équité entre entreprises et salariés, la qualité de vie des êtres humains, et la protection de l'environnement sont importantes au sein de la population, mais toutefois dans un ordre moindre (Dowd et Burke, 2013).
- La *routine* est la stratégie la plus fréquemment employée. Elle s'exerce dans l'automatisation des comportements alimentaires, dans la régularité des prises de repas individuels ou partagés (Jastran et coll. 2009; Lundkvist et coll. 2010) et dans la familiarité envers certains aliments (Étiévant et coll. 2010). Selon Jastran et coll. (2009), la routine représente une solution aux dilemmes répétitifs auxquels fait face l'individu. La régularité et la prédétermination des aliments et des portions consommées facilitent ses choix et les rend « confortables » (Lundkvist et coll. 2010). L'individu développe ainsi une routine pour faciliter ses décisions quotidiennes et faire un compromis « entre ce qui est désirable et ce qui est pratique » en fonction des différentes situations de consommation qu'il rencontre (Jastran et coll. 2009; 128). La routine reflète particulièrement les valeurs et les idéaux de l'individu (Jastran et coll. 2009). Bouwman et coll. (2009) précisent que l'individu ayant développé la stratégie de la routine associe la saine alimentation à l'hédonisme et à l'absence de restriction alimentaire; ce qui pourrait s'expliquer par

le fait que l'individu semble avoir du plaisir à manger sainement au quotidien et se permet des aliments moins santé à l'occasion.

- La stratégie de la *substitution* est également centrale. Elle consiste à remplacer des ingrédients, des aliments ou des produits en particulier par d'autres qui sont plus acceptables d'un point de vue santé par l'individu. Le but de cette stratégie est d'éviter les conflits entre les valeurs, dont celles associées aux relations interpersonnelles et au goût, et de satisfaire la valeur priorisée qui est la santé.
- La *modification* est une stratégie qui vise à ajuster les composantes d'aliments ou les façons de manger pour accroître l'acceptabilité de certains aliments ou d'ingrédients.
- La stratégie de l'*addition* signifie quant à elle l'ajout d'aliments ou d'ingrédients spécifiques à l'alimentation pour leurs propriétés nutritives et leurs bénéfices perçus sur la santé.
- La *limitation* est une autre stratégie d'importance qui consiste à restreindre les portions et la consommation de certains aliments (Falk, Bisogni et Sobal, 1996). Cette stratégie est associée à la gestion du poids, au maintien de la santé globale, mais aussi aux thèmes de la modération et de l'équilibre abordés dans les recommandations nutritionnelles de la santé publique (Connors et coll. 2001). L'individu ajuste ses choix de manière quotidienne ou de manière hebdomadaire, afin de « compenser » pour certains choix et de détenir une approche défensive face au climat social et à l'environnement de consommation (Bouwman et coll. 2009; Lundkvist et coll. 2010). Cette stratégie oblige l'individu à gérer l'équilibre entre ce qu'il qualifie d'acceptable ou non, surtout entre les valeurs santé et goût, soit maintenir son bien-être à court terme et à long terme ou satisfaire un plaisir alimentaire pour des aliments malsains dans l'immédiat. La limitation nécessite des efforts cognitifs considérables, en comparaison avec l'élimination, étant d'ailleurs parmi les stratégies les plus fréquemment utilisées.
- L'*élimination* représente l'exclusion de certains aliments, de catégories d'aliments, de lieux de consommation, ou de relations interpersonnelles particulières liées au partage de repas. Les objectifs de cette stratégie sont d'atteindre un niveau de bien-être physique à court terme et à long terme (Falk, Bisogni et Sobal, 1996).

Pour comprendre comment les stratégies alimentaires santé sont mises en application, Falk, Bisogni et Sobal (2000) se sont penchés sur les stratégies développées et adoptées par des individus présentant des troubles cardiaques, dans une étude qualitative. Parmi les patients observés, certains ont abandonné leur modèle alimentaire initial au profit des recommandations alimentaires issues d'un programme spécialement adapté à leur situation. Ces patients ont maintenu le programme au quotidien, adoptant les stratégies de l'emphase mise sur une valeur et de la routine. D'autres patients ont fait des changements à leur alimentation, mais de manière moins drastique en mangeant de nouveaux aliments et en faisant des recettes faibles en gras, jumelant ainsi les stratégies de la substitution et de la modification. Des patients ont également cessé de consommer certains aliments, optant pour la stratégie de l'élimination. Selon Falk et coll. (2001), l'ensemble des modifications à l'alimentation des patients a eu pour effet de réduire ou d'éliminer des conflits de valeurs. Falk, Bisogni et Sobal (2000) soulignent que les patients ayant développé diverses stratégies, ainsi que la capacité de les gérer de manière situationnelle, disposaient d'une meilleure adaptation que ceux qui possédaient peu de stratégies et qui n'étaient pas en mesure de les jumeler. L'application de stratégies a influencé positivement les changements alimentaires, en particulier chez les individus qui perçoivent les stratégies efficaces (Falk, Bisogni et Sobal, 2000). Falk, Bisogni et Sobal (1996) et Falk et coll. (2001) précisent à cet effet que les patients ont tendance à développer et à adopter plusieurs stratégies lorsqu'ils souffrent de problèmes cardiaques graves, surtout l'élimination d'aliments malsains et l'élimination de situations liées à la consommation de ces aliments, ainsi que la substitution d'aliments malsains par des alternatives plus saines.

1.1.1 Leur formation

Plusieurs chercheurs (Connors et coll. 2001; Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Falk et coll. 2001; Sobal et coll. 2006; Sobal et Bisogni, 2009) se sont intéressés à la formation des stratégies alimentaires santé. Selon ces auteurs, le développement des stratégies s'appuie sur le « système alimentaire personnel ». Il représente un processus cognitif d'opérationnalisation des choix alimentaires à partir des influences sociales, environnementales et culturelles, et des ressources dont dispose l'individu (Sobal et

Bisogni, 2009). Dammann et Smith (2009) et Inglis, Ball et Crawford (2005) précisent que les ressources incluent le capital tangible et physique (l'argent, l'équipement et l'espace), le capital intangible et humain (le temps, les habiletés et les connaissances), et le capital intangible et social (l'aide, les conseils et le soutien de l'entourage). Le système alimentaire personnel soutient « l'organisation des options, la réalisation de compromis et le respect des règles alimentaires personnelles » (Sobal et coll. 2006; 7; Sobal et Bisogni, 2009).

D'après Bisogni, Jastran et Blake (2011), le système alimentaire personnel repose sur le développement de « scripts alimentaires ». Ils représentent les connaissances qu'ont les individus en termes de valeurs, d'attentes et de manières de procéder et sont essentiels à la formation des choix alimentaires sains (Bisogni, Jastran et Blake, 2011). Dickson-Spillmann et Siegrist (2011) distinguent les connaissances nutritionnelles déclaratives, soit les faits que les individus arrivent à nommer en matière de saine alimentation (p. ex. connaître le nombre de calories dans un verre de lait), des connaissances nutritionnelles procédurales, c'est-à-dire la mise en application des connaissances nutritionnelles déclaratives aux travers d'actions entreprises pour manger sainement dans différentes situations de consommation (p. ex. composer un menu équilibré). Les scripts indiquent comment l'individu parvient à emmagasiner, récupérer et utiliser les informations qui sont mises à sa disposition au travers du contexte alimentaire (Blake et coll. 2008). Ils sont également associés aux habitudes dans la planification, la sélection et la consommation d'aliments (Blake et coll. 2008).

Selon plusieurs chercheurs (Connors et coll. 2001; Furst et coll. 1996; Sobal et coll. 2006; Sobal et Bisogni, 2009), le système alimentaire personnel permet la « construction » et la « négociation » de manière consciente des valeurs qui interviennent dans l'élaboration des stratégies alimentaires santé. Furst et coll. (1996) indiquent que les valeurs alimentaires sont basées sur des préoccupations individuelles et sociales issues du contexte alimentaire, et sont des considérations motivationnelles. Les valeurs peuvent différer selon le cycle de vie de l'individu et son âge, mais aussi en fonction des représentations mentales de l'alimentation, notamment influencées par les dialogues entre les individus, leur famille et

leurs amis, et les informations variées véhiculées dans les différents médias (Connors et coll. 2001; Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Smart et Bisogni, 2001; Sobal et coll. 2006), en particulier les informations nutritionnelles de la santé publique (Lundkvist et coll. 2010). Ainsi, la manière que l'individu définit la saine alimentation, grâce à ses représentations, précise les stratégies qu'il développe (Falk et coll. 2001). Gallen (2005) stipule que les représentations incluent un ensemble de croyances, de perceptions, d'imageries mentales et de schémas de référence associés à l'alimentation¹. Les représentations s'expriment de manière différente d'un individu à un autre (Bisogni et coll. 2012), où par exemple le thème de l'équilibre alimentaire s'avère polyvalent signifiant à la fois l'atteinte de l'équilibre en termes de besoins nutritionnels (p. ex. nutriments), la consommation d'aliments en grande quantité un jour et en petite quantité le lendemain, et la composition équilibrée d'un plat (p. ex. viande et légumes) (Paisley, Sheeshka et Daly, 2001; Paquette, 2005). Selon Furst et coll. (1996), les représentations et les valeurs alimentaires sont évolutives en fonction des expériences passées et actuelles de l'individu, des événements qui l'entourent (Jastran et coll. 2009) et des différentes étapes de son cycle de vie, soit de l'enfance aux diverses périodes associées à la vie adulte (Bisogni et coll. 2012; Devine, 2005; Sobal, Bisogni et Jastran, 2014), ce qui implique le facteur âge. L'individu ajuste ainsi ses représentations et ses valeurs tout au long des différentes transitions de sa vie et de ses anticipations futures comme le vieillissement ou les problématiques éventuelles de santé (Lundkvist et coll. 2010; Paquette et Devine, 2000).

Or, plusieurs valeurs alimentaires peuvent se trouver en conflit selon les situations de consommation qui se présentent à l'individu, puisque certaines valeurs alimentaires peuvent s'avérer indissociables et d'autres en opposition (Sobal et coll. 2006). Parmi ces valeurs, le goût et la santé constituent les plus conflictuelles, où le (bon) goût est souvent associé aux produits malsains (Connors et coll. 2001; Lusk et Briggeman, 2009). D'après Kessous et Chalamon (2013), les situations de conflit se rapportent à la catégorisation (ou

¹ Les imageries mentales forment le processus par lequel le contenu des informations sensorielles est représenté en mémoire. « Elles englobent le traitement, le stockage et le codage des informations provenant de caractéristiques spatiales et structurales des objets et des situations de consommation. Les schémas de référence sont des cadres de référence qui organisent la réception des données formant les perceptions grâce à la catégorisation assurant la recherche d'une congruence entre les connaissances antérieurement stockées et les informations perçues » (Dussart, 1983; 83).

la classification) des aliments, souvent drastique que fait l'individu au quotidien. L'individu classe généralement les aliments selon des axes binaires associés à ses valeurs (p. ex. sains/malsains, goûteux/fades) (Kessous et Chalamon, 2013; Lundkvist et coll. 2010; Moorman et Matulich, 1993) sans tenir compte de la fréquence et de la quantité consommée (Oakes et Slotterback, 2002). Des chercheurs (Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Furst et coll. 1996) expliquent la catégorisation par un continuum de valeurs qui réfère aux idéaux personnels, aux influences de l'environnement de consommation et aux connaissances nutritionnelles déclaratives de l'individu. La catégorisation demeure propre à chacun, où un individu peut percevoir un aliment comme étant santé, alors qu'un autre peut percevoir le même aliment comme étant malsain (Sobal et coll. 2006). Pour Connors et coll. (2001), les situations de consommation peuvent également être catégorisées. Les caractéristiques de l'environnement de consommation influencent les choix d'aliments et la quantité (Sobal et Wansink, 2007). D'après les recherches de Connors et coll. (2001) et Sobal et coll. (2012), certains lieux favorisent les choix sains; plusieurs individus croient que manger à la maison, et plus spécifiquement à la table à dîner, représente un choix santé comparativement au fait de manger au restaurant. D'autres situations de conflit ont lieu lors de la considération simultanée de valeurs et d'attributs relatifs aux aliments (Falk, Bisogni et Sobal, 1996), c'est-à-dire qu'un individu peut percevoir un aliment en particulier comme frais et santé, mais aussi dispendieux et peu goûteux.

Pour réduire les différentes situations de conflits, l'individu tend à « négocier » ses valeurs et à « équilibrer » ses choix de manière journalière ou hebdomadaire (Blake et coll. 2007; Connors et coll. 2001; Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Furst et coll. 1996; Sobal et coll. 2006; 11). Il utilise différents points de référence situationnels comme le facteur temps (jour, semaine, mois), les repas de la journée (déjeuner, dîner, souper), les occasions (p. ex. anniversaire, fête), les lieux de consommation (p. ex. restaurant, travail, maison), et les relations interpersonnelles (p. ex. seul, couple, amis, famille) (Blake et coll. 2007; 2008; Bouwman et coll. 2009; Connors et coll. 2001). De fait, certains individus mangent sainement en semaine et se permettent des excès la fin de semaine (Sobal et coll. 2006). Leur stratégie est de manger sainement de manière générale tout en gardant une certaine latitude pour faire face à différentes situations qui se produisent la fin de semaine. Suivant

cette perspective, le facteur temps « équilibre » leur alimentation. D'autres individus consomment des aliments allant à l'encontre de la valeur santé lorsqu'ils se retrouvent entre amis ou au restaurant (Sobal et coll. 2006). Ils « négocient » la valeur santé pour tenir compte des relations interpersonnelles et des lieux de consommation souvent propices à la découverte.

Pour Prestwich et coll. (2015), le besoin rationnel d'autoréguler ses choix alimentaires est à l'origine de la négociation de la valeur santé. L'autorégulation implique que l'individu s'engage à faire des efforts pour changer ou altérer sa pensée et ses comportements afin de maintenir, de recouvrer ou d'améliorer sa santé globale, ou de prévenir certaines maladies (Conner et Norman, 2015; Fiske et Taylor, 1991). Il repose sur le développement et l'adoption de stratégies individuelles centrées sur la promotion de la santé globale et la prévention des maladies (Conner et Norman, 2015; Higgins, 1998). En conséquence, l'autorégulation implique la motivation et la volonté individuelle pour arriver à suivre les plans d'action, à contrôler et à évaluer en continuum les activités individuelles (Baumeister et Alquist, 2009; Conner et Norman, 2015). Pour Baumeister (2002), la motivation relève de la valeur estimée des objectifs, des avantages et des attentes perçues reliées à l'engagement dans des stratégies d'action, alors que la volonté facilite leur planification.

1.2 Stratégies d'adaptation des choix alimentaires

Des stratégies d'adaptation des choix alimentaires essentiellement à domicile et à implication positive et négative sur la santé globale sont également développées et adoptées par les individus. Certains chercheurs (Devine et coll. 2006; Pearlin et Schooler, 1978; 2) définissent ces stratégies comme « les choses que les individus font pour éviter la pression des tâches de la vie courante à la maison », soit la gestion de la sélection, de la préparation et de la consommation des aliments en réponse à la pression émotionnelle, temporelle et physique associée aux rôles souvent conflictuels entre la famille et le travail. Elles allègent le quotidien des individus (Bourcier et coll. 2003; Morin et coll. 2013).

En particulier, dans le cas de la stratégie de l'adaptation à implication positive sur la santé globale, des chercheurs (Bourcier et coll. 2003; Devine et coll. 2009; Morin et coll. 2013) évoquent qu'elle représente une manifestation du besoin de structurer les repas, de contrôler les prises alimentaires et de favoriser une saine alimentation de manière journalière ou hebdomadaire, dépendamment des habiletés culinaires individuelles et des différentes ressources disponibles. Ce type de stratégie peut faire partie des stratégies alimentaires santé, de sorte qu'un individu peut développer la stratégie de la routine dans la préparation à l'avance de ses repas. Son déploiement est également accentué par les préoccupations issues du contexte alimentaire actuel, où plusieurs individus cherchent à maximiser leur apport alimentaire santé. Utiliser les boîtes d'ingrédients santé prêtes à cuisiner, acheter des repas santé prêts-à-manger et « portionnés » par un professionnel de la nutrition, rédiger une liste d'épicerie, doubler les recettes, congeler les restes, déterminer à l'avance les menus de la semaine, cuisiner le weekend pour avoir des plats sous la main rapidement la semaine représentent cette stratégie développée et adoptées, plus spécialement chez les adultes ayant un niveau de scolarité universitaire (Devine et coll. 2009; Morin et coll. 2013).

La stratégie de l'adaptation à implication négative sur la santé globale occupe également une place importante. Commander des repas moins nutritifs dans des restaurants de service rapide, et consommer des repas malsains prêts-à-manger et des produits de praticité ultras transformés (p. ex. boîtes de pizza et de macaroni) représentent cette stratégie développée et adoptée (Storfer-Isser et Musher-Eizenman, 2013), en particulier chez les individus à faible revenu ou à revenu modeste, selon Devine et coll. (2009). Malgré sa popularité, cette stratégie demeure souvent peu satisfaisante pour plusieurs individus, affectant l'estime de soi et l'auto-efficacité perçues (Devine et coll. 2003), et augmentant le sentiment de culpabilité suite à l'incapacité perçue d'atteindre les idéaux personnels et sociaux en matière de saine alimentation (Devine et coll. 2006).

1.2.1 Les motivations liées à leur développement

Pour Storfer-Isser et Musher-Eizenman (2013), le développement et l'adoption de stratégies d'adaptation des choix alimentaires à domicile s'expliquent par les conditions de vie des individus, particulièrement les conditions des parents avec emplois. La gestion du stress, des émotions et de la fatigue, et la réduction du temps et des efforts mis à contribution pour la préparation des repas, et la redéfinition et la négociation des attentes, des rôles, des valeurs et des priorités des choix alimentaires justifient le besoin de développer ces stratégies, surtout chez les mères (Blake et coll. 2009; Devine et coll. 2003; 2006). Ces stratégies permettent aux parents qui travaillent d'intégrer les demandes multiples reliées à l'emploi et à la famille (Blake et coll. 2011). Les horaires de travail, l'état matrimonial, la composition des familles et le nombre d'enfants sont d'ailleurs des conditions souvent associées à des barrières à la saine alimentation (Blake et coll. 2011).

Plus précisément, des recherches (Blake et coll. 2009; Devine et coll. 2006; 2009; Storfer-Isser et Musher-Eizenman, 2013) suggèrent que les exigences de productivité que subissent les parents qui travaillent et les pressions sociales et familiales augmentent le stress et le manque de temps, d'argent et d'énergie perçus (Devine et coll. 2003; Jabs et Devine, 2006; Jastran et coll. 2009). De fait, la consommation de produits de praticité ultras transformés, de repas prêts-à-manger et de produits de la restauration rapide représente une solution aux manquements perçus (Jabs et Devine, 2006). Cependant, selon Monsivais, Aggarwal et Drewnowski (2014), cuisiner représente pour plusieurs un prérequis à la saine alimentation à faible coût, puisqu'associé à une plus grande consommation de fruits et de légumes, et à une plus faible fréquence de repas pris à l'extérieur du foyer ou transformés. En effet, les parents qui cuisinent régulièrement disposent d'aliments sains à la maison, sont plus confiants face à leurs compétences culinaires et possèdent également des habiletés à cuisiner des repas sans planification à l'avance (Lawrence et Barker, 2009; Storfer-Isser et Musher-Eizenman, 2013). Ils parviennent également à influencer positivement les pratiques alimentaires des enfants, ce qui favorise la maintenance à long terme d'habitudes saines (Bourcier et coll. 2003).

1.3 Conclusion de la première section

En somme, la littérature met en évidence l'importance consentie au développement et à l'adoption de stratégies individuelles dans le contexte alimentaire actuel.

D'une part, les stratégies alimentaires santé sont orchestrées dans des situations de consommation variées (Sobal et coll. 2006). Elles sont davantage satisfaisantes que les stratégies d'adaptation des choix alimentaires sur le plan nutritif, de manière générale. Elles désignent des stratégies qui diminuent les efforts cognitifs et le temps consentis aux choix alimentaires pour l'ensemble de la population incluant les parents avec emploi (Connors et coll. 2001; Furst et coll. 1996). Ces stratégies sont associées à des comportements alimentaires sains tangibles et cohérents avec les objectifs poursuivis par la santé publique. L'ensemble de cette perspective justifie notre intérêt envers les stratégies alimentaires santé.

D'autre part, les stratégies d'adaptation des choix alimentaires à domicile font particulièrement appel aux situations qui impliquent différentes contraintes dont la conciliation travail et famille (Storfer-Isser et Musher-Eizenman, 2013). Elles sont associées à l'allègement des tâches de la vie quotidienne qui favorise ou non la saine alimentation (Bourcier et coll. 2003; Morin et coll. 2013). Or, malgré le fait que la stratégie de l'adaptation à implication positive sur la santé peut être déployée conjointement aux stratégies alimentaires santé, la littérature actuelle ne nous permet pas d'identifier de liens entre ces deux grands segments de stratégies à implication positive sur la santé, de manière à intégrer le segment des stratégies d'adaptation des choix alimentaires à implication positive sur la santé à celui des stratégies alimentaires santé, ce qui peut être pertinent dans la compréhension des pratiques alimentaires santé.

Enfin, pour répondre à notre problématique de recherche élaborée initialement en introduction, ainsi que nos sous-questions (p. 6-7), la seconde section de la présente revue de littérature dresse le portrait des déterminants de la saine alimentation. Parallèlement, ces

derniers sont susceptibles de représenter des facteurs individuels qui influencent l'élaboration de stratégies alimentaires santé.

2. Déterminants de la saine alimentation

De nombreuses études (Abraham et coll. 1999; Affleck et coll. 1987; Bagozzi, 1992; Conner et Norman, 2015; Gerend et Sheperd, 2012; Hunter, Grunfeld et Ramirez, 2003; Noar et Zimmerman, 2005; Plotnikov et coll. 2014) se sont intéressées aux déterminants de la saine alimentation incluant leurs antécédents. Pour les identifier, des chercheurs ont développé, ou adapté au contexte alimentaire, différents modèles prédictifs fondés sur la psychologie sociale. D'autres se sont penchés sur le processus de formation des comportements alimentaires sains. En général, modèles et processus sous-entendent que l'implication de l'individu est à la base du développement et de l'adoption de comportements sains, jugeant que manger sainement (c.-à-d. avoir une alimentation de qualité) est important pour atteindre la santé globale, ce qui explique les comportements cohérents (Bandura, 2004; Dutta-Bergman, 2003; Hays et Ross, 1987; Wardle et coll. 2004). La présente section propose d'apporter un éclairage spécifique sur l'ensemble des déterminants issu de l'étude des modèles et du processus.

2.1 Modèles prédictifs des comportements alimentaires sains

Les modèles prédictifs du changement et du maintien des comportements alimentaires sains incluent différentes perspectives reliées à la santé globale, centrées sur l'évitement de comportements malsains comme le tabagisme et l'alcoolisme, et la valorisation de comportements sains tels que la saine alimentation (Armitage et Conner, 2001; Arvola et coll. 2008; Calder, Davidson et Ho, 2011; Conner et Norman, 2015; Hayes et Ross, 1987). Ce dernier comportement a particulièrement été abordé dans plusieurs modèles logico-rationnels. De manière générale, ces modèles postulent que l'individu possède la capacité d'examiner et de traiter des informations qui lui sont accessibles, et d'accumuler un certain nombre d'informations pour ensuite prendre la décision rationnelle de s'autoréguler (Conner et Norman, 2015). En d'autres termes, ces modèles se fondent sur le présupposé

de la rationalité de l'individu (Conner et Norman, 2015). Bien que plusieurs modèles de psychologie sociale soient hybrides et intègrent des variables des différents modèles, ils se distinguent entre eux de par leur fondement et le traitement des différentes variables.

Selon Conner et Norman (2015), cinq modèles classiques de la psychologie sociale de la santé ont particulièrement été expérimentés. Ils mettent en relief divers facteurs individuels, tels que présentés ci-dessous :

- Le modèle de croyances relatives à la santé (Becker, 1974; Rosenstock, 1974) repose sur le fait que les croyances menant à un comportement sain sont formées en réaction à un risque potentiel perçu et que l'individu cherche à maximiser l'utilité de ses actions grâce à un comportement préventif. Sa contribution réside dans l'identification de trois grands facteurs motivationnels, soit la perception de bénéfices (p. ex. contrôle du poids) et de coûts (p. ex. se priver) d'adopter ou pas des comportements sains, la vulnérabilité et la susceptibilité perçues liées au risque (p. ex. antécédents familiaux de maladies chroniques), et l'efficacité perçue du comportement sur la santé globale (p. ex. manger sainement favorise le maintien d'un poids santé, et par conséquent la santé de l'individu);
- Le modèle de la motivation à l'autoprotection (Maddux et Rogers, 1983; Rogers, 1975) s'appuie sur l'idée qu'un comportement sain est favorisé par un sentiment de peur, ce qui s'apparente avec le modèle de croyances relatives à la santé. Cependant, aux facteurs identifiés par ce dernier modèle s'ajoute l'auto-efficacité perçue. Le modèle de la motivation à l'autoprotection montre que le sentiment de peur n'est pas suffisant pour encourager le développement et l'adoption d'un comportement sain, puisque la confiance de l'individu quant au succès de ses actions et l'utilité perçue des actions entreprises s'avèrent essentielles dans le processus comportemental. Toutefois, les modèles de croyances relatives à la santé et de la motivation à l'autoprotection omettent de spécifier des relations de dépendances entre les variables (Armitage et Conner, 2000), et de montrer la nécessité de déployer des stratégies individuelles pour favoriser le passage de l'intention au comportement (Abraham et Sheeran, 2015);

- La théorie de la perception de l'auto-efficacité (Bandura 2004) indique que la prédiction d'un comportement repose sur les influences interactionnelles, les intrants cognitifs et affectifs, et l'environnement social et physique de l'individu. La connaissance des bénéfices et des coûts liés au comportement sain, l'auto-efficacité perçue, les attentes de résultats, les objectifs fixés, les stratégies d'action envisagées, les obstacles perçus et les éléments facilitateurs émergeant du contexte environnant sont les déterminants qui résultent de cette théorie (Conner et Sparks, 2015). Cependant, Bandura (2004) souligne que l'application de la théorie s'appuie sur les capacités de l'individu à atteindre le changement ou le maintien d'un comportement, requérant des « habiletés élevées de gestion envers la santé »;
- Les théories de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1977; 1980; 2005) et du comportement planifié (Ajzen, 1991; Ajzen et Madden, 1986) reposent quant à elles sur l'étude des relations causales entre l'attitude, l'intention et le comportement, où l'intention est le facteur central des théories. Les théories mettent de l'avant trois autres facteurs qui influencent ces dernières variables, soit les croyances que le comportement sain donne lieu à des conséquences positives sur la santé globale, la motivation à se conformer aux attentes sociales et les normes subjectives, lesquelles sont des perceptions de l'individu envers la pression sociale, représentées par ce que pense l'entourage du comportement envisagé par l'individu (Sun Park et Smith, 2007). La théorie du comportement planifié ajoute le contrôle comportemental perçu à ces derniers facteurs, où celui-ci est associé aux ressources internes (p. ex. habiletés et compétences, connaissances) et externes (p. ex. coopération ou dépendance de l'entourage, barrières et opportunités) perçues. Ces ressources peuvent avoir un effet modérateur dans le développement et l'adoption d'un comportement sain (Deci, 1971; 1972; Schwarzer et Fuchs, 1995; Schwarzer, Mueller et Greenglass, 1999). D'après Ajzen et Madden (1986) et Conner et Sparks (2015), ses ressources déterminent le contrôle réel de l'individu sur son comportement. Dans des tests comparatifs (Conner et Norman, 2015), la théorie du comportement planifié dispose d'un plus grand pouvoir prédictif que la théorie de l'action raisonnée, en raison de l'ajout du contrôle comportemental perçu. Cette théorie demeure la plus utilisée dans la compréhension des comportements

alimentaires sains pour son efficacité démontrée (Conner et Norman, 2015), bien qu'elle ne précise toutefois pas comment atteindre ces dits comportements (Bandura, 2004).

Des facteurs sociodémographiques sont également pris en compte dans les modèles prédictifs. De manière générale, les recherches antérieures indiquent que les femmes sont plus enclines à manger sainement, de même que les individus âgés, scolarisés et avec un revenu supérieur à la moyenne, en raison de l'intérêt porté envers la saine alimentation, l'accès à l'information, les problématiques de santé liées au vieillissement, les habiletés culinaires et l'accès à un service de préparation de repas (Brown et coll. 2011; Coveney, 2005; Devine et coll. 2006; Fagerli et Wandel, 1999; Patterson et coll. 2001; Van Dillen et coll. 2004). D'autres études indiquent que les femmes, majoritairement responsables des achats alimentaires au sein des foyers (Zepeda et Li, 2006), sont sensibles aux catégories d'aliments perçues à valeur santé améliorée, comme les produits fonctionnels, biologiques et locaux (Artsens et coll. 2009; Bellows, Alcaraz et Hallman, 2010; Door et Verhoef, 2011; Smithers, Lamarche et Joseph, 2008; Verbeke, 2005). La présence d'un individu avec une problématique de santé dans un ménage influence aussi la consommation de produits fonctionnels (Verbeke, 2005), alors que la présence d'enfant(s) incite à choisir des aliments biologiques (Finch, 2005; Yue et coll. 2007). Les individus âgés apprécient particulièrement les produits fonctionnels auxquels ils associent la prévention de maladies chroniques (Verbeke, 2005).

Dans l'ensemble, les modèles démontrent un pouvoir explicatif des comportements alimentaires sains (Conner et Armitage, 2006; Conner et Norman, 2015). Cependant, plusieurs limites sont soulevées. L'ensemble des modèles néglige les traits de personnalité et les valeurs humaines. D'après Fishbein et Ajzen (2010), les traits issus de la théorie des cinq facteurs (ou Big Five), soit l'extraversion, la conscience, l'ouverture d'esprit, la stabilité émotionnelle et l'agréabilité pourraient expliquer certains comportements alimentaires. Des chercheurs s'intéressant à l'obésité ont d'ailleurs associé l'absence de stabilité émotionnelle au désordre alimentaire (Provencher et coll. 2008), la conscience

(Provencher et coll. 2008), l'extraversion et l'ouverture d'esprit (Elfhag et Morey, 2008) à la restriction alimentaire, et l'agréabilité à la prise alimentaire en réponse aux perceptions et émotions relatives à la faim (Provencher et coll. 2008; Sutin et coll. 2011). Par ailleurs, selon Hamzaoui et Zahaf (2008) et Robinson et Smith (2002), les valeurs humaines, définies comme « les croyances que l'individu détient envers lui-même guidant ses motivations » (Reynolds et Olsen; 2001; 24), peuvent aussi être impliquées dans le développement de décisions alimentaires. Les valeurs universelles identifiées par Schwartz (1992) incluent la bienveillance, le spiritualisme, le conformisme, la tradition, la sécurité, le pouvoir, la réussite, l'universalisme, l'hédonisme, l'autonomie et la stimulation. Parmi ces valeurs, l'universalisme, la bienveillance, la spiritualité, la conformité, l'hédonisme et la stimulation sont liés à la consommation alimentaire durable² (Epstein et Howes, 2006; Vermeir et Verbeke, 2008). La sécurité, l'hédonisme, la stimulation, l'autonomie, la bienveillance et l'universalisme sont particulièrement associés à la consommation d'aliments biologiques, locaux, et équitables (Botonaki et coll. 2006; Crane, 2001; Hughner et coll. 2007; Makatouni, 2002; Shepherd et coll. 2003; Zanolli et Naspetti, 2002). D'après plusieurs études (Chen 2011; Essoussi et Zahaf, 2009; Hall, 2008; Nie et Zepeda, 2011), le besoin d'atteindre un style de vie sain peut expliquer la consommation biologique et fonctionnelle, mais également la saine alimentation en général. Selon Von Essen et Englander (2013), cette dernière pourrait être associée à une quête de valeurs et d'un style de vie sain qui laissent place à l'identité et à l'appartenance. Les valeurs et le style de vie sain ont jusqu'à ce jour été mis à l'écart des modèles prédictifs des comportements alimentaires sains. Néanmoins, ces modèles, particulièrement les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié, replacent l'individu au sein de son contexte social, une variable essentielle à la compréhension des comportements alimentaires. Ils s'appuient sur le fait qu'un individu possède les capacités de s'engager dans un processus rationnel

² Selon Vermeir et Verbeke (2008), la consommation alimentaire durable se définit par « la combinaison d'aspects économiques, écologiques et sociaux », reliant en d'autres termes l'équité entre travailleurs et entreprises, le souci de l'environnement et du bien-être animal, et la santé humaine, incluant la prise en charge des priorités et des besoins de la population. Elle réfère ainsi à des choix sociaux non traditionnels issus du climat social propre à la génération (Devine, 2005), ainsi que des croyances morales et personnelles fortes (Carrigan, Szmigin et Wright, 2004).

de décision menant à un changement ou un maintien d'un comportement sain (Conner et Sparks, 2015).

2.2 Formation des comportements alimentaires sains

En concomitance avec les modèles prédictifs, de nombreux chercheurs (Carrillo et coll. 2011; Dutta-Bergman, 2003; El Dahr, 2007; Gallen, 2005; Glanz et coll. 1998; Kraft et Goodell, 1993; Malinaukas et coll. 2006; Moorman et Matulich, 1993; Paquette, 2005; Prescott et coll. 2002; Rozin et coll. 1999; Siipi, 2012; Steptoe, Pollard et Wardle, 1995; Sun, 2008; Wardle, Parmenter et Waller, 2000) ont étudié le processus complexe derrière le développement et l'adoption des comportements alimentaires sains. Leurs recherches postulent que différentes informations cognitives, affectives et conatives s'influencent entre elles, et qu'au travers de celles-ci, plusieurs déterminants peuvent être associés à ces comportements.

2.2.1 Informations cognitives : intrants

Les intrants informationnels cognitifs jouent un rôle crucial dans la formation des comportements alimentaires sains, puisqu'ils influencent l'attitude, l'intention et le comportement de l'individu (Conner et Norman, 2015; Fishbein, 1967; Fishbein et Ajzen, 1975). Parmi ces intrants, on retrouve les expériences individuelles et les comportements antérieurs (Zanna et Rempel, 1988). Cependant, plusieurs études indiquent que les intrants sont davantage issus du contexte social dans lequel évolue l'individu, et majoritairement formés des représentations mentales et des connaissances individuelles (Dutta-Bergman, 2003; Salmon et coll. 2014; Urala et Lähteenmäki, 2007; Verbeke et coll. 2005; Wallston, Wallston et De Vellis, 1978; Wardle, Parmenter et Waller, 2000; Wardle et coll. 2004).

D'après Gallen (2005; 63), les représentations mentales, constituées en grande partie de différentes croyances et perceptions, sont « des produits cognitifs issus de l'interaction de l'individu avec son environnement permettant de coder la signification des stimuli qui en émanent et de conserver cette information en mémoire ». Elles désignent à la fois la

structure mentale de l'individu et son processus de construction lui permettant de catégoriser les aliments et d'établir ses propres raccourcis cognitifs en regard aux différentes situations (Gallen, 2005). Les représentations englobent, dans un premier temps, la croyance envers le contrôle sur sa santé globale (Hays et Ross, 1987; Moorman et Matulich, 1993; Salmon et coll. 2014; Wallston, Wallston et De Vellis, 1978) et l'état de santé personnel perçu (Dutta-Bergman, 2003; Moorman et Matulich, 1993; Wardle, Parmenter et Waller, 2000), et dans un second temps, la croyance du lien entre la saine alimentation et la santé globale (Rozin et coll. 1999), ainsi que la perception de bénéfices, incluant l'évitement de maladies chroniques, la diminution du risque sanitaire, le plaisir organoleptique envers les aliments sains, l'apparence physique, et le contrôle du poids (Carrillo et coll. 2011; El Dahr, 2007; Glanz et coll. 1998; Malinaukas et coll. 2006; Moorman et Matulich, 1993; Prescott et coll. 2002; Siipi, 2012; Steptoe, Pollard et Wardle, 1995; Sun, 2008; Verbeke et coll. 2005). Les produits fonctionnels (Urala et Lähteenmäki, 2007; Verbeke, 2005), biologiques et locaux (Krystallis, Maglaras et Mamalis, 2008; Magnusson et coll. 2001; Padel et Foster, 2005; Urala et Lähteenmäki, 2003; Verbeke, 2006; Zanolini et Naspetti, 2002; Zepeda et Li, 2006) sont d'ailleurs liées aux représentations mentales de la saine alimentation.

Pour plusieurs chercheurs (Dickson-Spillmann et Siegrist, 2011; Paquette, 2005; Povey et coll. 1998), les représentations mentales sont influencées par les niveaux de connaissances que possède l'individu en matière de saine alimentation, où ces dernières interviennent dans la catégorisation des aliments (Oakes et Slotterback, 2004). En particulier, Dickson-Spillmann et Siegrist (2011) démontrent que les connaissances nutritionnelles déclaratives de l'individu sont étroitement liées aux représentations. Les connaissances nutritionnelles procédurales soutiennent quant à elles les comportements alimentaires sains, puisqu'elles mettent en application les connaissances nutritionnelles déclaratives; l'obtention de connaissances nutritionnelles procédurales inclut l'acquisition de connaissances nutritionnelles déclaratives au préalable (Worsley, 2002).

Selon Moorman et Matulich (1993), les connaissances de l'individu pourraient être reliées à la recherche d'informations sur les pratiques alimentaires saines. Elles découlent particulièrement de l'implication (Pieniak et coll. 2008; Saba et Vassallo, 2012), mais aussi de l'intérêt que porte l'individu envers la saine alimentation, les produits allégés et les produits naturels (Roininen, Lähteenmäki et Tuorila, 1999). Pour Roininen, Lähteenmäki et Tuorila (1999), l'intérêt rend compte de l'orientation d'un individu quant à l'importance qu'il accorde à une alimentation équilibrée, à la consommation de produits pauvres en matières grasses, non transformés et sans additifs.

Les connaissances nutritionnelles sont également reliées aux différents discours qui proviennent de la santé publique, de l'industrie alimentaire, des organismes à but non lucratif, des divers médias et des influenceurs. Ces discours influencent la formation des connaissances nutritionnelles et des représentations mentales de la saine alimentation (Sabbagh et Étiévant, 2012). En particulier, les discours de la santé publique ont le pouvoir de valoriser et de normaliser les comportements alimentaires sains, de désapprouver les comportements alimentaires malsains (Ball et coll. 2010; Bouwman coll. 2009; Coveney, 2005; Institut national de santé publique du Québec, 2012; 2016; Kristensen et coll. 2010; Ristovski-Slijepcevic, Chapman et Beagan, 2008), et ainsi de façonner les normes subjectives en matière de saine alimentation (Kristensen et coll. 2010; Renaud, 2010). Ces normes se distinguent des normes injonctives qui elles font plutôt référence à l'approbation de l'entourage ou d'une majorité d'individus au sein d'une société, et des normes descriptives, correspondant à la perception que l'entourage se fait d'un individu qui adhère au comportement socialement souhaité (Sun Park et Smith, 2007). Pour les chercheurs de l'Institut national de santé publique du Québec (2012; 2016), les normes subjectives sont issues des normes diététiques établies par la santé publique et motivées par les valeurs collectivement partagées au sein d'une culture (Jastran et coll. 2009). Poulain (2002; 66) précise que les normes subjectives et les normes diététiques s'influencent mutuellement et se définissent par un « ensemble de conventions relatives à la composition structurelle des prises alimentaires – repas et hors repas – et aux situations de consommation ». Des recherches (Chapman et Ogden, 2009; Smith et coll. 2006; Sobal et coll. 2006) indiquent que les normes donnent des points de référence et de comparaison pour juger et évaluer les

choix individuels, constituent des idéaux à atteindre et influencent la formation de règles alimentaires personnelles. Les normes fournissent à la fois des obligations et des opportunités dans les relations entourant la consommation alimentaire (Bisogni et coll. 2012).

Cependant, malgré l'importance accordée aux informations cognitives dans la formation des comportements alimentaires sains, plusieurs critiques sont soulevées. D'après Dickson-Spillmann et Siegrist (2011), il demeure difficile pour plusieurs individus de mettre en pratique les discours de la santé publique, en dépit de la familiarité de l'individu quant aux discours normatifs de la santé publique centrés sur la présence d'un lien entre la saine alimentation et la santé globale, la prévention des maladies et le contrôle du poids (Bisogni et coll. 2012; Geeroms, Verbeke et Kenhove, 2008ab; Hughner et Schutz, 2004; Ogden, 2007; Ronteltap et coll. 2012). À cet effet, des études (Bisogni et coll. 2012; Rekhy et McConchie, 2014; Rossiter, Evers et Pender, 2012) indiquent un décalage entre les normes subjectives et diététiques, et les pratiques alimentaires des individus. Pour Hébel et Pilorin (2012) et Lake et coll. (2007), les individus sont en mesure de nommer les thèmes centraux qui définissent la saine alimentation et les groupes d'aliments associés. Paquette (2005) révèle qu'ils sont également en mesure d'identifier quelques moyens clés pour mettre en pratique les thèmes de base de la saine alimentation, comme réduire le gras et augmenter la consommation de fruits et de légumes. Or, selon Dickson-Spillmann et Siegrist (2011), l'absence de connaissances nutritionnelles procédurales est en partie susceptible d'expliquer le décalage entre les normes et les pratiques alimentaires, et représente certes une limite importante à l'adhésion aux comportements alimentaires sains. Stok et coll. (2012) indiquent que l'individu a davantage de facilité à identifier le « quoi » manger que le « comment » manger sainement. À titre d'exemple, sélectionner le produit le plus santé entre deux collations et composer un menu équilibré représentent des connaissances nutritionnelles procédurales complexes pour plusieurs individus (Dickson-Spillmann et Siegrist, 2011). Moorman et Matulich (1993) ajoutent par ailleurs que la recherche d'informations sur la saine alimentation pourrait faciliter la formation de comportements alimentaires santé. Worsley (2002) précise que la facilitation proviendrait de la manière dont les individus recherchent

de l'information sur la saine alimentation à l'aide des différents types de médias utilisés. Enfin, les thèmes abstraits comme la réduction, et la modération complexifient la concrétisation de choix alimentaires sains (Brown et coll. 2011; Sobal et coll. 2006). À cela s'ajoutent les besoins de praticité et de changement exprimés par les individus pour répondre à leur style de vie dans leur cycle de vie (Moubarac et coll. 2013), ainsi que le prix des aliments sains souvent perçu plus élevé en comparaison avec les produits à valeur santé moindre (Story et coll. 2008).

2.2.2 Informations affectives : attitudes

Dans la majorité des travaux sur les déterminants de la saine alimentation, l'attitude représente un concept central dans la formation des comportements alimentaires sains (Brug, 2008; Conner et Armitage, 2006; Fishbein et Ajzen, 1975; Moorman et Matulich, 1993; Power, 2005; Raine, 2005; Roininen, Lähteenmäki et Tuorila, 1999; Steptoe, Pollard et Wardle, 1995; Verbeke, Scholderer et Lähteenmäki, 2009). Des études (Conner et Armitage, 2006; Fishbein et Ajzen, 1975) soulignent que l'attitude peut prédire une intention et conduire au comportement (Conner et Armitage, 1998; Fishbein et Ajzen, 1975; Glasman et Albarracín, 2006; Hearty et coll. 2007; Wigfield, Tonks et Klauda, 2009). Selon D'Astous et coll. (2014), l'attitude correspond à l'image que se fait un individu d'un produit. Elle inclut des intrants informationnels qui représentent un ensemble de caractéristiques qu'un individu associe à un produit et qui parviennent à ses sens (d'Astous et coll. 2014; Gallen, 2005). Les intrants forment un réseau modulable dans lequel l'activité associative est diffusée automatiquement (Conrey et Smith, 2007; Fazio, 2007; Gawronski et Bodenhausen, 2006). Ce faisant, l'attitude représente un lien associatif emmagasiné en mémoire entre la représentation d'un objet d'attitude et une évaluation positive ou négative à l'égard d'un produit (Fazio et coll. 1986).

Deux types d'attitudes ont été associés à l'alimentation, soit l'attitude implicite et l'attitude explicite (Deutsch et Strack, 2010; Friese, Hofmann et Wanke, 2008). Selon Fazio (2007), l'activation d'un réseau d'associations dépend de la force des associations apprises, et de la situation dans laquelle l'attitude est utilisée (Gawronski et Bodenhausen, 2006). Le

réseau activé et récupéré en mémoire de façon automatique correspond à l'attitude implicite (Frieze, Hofmann et Wanke, 2008). Elle se différencie de l'attitude explicite par le degré d'automatisation du processus qui donne lieu à la cognition (Deutsch et Strack, 2010). Une cognition implicite est « automatique lorsqu'elle est non intentionnelle, non contrôlable et efficiente » (Deutsch et Strack, 2010; 64). En revanche, le processus donnant lieu à une cognition explicite est plus délibératif (Petty, Fazio et Brinol, 2009) et donc plus intentionnel, conscient, contrôlé et, du point de vue de la réaction à l'objet d'attitude, moins efficient (Deutsch et Strack, 2010). Selon Conner et coll. (2007), de manière générale, les habitudes modèrent la relation entre l'attitude implicite et le comportement, et le besoin de cognition modère le lien entre l'attitude explicite et le comportement.

L'attitude implicite a fait l'objet de plusieurs recherches expérimentales réalisées en laboratoire (Czyzewska et Graham, 2008; Hofmann et coll. 2008; Maison, Greenwald, et Bruin, 2001; Prestwich, Hurling et Baker, 2011). Pour Czyzewska et Graham (2008), elle est influencée par les situations de consommation qui sont assujetties à des associations. À cet effet, Frieze, Hofmann et Wanke (2008) indiquent qu'un individu a tendance à choisir des collations malsaines dans des lieux auxquels il associe le plaisir. L'attitude implicite peut s'avérer positive envers les produits faibles en calories (Maison, Greenwald et Bruin, 2001), les produits à forte teneur en calories et en sucre (Czyzewska et Graham, 2008; Hofmann et coll. 2008) souvent associés aux aliments réconforts (Dubé, Lebel et Lu, 2005), mais aussi envers les aliments sains (Prestwich, Hurling et Baker, 2011). D'après Hollands, Prestwich et Marteau (2011), une présentation attrayante des aliments peut expliquer une attitude implicite positive envers différentes catégories de produits. Au travers du système visuel et d'une exposition aux aliments sains, il est possible de créer une association positive et d'augmenter la désirabilité pour cette catégorie d'aliments.

D'autres études se sont penchées sur certains comportements addictifs comme la restriction alimentaire (Papies, Stroebe et Aarts, 2009), et la compulsion (Frieze, Hoffmann et Wanke, 2008; Hoefling et Strack, 2008; Nederkoorn et coll. 2010) en lien avec l'attitude implicite. Elles mettent en évidence les conflits de valeurs existants entre le goût des aliments

malsains et leur aspect santé. Selon Craeynest et coll. (2005; 2007), les problématiques de poids sont souvent associées à la compulsion, également étudiées sous l'angle de l'attitude implicite. Pour Hollands, Prestwich et Marteau (2011), la démonstration des conséquences négatives des choix alimentaires peut contribuer au changement de l'attitude de nature implicite chez les personnes ayant un surpoids. Craeynest et coll. (2005) ajoutent que l'attitude implicite se forge au travers de l'exposition des aliments et des produits en général formant des stimuli; les individus obèses apprécient les aliments sains, mais préfèrent les produits malsains, où la quantité d'aliments absorbée semble être une variable prédominante dans l'explication du surpoids (Yach, Stuckler et Brownell, 2006).

Du côté de l'attitude explicite (ou l'attitude générale envers un objet de consommation), les études (Czyzewska, Graham et Ceballos, 2011; Hofmann et coll. 2008) indiquent que celle-ci est plus efficace en présence de ressources accessibles et de motivation suffisante pour exercer l'autocontrôle sur un comportement alimentaire sain. Au contraire, l'attitude implicite domine lorsque la motivation et les ressources sont diminuées (Czyzewska, Graham et Ceballos, 2011), de même qu'en présence d'une dépendance aux aliments malsains (Hofmann et coll. 2008).

En parallèle aux attitudes implicites et explicites, Labrecque et coll. (en rédaction) se sont penchés sur l'attitude envers la saine alimentation perçue. Dans le développement d'une échelle de mesure (healthy eating perception attitude scale; HEPAS), les chercheurs considèrent à la fois l'ensemble des informations cognitives et affectives de l'attitude de manière systématique, ainsi que l'évolution du contexte de consommation alimentaire. Au total, 10 facteurs sont reliés à la formation de l'attitude envers la saine alimentation, soit les bénéfices associés aux aliments biologiques, la recherche de l'équilibre alimentaire, les bénéfices des aliments enrichis, la fraîcheur des aliments, les choix santé au restaurant, la culpabilité alimentaire (la surconsommation ou les « mauvais » choix alimentaires), la résistance aux organismes génétiquement modifiés, la néophobie face aux produits transformés, la prise de repas légers et la satisfaction de manger sainement (la récompense qui provient du sentiment de bien-être et de prise en charge de soi-même). Labrecque et coll. (en rédaction) montrent que ces facteurs caractérisent les différents aspects qui

définissent la valeur santé selon les préoccupations des individus envers la santé globale. Des chercheurs (Kraft et Goodell, 1993; Oude Ophuis, 1989; Sun, 2008) indiquent par ailleurs que ces préoccupations soulèvent ce qu'ils appellent la conscience envers la santé, traduisant particulièrement la disposition à entreprendre des actions visant le maintien ou l'amélioration de la santé globale (Dutta-Bergman, 2003; Kraft et Goodell, 1993); la conscience envers la santé est impliquée dans la consommation de produits biologiques (Michaelidou et Hassan, 2008) et d'aliments fonctionnels (Landström et coll. 2007), ainsi que dans certaines pratiques alimentaires comme le végétarisme (Hoek et coll. 2004) et est davantage observée chez les femmes, les individus âgés et/ou ayant des problématiques de santé (Wardle et Steptoe, 2003). Les facteurs identifiés par Labrecque et coll. (en rédaction) reflètent également l'influence des informations variées divulguées par les différents acteurs de la santé publique et de l'industrie. Ces informations portant sur les principes fondamentaux de la saine alimentation, ainsi que sur les processus de production et de traitement des produits façonnent les représentations, les connaissances nutritionnelles déclaratives, l'attitude et la satisfaction découlant des choix alimentaires, et contribuent à la catégorisation des aliments (Carels, Konrad et Harper, 2007; Falk et coll. 2001; Harrison, Lois et Jackson, 2009). Labrecque et coll. (en rédaction) précisent que l'inclusion d'ingrédients nutritionnels et d'aliments sains dans la quête d'une saine alimentation semble être privilégiée par l'individu comparativement à l'évitement ou la réduction de contenus indésirables tels que le sodium, le sucre et le gras. De sorte que les messages nutritionnels qui présentent une approche à implication positive basée sur la mise en pratique de la variété et de la modération dans un style de vie sain pourraient être plus efficaces que ceux qui mettent plutôt l'accent sur l'implication négative, soit l'évitement de produits ou d'ingrédients malsains (Freeland-Graves et Nitzke, 2013).

Enfin, l'apport de l'attitude en général dans le développement et l'adoption de comportements sains connaît certaines limites. L'attitude ne se traduit pas toujours en comportement cohérent et une évaluation positive envers la saine alimentation ne donne pas nécessairement lieu à des comportements sains (Conner et Norman, 2015). D'Astous et coll. (2014) soulignent la complexité reliée à la formation d'une attitude étant tributaire

de l'évolution temporelle, des expériences et du style de vie de l'individu, en plus des situations de consommation rencontrées.

2.2.3 Informations conatives : intention-comportement

Des informations conatives sont aussi partie prenante du processus de formation des comportements alimentaires sains. Elles réfèrent à la relation intention-comportement, d'après Conner et Armitage (2006). Selon une méta-analyse sur cette relation regroupant 422 études, l'intention explique 28 % de la variance d'un comportement et représente un prédicteur du comportement (Sheeran, 2002) demeurant étroitement lié à ce dernier (Conner et Sparks, 2015).

Selon Prestwich et coll. (2015; 321), l'intention se définit comme « une instruction qu'un individu se donne afin d'atteindre un comportement en particulier » (Conner et Sparks, 2015). La formation d'une intention est guidée par les croyances de faisabilité et de désirabilité face à l'action, alors que sa réalisation est plutôt orientée par le processus conscient qui pousse à l'atteinte d'un but (Prestwich et coll. 2015). L'efficacité relationnelle entre l'intention et le comportement nécessite une motivation personnelle, une volonté d'agir (Hansen, Møller Jensen et Stubbe Solgaard, 2004) ainsi qu'une perception d'auto-efficacité (Prestwich et coll. 2015; Schwarzer, 2008).

La mise en œuvre d'une intention inclut par ailleurs des phases de « viabilité, d'activation et d'élaboration » (Prestwich et coll. 2015). D'après Webb et Sheeran (2006), la viabilité fait référence aux habiletés, aux ressources et aux opportunités et symbolise le contrôle réel de l'individu sur son comportement. La phase d'activation renvoie plutôt aux actions entreprises par un individu pour faire face aux différentes situations qu'il peut rencontrer et fait appel à une précision temporelle pour exécuter le comportement souhaité (p. ex. manger des légumes aux repas du soir) (Prestwich et coll. 2015). Cette phase sert à activer les buts fixés et spécifiques, planifier le « quoi », le « où » et le « quand » à l'avance et influencer le comportement de manière consciente (Custers et Aarts, 2010), ce qui implique le développement et l'adoption de stratégies. Ces dernières viennent réduire la vulnérabilité

de l'individu se trouvant dans des situations qui impliquent des décisions complexes, des tentations et des émotions, et fournissent ainsi des solutions grâce à l'identification du « comment » (Bandura, 1977; 2004; Bandura et Adams, 1977; Schwarzer, 2008). L'intention comportementale est facilitée grâce à l'usage de stratégies planifiées et concrètes (Schwarzer, 2008) lesquelles augmentent l'auto-efficacité perçue quant au comportement souhaité; les stratégies développées et adoptées ont un effet direct sur l'auto-efficacité perçue et un effet indirect sur la performance du comportement (Seijts et Latham, 2001). La phase d'élaboration représente quant à elle la démarche pour arriver au comportement souhaité (c.-à-d. avoir une alimentation de qualité). Acheter des aliments sains, les cuisiner et les consommer au quotidien facilite l'atteinte du but fixé comme manger des légumes aux repas du soir. Elle favorise donc l'intention et accroît les opportunités d'agir (Prestwich et coll. 2015). Au final, le passage au travers des différentes phases permet d'automatiser le comportement souhaité à long terme (Webb et Sheeran, 2008; Bayer et coll. 2009). Enfin, la mise en œuvre d'une intention semble autant efficace dans la promotion de saines habitudes alimentaires (Adriaanse et coll. 2011) que dans la prévention de pratiques malsaines (Bukowska-Durawa, Haynes et Luszczunski, 2010; Karimi-Shahanjarini et coll. 2013). Elle exige cependant un plus grand niveau d'autorégulation en ce qui a trait à la réduction de la consommation d'aliments malsains (Karimi-Shahanjarini et coll. 2013), puisque les habitudes alimentaires malsaines sont souvent bien ancrées (Wieber, Odenhal et Gollwitzer, 2010).

En somme, pareillement à l'attitude, l'intention soulève la limite de l'incongruence possible entre l'intention et le comportement (Conner et Norman, 2015). Dans cette même veine, des auteurs (Koestner et coll. 2002; Brandstätter, Lengfelder et Gollwitzer, 2001; Gibbons et coll. 2015; Michie et Abraham, 2004; Webb et Sheeran, 2003) exposent d'autres limites associées au lien intention-comportement. Les obstacles rencontrés, la qualité du plan d'action, le niveau de difficulté du but à atteindre et les expériences individuelles pourraient modérer le lien, affectant l'efficacité à prédire un comportement alimentaire sain. Son autorégulation est particulièrement difficile à mobiliser et peut être perturbée par des sensations impulsives (Kahneman et Frederick, 2002; Strack et Deutsch, 2004).

2.3 Conclusion de la seconde section

En somme, cette seconde section de revue de littérature met en perspective les différents déterminants de la saine alimentation, à partir des modèles prédictifs des comportements sains et du processus de formation menant à ces derniers. Les variables qui ressortent sont les plus à même d'apporter un regard théorique dans l'identification de variables qui mènent au développement et à l'adoption de stratégies alimentaires santé.

Au travers de l'ensemble des déterminants évoqués, plusieurs variables sont communes aux modèles et au processus allant d'intrants informationnels cognitifs (la perception de bénéfices sur la santé globale, l'état de santé perçu, les représentations mentales envers la saine alimentation, les normes subjectives, les connaissances nutritionnelles déclaratives et procédurales), d'intrant affectif (attitude explicite) et d'intrant conatif (l'intention incluant la fixation d'objectifs et le développement de stratégies). Des variables liées aux compétences individuelles s'ajoutent comme l'auto-efficacité perçue, les habiletés et la capacité de faire face aux obstacles environnementaux.

De plus, les modèles et le processus soulignent la complexité associée au lien entre l'intention et le comportement, et précisent entre autres la nécessité de développer et d'adopter des stratégies pour atteindre et maintenir la saine alimentation. À notre connaissance, les études qui indiquent ce besoin ont été de nature expérimentale et évoquent les stratégies de manière générale, où en aucun cas, elles n'ont fait référence aux stratégies alimentaires santé ou aux stratégies d'adaptation des choix alimentaires. Puisque les stratégies font partie de la phase d'activation de l'intention facilitant le passage de l'intention au comportement (Bandura, 1977; 2004; Bandura et Adams, 1977; Schwarzer, 2008; Prestwich et coll. 2015), nous croyons que l'usage des stratégies alimentaires santé pourrait augmenter l'efficacité relationnelle intention-comportement; elles répondent au besoin d'élaborer le « comment » manger sainement.

Enfin, toujours pour répondre à notre problématique de recherche portant sur les stratégies alimentaires santé développées et adoptées par la génération des milléniaux visant à favoriser de saines habitudes alimentaires, ainsi qu'à nos sous-questions (p. 7), la troisième partie de la présente revue de littérature fait d'abord état du concept de génération et dresse par la suite le portrait de la génération des milléniaux en lien avec leur consommation alimentaire.

3. Concept de génération

Le concept de génération ou de cohortes générationnelles est étudié dans divers champs disciplinaires comme la sociologie et la démographie, pour l'éclairage apporté en lien avec leurs caractéristiques distinctes. En commercialisation, le concept est employé à des fins de segmentation et de ciblage, et est défini d'abord au travers de l'âge (Lorey et Albour, 2015). Selon Recours et Hébel (2007), une génération représente des individus, nés dans une période déterminée et échelonnée sur approximativement 15 à 20 ans, qui partagent des valeurs et des traits communs. D'après Bourcier-Béquaert et De Barnier (2010; 122), l'âge comporte trois dimensions « porteuses chacune d'un effet du temps : l'année de naissance (l'effet de cohorte), l'année de mesure (l'effet de période), et le nombre d'années (l'effet d'âge) » (Recours et Hébel, 2007). L'âge représente une donnée biologique qui symbolise l'expression du vieillissement quantifié par le nombre d'années, et aussi un construit social, au travers « des effets du temps social » (Bourcier-Béquaert et De Barnier, 2010; 122).

Pour plusieurs chercheurs (Beldona, Nusair et Demicco, 2009; Eastman, Iyer et Thomas, 2013; Jaworski et Sauer, 1985; Lorey et Albouy, 2015; Young et Hinesly, 2012), les « effets du temps social » sont représentés par le contexte et ses leaders, ses grandes tendances, ses développements, et ses événements historiques, culturels, sociaux, économiques et politiques. Le contexte imprègne un groupe d'individus de la même classe d'âge tout au long de leur vie (Noble et Schewe, 2003; Pouget, 2010). Ce fond commun que forment ces événements (Pouget, 2010) représente des marqueurs historiques comme les guerres, les crises économiques, les révolutions technologiques et des médias

d'information (p. ex. ordinateur, téléphonie cellulaire, web, réseaux sociaux, etc.), et les virages en distribution (p. ex. arrivée des hypermarchés, livraison à domicile, épicerie en ligne, etc.) (Eastman, Iyer et Thomas, 2013; Lorey et Albouy, 2015; Recours, Hébel et Berger, 2008; Strauss et Howe, 1998 ; Prél, 2000). Ils viennent caractériser la personnalité collective d'une même cohorte, sa vision du monde (Lorey et Albouy, 2015; Young et Hinesly, 2012), ainsi que ses valeurs et normes (Chauvel, 1998), faisant des cohortes des repères sociaux auxquels les individus s'associent et à partir desquels ils se définissent (Attias-Donfut, 1988; Bourcier-Béquaert et de Barnier, 2010; Lorey et Albouy, 2015; Moore & Carpenter, 2008; Williams et Page, 2011). Dans cette perspective, une génération représente un groupe intermédiaire entre la famille et la société, en plus d'un temps intermédiaire entre l'histoire et le destin individuel (Chauvel, 1988). D'après Gurău (2012) et Howe et Strauss (2000), les changements dans l'environnement micro et macro social influencent durablement le profil des individus nés dans une même période, ainsi que leurs attitudes, leurs valeurs et leurs comportements de consommation. Les valeurs uniques à une cohorte, partagées et persistantes au cours de la vie et de ses cycles, peuvent cependant être influencées par des expériences culturelles pendant l'enfance (Jackson, Stoel, & Brantley, 2011). Or, l'identité des différentes cohortes est davantage façonnée au début de l'âge adulte et lors des premières expériences professionnelles (Lorey et Albouy, 2015). Selon Lorey et Albouy (2015; 98), « cette période est fondamentale, car elle implique que le comportement futur des individus sera globalement le même tout au long de leur existence, au-delà des inflexions du cycle de vie ». L'impact du cycle demeure toutefois limité comparativement à celui de la cohorte générationnelle, où cette dernière donne lieu à des répercussions significatives au sein de la société plusieurs années après sa création (Lorey et Albouy, 2015).

3.1 Les différences observées entre les cohortes générationnelles

Dans la population, plusieurs cohortes générationnelles coexistent. Des chercheurs (Labrecque, 2012; Ollivier et Tanguy, 2010; Pouget, 2010; Twenge, Campbell et Freeman, 2012; Williams et Page, 2011 ; Winograd et Hais, 2011) se sont intéressés à ces dernières. Ils distinguent quatre grandes générations de par leur contexte et les caractéristiques qui en découlent :

- La génération silencieuse (1925-1945) est née entre la Grande Dépression et la Seconde Guerre mondiale et a vécu une déflation, une explosion du chômage et une réforme des marchés financiers (Williams et Page, 2011). Cette génération est réputée pour travailler dur et ne pas être matérialiste et revendicatrice (Nielsen, 2015). Leurs valeurs sont centrées sur l'engagement, le respect de la hiérarchie, la fidélité envers les individus, les institutions et les employeurs, l'altruisme, la tradition familiale et la transmission du savoir entre individus (L'observatoire des seniors, 2017). La génération silencieuse est préoccupée par l'âgisme, la santé globale et la sécurité personnelle et financière (Williams et Page, 2011). Elle accorde de l'importance à la morale et à la rationalité dans ses choix, et est particulièrement sensible aux problèmes alimentaires, ayant connu eux-mêmes les pénuries (Pew Research Center, 2010).
- Les baby-boomers (1946-1964) sont nés après la seconde guerre mondiale dans une période de prospérité économique (Amérique du Nord) favorisant une vague de naissance appelée « baby-boom » (Nielsen, 2015; Ollivier et Tanguy, 2010; Twenge, Campbell et Freeman, 2012). Certains auteurs distinguent deux sous-groupes appartenant à cette génération, soit les « early boomers » (1946-1953) et les « Jones » (1954-1964) (Labrecque, 2012; Williams et Page, 2011). Dans l'ensemble, les baby-boomers ont participé à la réorganisation de l'appareil étatique québécois caractérisée notamment par la création de nouveaux programmes dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'établissement d'un système scolaire plus centralisé et la création d'instruments d'intervention en matière économique (Jensen, 2012). Ils sont considérés comme des esprits libres, et valorisent l'optimisme, le collectivisme, l'hédonisme, la compétence, la rentabilité économique, l'expression de soi et l'implication de la femme sur le marché du travail (Twenge, Campbell et Freeman, 2012). Ils tendent également vers la performance, où le succès se mesure par les accomplissements pendant leur carrière (Ollivier et Tanguy, 2010). Enfin, ils visent une retraite active et sont préoccupés par le temps, le pouvoir discrétionnaire, le bien-être, la santé globale et la sécurité alimentaire (Labrecque, 2012; Williams et Page, 2011).

- La génération X (1965-1977), appelée aussi la génération MTV (signifiant la montée des médias dans les années 80-90), a vécu une récession économique importante (Nielsen, 2015; Ollivier et Tanguy, 2010; Williams et Page, 2011), vivant un creux de vague au niveau professionnel, trouvant difficilement des emplois stables et bien rémunérés (Ollivier et Tanguy, 2010; Williams et Page, 2011). Cette génération blâme d'ailleurs les baby-boomers pour les lègues en termes de valeurs et de difficultés économiques, eux qui sont les premiers enfants du divorce et des deux parents à l'emploi (Williams et Page, 2011). En conséquence, ils prônent les valeurs familiales et l'équilibre travail-famille (Jorgensen, 2003; Williams et Page, 2011). La génération X a connu les premiers jeux vidéo et les ordinateurs portables, ainsi que la venue d'Internet, ce qui a contribué à accroître l'autonomie, la communication et l'éducation (Jorgensen, 2003; Williams et Page, 2011). Elle est cependant de nature sceptique et fait difficilement confiance aux entreprises et aux institutions (Trends Active, 2016).
- La génération des milléniaux (1978-1997) représente la deuxième génération la plus nombreuse du 20^e siècle, après les baby-boomers; le pic de natalité correspond à la période durant laquelle les boomers ont commencé à faire des enfants (Ollivier et Tanguy, 2010). Selon certains auteurs, deux microgénération, les « Y » (1978-1987) et les « Z » (1988-1997) se chevauchent au sein des milléniaux (les dates peuvent varier selon les études) (Labrecque, 2012; Williams et Page, 2011). Les « Y » ont connu d'importants changements sociétaux au travers de la technologie mobile, du web et des médias sociaux (p. ex. téléphone intelligent, MSN, clavardage en ligne, Facebook). Considérés comme la première génération « high-tech » (Eastman, Iyer et Thomas, 2012), ils s'informent et s'éduquent quotidiennement grâce à Internet, lient des blogues, discutent sur les médias sociaux et jouent à des jeux vidéo en ligne, de manière plus importante que la génération précédente; la technologie fait partie de leur mode de vie (Jorgensen, 2003; Pouget, 2010). Les « Y » ont aussi connu l'accroissement de l'égalité homme et femme, les familles recomposées, le télétravail et la diversité ethnique et culturelle (Pomarici et Vecchio, 2014; Reeves et Oh, 2008; Valentine et Powers, 2013). En conséquence, elle prône les styles de vie différents, l'équilibre travail-

famille-loisirs et la citoyenneté du monde (Williams et Page, 2011). Ils ont grandi dans la revendication du caractère unique de chaque enfant, ce qui fait d'eux des individus qui valorisent l'individualisme, l'indépendance et l'ouverture envers les expériences nouvelles et personnalisées (Rugimbana, 2007). Les « Y » sont orientés vers l'atteinte de buts précis, et hautement motivés par leur perception de leur propre succès (Williams et Page, 2011). Ils sont enthousiastes et apprécient l'hédonisme et l'innovation, de manière générale (Twenge, Campbell et Freeman, 2012). Quant aux « Z » (1988-1997), ils sont nés dans un contexte de récession économique, de préoccupations environnementales (p. ex. changements climatiques), de terrorisme (p. ex. Attentat du World Trade Center) et de violence en milieu scolaire (Williams et Page, 2011). En conséquence, les « Z » souhaitent changer le monde pour le rendre plus pacifique (Nielsen, 2015; Williams et Page, 2011). Ils sont aussi nés avec la mobilité technologique, les médias sociaux et le texto, faisant de la technologie leur premier moyen d'expression de soi, voire d'extension de soi (Labrecque, 2012; Williams et Page, 2011). En concordance, ils sont concernés par l'image qu'ils véhiculent en ligne auprès de leurs amis virtuels, leur apparence, et l'acceptabilité de leurs pairs, où leur concept de soi en dépend fortement (Howe et Strauss, 2008). Ils prônent l'économie de partage, la collaboration, la co-création, la liberté du choix et le sens donné à ce dernier (Ollivier et Tanguy, 2010; Williams et Page, 2011).

De manière générale, l'ensemble de ces caractéristiques générationnelles est utilisé afin de segmenter et de cibler différents groupes de la population. Cependant, ces caractéristiques sont associées à des limites. D'abord, Moore (2007) souligne que la théorie générationnelle voulant que les individus qui forment une génération possèdent les mêmes croyances, valeurs et attitudes est, comme son nom l'indique, une théorie ne pouvant être mise en pratique. Forsch et coll. (2009) ajoutent à cet effet que les caractéristiques générationnelles sont associées à l'homogénéité, alors que certains individus ne cadrent pas dans cette généralisation. De plus, les générations couvrent des classes d'âge larges, faisant que les individus qui se trouvent au début de la classe ou à la fin peuvent disposer de croyances, de valeurs et d'attitudes différentes à l'intérieur d'une même cohorte. Il n'a d'ailleurs aucun

consensus quant aux périodes et intervalles qui déterminent les bornes de découpage des classes d'âge (Gurău, 2012). Ces bornes peuvent varier d'une culture à une autre, en raison notamment des événements marquants propres à certaines cultures.

Devant ces critiques, Pouget (2010; 35) réplique en indiquant que « l'âge est une donnée d'entrée qui sert pour une analyse macro. Les tendances générationnelles obtenues ne sont que des tendances générales. Elles ne servent pas à expliquer ou à prédire le comportement d'un individu pris isolément, mais constituent une grille d'analyse pour connaître un groupe. Il est donc normal de connaître des individus qui ne correspondent pas du tout aux grandes tendances de leur génération. Ces contre-exemples ne remettent pas en cause l'analyse générationnelle, mais viennent rappeler que la tendance n'est qu'une tendance. Elle n'est pas une mode : le thème est porté par des réalités factuelles indiscutables ». Enfin, l'étude des générations ne prend pas en compte la génération au cours du temps, soit l'effet de la période sur l'identité d'une génération (Lorey et Albouy, 2015). Néanmoins, même si la définition de la génération peut varier, elle converge dans la majorité des cas (Lorey et Albouy, 2015). La segmentation générationnelle demeure un outil d'analyse à long terme des phénomènes que vit une société (Howe et Strauss, 2007; Lorey et Albouy, 2015).

3.2 Les milléniaux et les stratégies alimentaires santé

La génération des milléniaux intéresse de plus en plus les chercheurs en alimentation, nutrition et santé publique, de même que les industriels alimentaires. Cette génération représente un poids démographique important au sein de la population. Des rapports industriels ainsi que diverses études académiques révèlent que les milléniaux composaient près de 30 % de la population aux États-Unis en 2015, et 24 % au Canada, totalisant 8,6 millions de milléniaux canadiens (Sommet sur l'alimentation, 2017; Statistique Canada, 2017). Selon le Sommet sur l'alimentation (2017; 9), elle est la deuxième cohorte la plus importante au Canada, et surpassera celle des baby-boomers d'ici 2038. Ce faisant, le pouvoir de consommation actuel et futur de cette génération est significatif et influent (Millennial Marketing, 2016).

D'après les données de certaines études (Bucic, Harris et Arli, 2012; Casini et coll. 2013), les milléniaux domineront bientôt le marché de la consommation alimentaire, seront les principaux responsables de la croissance des ventes de produits alimentaires pour la vente au détail au Canada au cours de la prochaine décennie et influenceront les générations plus âgées dont celles à venir. Cette génération dépense davantage pour des produits alimentaires que les générations précédentes (Peskest, 2006), se soucie de l'impact de ses choix alimentaires sur l'environnement (Williams et Page, 2011), et se dit responsable des changements de société (Casini et coll. 2013; Taken Smith et Brower, 2012). Elle démontre un haut niveau d'engagement envers l'alimentation, notamment via l'expression de soi et l'obtention de nouvelles expériences culinaires partagées au travers de son espace digital, lequel est influencé par ses pairs (Food Navigator, 2016; The Caterer, 2016). Les milléniaux se présentent telle une génération de « foodies », précurseurs des tendances de la saine alimentation (Food Navigator, 2016).

Les recherches axées sur les jeunes individus et l'alimentation se sont surtout penchées sur la relation entre leurs habitudes et la valeur santé (Fanning, Marsh et Stiegert, 2010; Johansen, Rasmussen et Madsen, 2006), et leur style de vie (Riddell et coll. 2011; Satalic, Baric et Keser, 2007). En regard aux stratégies alimentaires santé et à la génération des milléniaux, aucune analyse n'a été élaborée, à notre connaissance. Selon plusieurs études (Bisogni et coll. 2012; Devine, 2005; Sobal et coll. 2006; Sobal, Bisogni et Jastran, 2014), les stratégies sont non seulement liées aux représentations, aux styles de vie et aux différentes situations de consommation, mais aussi aux différentes étapes du cycle de vie dans lequel se trouve l'individu, soit de l'enfance aux diverses périodes associées à la vie adulte, ce qui implique le facteur âge. Au fur et à mesure que l'individu évolue dans son cycle de vie, les connaissances, les valeurs, les expériences, les attentes et les styles de vie diffèrent, et les ressources sont gérées de manière distincte (Jabs et Devine, 2006; Williams et Page; 2011). Selon Furst et coll. (1996), les représentations et les valeurs alimentaires sont évolutives en fonction des expériences passées et actuelles de l'individu, et des événements contextuels faisant référence à chaque génération.

Bucic, Harris et Arli (2012) soulignent que les milléniaux doivent être mieux compris, en raison de leur importance pressentie dans le marché de la consommation alimentaire santé. De fait, l'étude des stratégies alimentaires santé développées et adoptées par les milléniaux en comparaison avec les générations X et baby-boomers nous apparaît pertinente et incontournable. La cohorte des milléniaux est particulièrement à risque de développer un surpoids, où à partir de l'âge de 20 ans, les taux d'embonpoint et d'obésité augmentent, selon les données de Statistique Canada (2014a). Dans les écrits scientifiques, plusieurs facteurs ont été évoqués afin de répondre à la préoccupation liée au surplus de poids. En dépit du volume et de la vitalité de cette littérature, force est de constater que les campagnes d'informations n'ont pas eu l'impact souhaité (Conner et Norman, 2015). Ce faisant, l'absence de recherche nous motive à examiner les stratégies en relation avec la génération des milléniaux, en comparaison avec les générations X et baby-boomers. Il est à noter que la génération silencieuse est exclue de notre analyse, du fait qu'elle est très peu joignable par la technologie, ce qui nous permettrait difficilement de les interroger ultérieurement par le biais d'un questionnaire en ligne.

Suivant les déterminants identifiés dans la seconde partie de la revue de littérature, ainsi que les caractéristiques générationnelles décelées chez les milléniaux, un modèle conceptuel est réalisé subséquemment et intègre la formulation d'hypothèses finalisant cette première partie de notre recherche.

MODÈLE CONCEPTUEL & HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

4. Variables à l'étude

Pour permettre d'ouvrir de nouvelles perspectives de compréhension des stratégies alimentaires santé développées et adoptées par les milléniaux visant à favoriser de saines habitudes alimentaires, en comparaison avec les générations X et baby-boomers, plusieurs courants de recherche en psychologie sociale de la santé axés sur les modèles prédictifs et le processus de formation des comportements alimentaires sains ont été étudiés et servent à la présente modélisation. La littérature indique qu'il existe un ensemble d'informations cognitives, affectives et conatives pour expliquer ces comportements (Conner et Norman, 2015). Suivant cette perspective, notre modèle inclut différentes variables provenant de ces informations allant de la recherche d'informations sur la saine alimentation, de l'attitude envers la saine alimentation perçue, des stratégies alimentaires santé et du comportement alimentaire sain. Il inclut également des variables modératrices, soit la génération des milléniaux et les situations de consommation. L'étude de ces variables pourrait permettre de mieux comprendre les stratégies alimentaires santé développées et adoptées chez les milléniaux, d'identifier des variables déterminantes dans l'adoption de ces stratégies, ainsi que de vérifier s'il existe des effets modérateurs quant à 1) la génération des milléniaux dans la relation attitude-stratégies et 2) les situations de consommation dans la relation stratégies-comportement de manger sainement. Les différents liens qui unissent l'ensemble de ces variables sont présentés subséquemment et font l'objet d'un modèle conceptuel tel que présenté à la figure 1 (p. 60). Le tableau 3 présente quant à lui la synthèse des hypothèses de recherche (pp. 61-62).

4.1 Variables cognitives et affectives : l'influence de la recherche d'informations et de l'attitude

Dans le contexte de notre étude, on reconnaît que les représentations mentales de la saine alimentation influencent les stratégies alimentaires santé, comme discuté dans la littérature (Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Falk et coll. 2001; Smart et Bisogni, 2001; Sobal et coll. 2006). Les représentations sont impliquées dans la valeur estimée des objectifs de santé, des bénéfices et des attentes perçues reliées à l'engagement dans des stratégies d'action (Baumeister, 2002). En d'autres termes, la manière que l'individu définit la saine alimentation influence les stratégies développées et adoptées (Connors et coll. 2001; Falk et coll. 2001). Les nouvelles informations, portant sur la santé globale et la saine alimentation et issues du contexte alimentaire favorisent également l'organisation ou la réorganisation des stratégies (Connors et coll. 2001; Falk et coll. 2001). Or, le contexte alimentaire actuel offre une multitude d'informations sur l'alimentation divulguées entre autres par les différents acteurs de la santé publique, de l'industrie, des blogues et des médias sociaux. Pour plusieurs chercheurs (Carels, Konrad et Harper, 2007; Dickson-Spillmann et Siegrist, 2011; Falk et coll. 2001; Harrison, Lois et Jackson, 2009; Oakes et Slotterback, 2004; Paquette, 2005; Povey et coll. 1998), les informations portant sur la saine alimentation, ainsi que sur les processus de production et de transformation des produits façonnent la catégorisation des aliments.

Les informations en lien avec l'alimentation sont accessibles via les médias traditionnels et numériques et font partie de la vie quotidienne des individus. Internet et les appareils intelligents sont les principaux vecteurs de changements importants (Centre d'études sur les médias, 2014). On assiste à la diversification des moyens de consommer les contenus des médias traditionnels qui incluent la télévision et la radio (chroniques de professionnels de la santé, émissions culinaires et/ou alimentaires), les magazines, les journaux (articles de presse) et les livres (recettes, et nutrition), mais également à la pénétration de nouveaux types de médias comme les médias sociaux (p. ex. Facebook, Instagram, Pinterest) (Centre d'études sur les médias, 2014). Les médias numériques sont associés à des sources moins

validées que les médias traditionnels, mais demeurent néanmoins fortement utilisés au sein de la population.

D'après Kanchanapibul et coll. (2014), des individus utilisent la technologie mobile pour rechercher des informations avant de faire un achat en épicerie ou avant de consommer un produit alimentaire nouveau. La technologie mobile soutient un style de vie en mouvance et permet de répondre aux interrogations dans l'immédiat (Kanchanapibul et coll. 2014). Selon Canadian Grocer (2016), de nombreux individus utilisent une application pour réduire leur facture d'épicerie, défricher les étiquettes nutritionnelles, ainsi qu'élaborer des stratégies pour améliorer leurs pratiques alimentaires et leurs habiletés culinaires. Certains emploient des applications pour gérer les prises alimentaires et faire des choix plus sains (Eaters Digest, 2016).

De manière générale, l'accessibilité aux différents médias via la technologie fournit des informations à la fois sur la nutrition, la santé et l'alimentation. En pratique, les informations portant sur l'alimentation en général peuvent mener à la consommation d'aliments malsains en raison de l'accès à une multitude d'influences. Elles peuvent s'avérer contradictoires et difficiles à interpréter pour les individus, de sorte qu'un aliment peut être perçu santé par certains et malsains par d'autres. En théorie, les informations sur la nutrition et la santé fournissent des « outils » pouvant favoriser de saines habitudes alimentaires. Ces derniers pourraient conséquemment influencer l'attitude envers la saine alimentation perçue et l'adoption de stratégies alimentaires santé. Des études (Ajzen, 1991; Ajzen et Fishbein, 1977; 1980; 2005; Ajzen et Madden, 1986; Pieniak et coll. 2008; Roininen, Lähteenmäki et Tuorila, 1999; Saba et Vassallo, 2012) montrent à cet effet que la recherche d'informations représente une manifestation d'un intérêt et d'une implication envers le sujet étudié, et conduit généralement à une relation attitude-intention-comportement en adéquation. Roininen, Lähteenmäki et Tuorila (1999) ajoutent que l'intérêt rend compte de l'orientation d'un individu quant à l'importance qu'il accorde à une alimentation équilibrée, à la consommation de produits pauvres en matières grasses, non transformés et sans additifs. (Bandura, 2004; Dutta-Bergman, 2003; Hays et Ross,

1987; Wardle et coll. 2004). L'implication de l'individu demeure à la base de la formation de comportements sains, jugeant que manger sainement est important pour atteindre la santé globale, ce qui peut en partie expliquer la cohérence relationnelle.

Étant une variable prédicatrice située en amont de la relation attitude-intention-comportement, la recherche d'informations sur la saine alimentation fait partie des informations cognitives qui pourraient ainsi faciliter la formation de comportements alimentaires sains, selon Worsley (2002). La facilitation proviendrait de la manière dont les individus recherchent de l'information sur la saine alimentation à l'aide des différents types de médias utilisés. La recherche d'informations sur la saine alimentation est par ailleurs susceptible de constituer un déterminant des stratégies alimentaires santé.

H1a : Les individus avec un haut niveau de recherche d'informations sur la saine alimentation sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé.

H1b : Les individus avec un haut niveau de recherche d'informations sur la saine alimentation sont plus susceptibles d'avoir une attitude positive envers la saine alimentation perçue.

Par ailleurs, face au contexte alimentaire actuel, des individus accordent de l'importance aux modes de production et de transformation divulgués par l'industrie alimentaire comme l'absence de pesticides, d'hormones, d'antibiotiques et de colorants artificiels, ainsi que les notions de naturalité et de fraîcheur (Nielsen, 2015). Labrecque et coll. (en rédaction) montrent à cet effet que divers facteurs caractérisent les différents aspects qui définissent la valeur santé selon les préoccupations actuelles des individus envers la santé globale. Ces derniers définissent la saine alimentation au travers des bénéfices associés aux aliments biologiques, de la recherche de l'équilibre alimentaire, des bénéfices de consommer des aliments enrichis, de la fraîcheur des aliments, des choix santé au restaurant, des risques associés à la surconsommation ou aux « mauvais » choix alimentaires, de l'absence d'organismes génétiquement modifiés, de l'évitement des produits transformés, de la consommation de repas légers et de la satisfaction de manger sainement (la récompense

qui provient du sentiment de bien-être et de prise en charge de soi-même) (Labrecque et coll. en rédaction). L'ensemble de ces facteurs témoigne de l'attitude des individus envers la saine alimentation et de l'éveil de la conscience envers la santé impliquée dans la consommation de produits sains et dans la pratique d'un régime alimentaire santé (Hoek et coll. 2004; Landström et coll. 2007; Michaelidou et Hassan, 2008); l'attitude (envers la saine alimentation) prend en compte les différentes perspectives de la réalité d'aujourd'hui, dont les représentations mentales actuelles de la saine alimentation, jumelant des informations à la fois cognitives et affectives (Labrecque et coll. en rédaction). Selon Moorman et Matulich (1993), l'association entre la saine alimentation et la santé globale peut prédisposer un individu à développer une attitude positive envers la saine alimentation, puisqu'initialement ses représentations le sont. En d'autres termes, de manière générale, les informations cognitives peuvent influencer positivement l'attitude, pour ensuite favoriser le développement et l'adoption de stratégies d'action santé (Dutta-Bergman, 2003; Kraft et Goodell, 1993) comme les stratégies alimentaires santé. Des études (Conner et Armitage, 2006; Fishbein et Ajzen, 1975) confirment que l'attitude en général peut prédire une intention et conduire au comportement (Conner et Armitage, 1998; Fishbein et Ajzen, 1975; Glasman et Albarracín, 2006; Hearty et coll. 2007; Wigfield, Tonks et Klauda, 2009). Telle qu'abordée par Labrecque et coll. (en rédaction), l'attitude envers la saine alimentation perçue pourrait jouer un rôle important dans l'adoption de ces stratégies étant susceptible de constituer un déterminant important.

H2 : Les individus avec un haut niveau d'attitude envers la saine alimentation perçue sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé.

4.2. Variables conatives : stratégies et comportement de manger sainement

L'intention représente un important prédicteur du comportement (Conner et Sparks, 2015) qui implique directement le développement et l'adoption de stratégies de par leur rôle central dans la phase d'activation de l'intention (Prestwich et coll. 2015). En particulier,

cette phase renvoie aux actions entreprises par un individu pour faire face aux différentes situations qu'il peut rencontrer et fait appel à une précision temporelle pour exécuter le comportement souhaité (p. ex. manger des légumes aux repas du soir) (Prestwich et coll. 2015). Cette phase sert à activer les buts fixés et spécifiques, planifier le « quoi », le « où » et le « quand » à l'avance et influencer le comportement de manière consciente (Custers et Aarts, 2010), ce qui suppose le développement et l'adoption de stratégies. Ces dernières permettent de « stabiliser » les comportements (Prestwich et coll. 2015) et réduire la vulnérabilité de l'individu se trouvant dans des situations qui impliquent des décisions complexes, des tentations et des émotions, et fournissent ainsi des solutions grâce à l'identification du « comment » (Bandura, 2004; Schwarzer, 2008). Suivant les modèles prédictifs, en particulier les théories de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1977; 1980; 2005) et du comportement planifié (Ajzen, 1991; Ajzen et Madden, 1986), ainsi que le processus de formation des comportements alimentaires sains, notre modèle montre donc une relation causale entre les informations cognitives, affectives et conatives. De sorte que le développement et l'adoption de stratégies alimentaires (intention) pourraient favoriser le comportement de manger sainement. Les stratégies étudiées sont abordées subséquemment dans le cadre méthodologique de la recherche.

H3 : Les individus qui adoptent des stratégies alimentaires santé sont plus susceptibles de manger sainement.

4.3 Variables modératrices

4.3.1. Générations

Au travers des médias sociaux, les individus recherchent des informations variées sur l'alimentation. En général, ils utilisent les médias numériques pour relayer des informations diverses sur la santé, la nutrition et l'alimentation pouvant parvenir de chroniques télévisuelles et radiophoniques, de documentaires, ou encore d'articles en ligne. Le relayage d'informations permet également de partager les tendances liées à la saine alimentation comme les plats pré-cuisinés et portionnés (« meal prep »), les bols « poké » (poke bowls) ou encore les boîtes repas santé prêts à cuisiner. Leur partage fournit des

connaissances pratiques en termes de « comment » manger sainement, alors que les tendances peuvent être associées à des stratégies alimentaires santé. Internet expose ainsi les individus du monde aux mêmes tendances alimentaires lesquelles sont souvent partagées par des influenceurs web (p. ex. blogueurs, You tubeurs, vedettes). Ces tendances affectent particulièrement les milléniaux : 66 % des milléniaux utilisent la technologie pour obtenir des informations via les médias sociaux, contre 53 % de la génération X et 40 % des baby-boomers, selon les données de KPMG (2016) et d'Index for digital life (2014). Les milléniaux affirment également planifier les repas à l'avance en utilisant la technologie instantanée pour obtenir des recettes et des applications santé (Canadian Grocer, 2016).

Puisque l'usage de la technologie semble plus important chez les milléniaux en comparaison avec les générations plus âgées (Williams et Page, 2011), les milléniaux pourraient être plus susceptibles de rechercher de l'information sur la saine alimentation dans les médias numériques, contrairement aux générations X et baby-boomers qui semblent quant à elles plus centrées sur la consommation de médias traditionnels.

H4a : Les milléniaux utilisent davantage les médias numériques que les générations X et baby-boomers pour rechercher des informations sur la saine alimentation.

Par ailleurs, selon plusieurs chercheurs (Givens, 2010; Lundkvist et coll. 2010; Lusk, 2011; Lusk et Briggeman, 2009; Roininen, Lähteenmäki et Tuorila, 1999; Roininen et coll. 2001; Steptoe, Pollard et Wardle, 1995; Verbeke, 2008), la santé représente une valeur centrale à laquelle les individus disent vouloir adhérer et maintenir. Des rapports (Nielsen, 2015; Nunes, 2015; Packaged Facts, 2016) de l'industrie alimentaire viennent corroborer cette volonté, puisque de plus en plus d'individus modifient leurs choix alimentaires pour inclure davantage d'aliments sains, ce qui témoigne de l'intérêt de développer et d'adopter des stratégies alimentaires santé pour l'ensemble des générations.

Or, les stratégies peuvent être déployées différemment pour la génération des milléniaux. Elle « redéfinit le modèle alimentaire de consommation et les tendances » (Sommet sur l'alimentation, 2017; 9) lesquelles peuvent être associées aux préoccupations de santé actuelles; les stratégies alimentaires santé sont d'ailleurs accentuées par les préoccupations (Sobal et coll. 2006). Les milléniaux se présentent telle une génération de « foodies » (Food Navigator, 2016) sensible à la technologie, au prix des aliments, à la praticité des aliments de par leur style de vie, et à l'environnement (Gustin et Ha, 2014; Nielsen, 2015), où la saine alimentation est une préoccupation prenant une place prépondérante dans le climat social de cette génération (Nielsen, 2015). De sorte que le grand intérêt porté envers la santé, l'alimentation et la nutrition, et l'implication qui s'y rattache peut certes amener les milléniaux à rechercher davantage d'informations sur la saine alimentation. Par conséquent, les milléniaux pourraient disposer d'une attitude plus significative envers la saine alimentation que les générations X et baby-boomers.

H4b : Les milléniaux recherchent davantage d'informations sur la saine alimentation que les générations X et baby-boomers.

H4c : Les milléniaux ont un niveau d'attitude envers la saine alimentation perçue plus élevé que les générations X et baby-boomers.

Bien que l'ensemble des générations accorde de l'importance aux attributs perçus santé (Canadian Grocer, 2016; Eaters Digest, 2016; KPMG, 2016; Nielsen, 2015), la cohorte générationnelle des milléniaux semble percevoir la valeur santé différemment des générations plus âgées et dispose de comportements distinctifs (Canadian Grocer, 2016; Eaters Digest, 2016; KPMG; 2016; Nielsen, 2015). Les Y et les Z disent consommer davantage de produits « préportionnés » pour réduire la prise alimentaire calorique, d'aliments riches en protéines et faibles en sucre (p. ex. yogourt grec nature), d'aliments peu transformés et frais, et d'aliments issus de l'alimentation durable (produits biologiques, locaux, équitables, respectueux de l'environnement et des animaux) (Canadian Grocer, 2016; Eaters Digest, 2016; KPMG, 2016; Nielsen, 2015). Ils ajoutent également de « supers » ingrédients (p. ex. graines, noix, chlorophylle, spiruline, aloès) à leur alimentation (p. ex. smoothie, yogourt, salade) pour accroître la valeur santé de leur repas

ou collation (Canadian Grocer, 2016). Selon les données de Nielsen (2015), davantage de milléniaux se disent prêts à payer un premium pour des ingrédients qu'ils qualifient de santé en comparaison avec les générations X et baby-boomers.

Dans sa routine quotidienne, la génération des milléniaux a tendance à consommer de cinq à six mini repas par jour au lieu des trois repas traditionnels (Canadian Grocer, 2016). Les smoothies et les collations santé sont souvent (36 %) consommés comme un repas de remplacement ou un accompagnement, puisque les milléniaux semblent associer la prise de petites portions à un comportement sain (Canadian Grocer, 2016). L'adoption de cette routine reflète particulièrement leurs valeurs et leurs idéaux en matière de saine alimentation, selon Jastran et coll. (2009). Ils considèrent également que leur alimentation est équilibrée et saine au quotidien. Ils associent un apport en alternance de protéines végétales et animales, et le fait de cuisiner leurs repas à des pratiques santé (The Caterer, 2016); 52 % des milléniaux de 30-40 ans disent cuisiner la majorité de leurs repas, contre 45 % chez les X, et 34 % chez les baby-boomers (Eaters Digest, 2016). Les milléniaux se tournent aussi vers les plats pré-cuisinés et portionnés (« meal prep »), lesquels peuvent être faits maison ou achetés en ligne ou en épicerie, ou encore les boîtes repas prêts à cuisiner. Ces derniers semblent de plus en plus intégrés à leur routine : ils viennent en réponse à leur besoin de collaborer au produit fini, de co-créeer un plat gourmet, de personnaliser l'offre alimentaire (Kanchanapibul et coll. 2014), de manger varié, ainsi que de découvrir de nouveaux aliments et ingrédients. L'intégration de la découverte dans la routine montre leur besoin de nouveauté, d'essayer de nouvelles expériences culinaires et de laisser place à l'hédonisme (Food Navigator, 2016; Rugimbana, 2007; The Caterer, 2016; Twenge, Campbell et Freeman, 2012), ce qui représente des caractéristiques déterminantes de cette cohorte générationnelle.

Pour Dietrich, Fischer et Walcher (2017), le régime alimentaire adopté par les milléniaux semble également différent des générations X et baby-boomers; les Y et les Z disent davantage adhérer au végétarisme. Parmi les différents types de végétarisme, deux pratiques alimentaires semblent spécialement adoptées chez les milléniaux, soit le

flexitarisme (régime alimentaire qui fait la part belle aux végétaux, légumineuses et céréales, au détriment de la viande, mais sans l'exclure totalement), et le semi-végétarisme (régime alimentaire s'apparentant au régime méditerranéen qui exclut la viande rouge, mais permet la consommation de poissons, de fruits de mer et de volaille) (Dietrich, Fischer et Walcher, 2017). En effet, d'après un récent sondage, 34 % des milléniaux optent particulièrement pour le flexitarisme (Just Eat-Yougov, 2018). L'adoption de ce régime diminue la consommation de viande dans un objectif de santé, mais aussi d'environnement, puisque la production de viande est spécialement associée à une empreinte écologique forte (Shields, 2015). Les milléniaux estiment pouvoir faire une différence dans le monde grâce à des choix alimentaires qu'ils qualifient d'éthiques et à leurs contributions personnelles et sociales envers la communauté, de manière générale (Boyd, 2010); les régimes végétariens mobilisent des ressources végétales au lieu des ressources animales (Charlebois, 2018). Plusieurs chercheurs (Taken Smith et Brower, 2012; Thøgersen, 2017; Vermeir, Wim et Verbeke, 2008) parlent ainsi d'une transition importante des pratiques alimentaires au sein de la cohorte.

Le régime alimentaire des milléniaux, qui semble diverger de celui des générations X et baby-boomers, nécessite donc de substituer les protéines animales par les protéines végétales pour être en cohérence avec les fondements de ce régime. De même, l'importance prépondérante qu'ils accordent à la santé pourrait favoriser la substitution de produits par d'autres qui sont plus acceptables d'un point de vue santé (p. ex. remplacer la mayonnaise par du yogourt grec protéiné, substituer les pâtes alimentaires blanches par des pâtes à base de farine complète). Cette stratégie permet d'éviter les conflits entre les valeurs (besoin de réduire la dissonance cognitive), dont celles associées aux relations interpersonnelles et au goût, et de satisfaire la valeur priorisée qui est la santé (Sobal et coll. 2006).

Les pratiques associées au végétarisme, en particulier le flexitarisme, tendent également à réduire la consommation de protéines animales, et ainsi valoriser leur limitation au lieu de leur élimination complète. Les milléniaux disent modérer la consommation de certains aliments qu'ils considèrent comme étant néfastes pour leur santé ou pour l'environnement, sans pour autant les éliminer complètement, ce qui est le cas de la viande et des produits

ultras transformés (Food Navigator, 2016). Dumont (2017) indique cependant que les milléniaux consomment plus de viande au restaurant qu'au domicile; ils optent pour de la viande de « qualité » à laquelle ils associent l'absence d'antibiotiques et d'hormones. Les milléniaux semblent se permettre décadence culinaire et nouvelles expériences alimentaires selon les situations de consommation qu'ils rencontrent à des fins d'équilibre (Canadian Grocer, 2016; Eaters Digest, 2016; KPMG, 2016). À cet effet, des chercheurs (Bouwman et coll. 2009; Lundkvist et coll. 2010) indiquent que l'individu ajuste ses choix de manière quotidienne ou hebdomadaire, afin de « compenser » pour certains choix; la limitation oblige l'individu à gérer l'équilibre entre ce qu'il qualifie d'acceptable ou non, surtout entre les valeurs santé et goût, contrairement à l'élimination de certains aliments.

Suivant l'ensemble des pratiques alimentaires axées sur la valeur santé des milléniaux, ces derniers pourraient certes combiner davantage de stratégies, et pourraient être également plus susceptibles d'atteindre une alimentation de qualité que les générations plus âgées. Les générations peuvent par ailleurs agir à titre de variable modératrice dans la relation entre l'attitude envers la saine alimentation perçue et les stratégies alimentaires santé, de manière générale, considérant l'ensemble des particularités des cohortes générationnelles.

H4d : Les milléniaux combinent davantage les stratégies alimentaires santé que les générations X et baby-boomers.

H4e : Les milléniaux sont plus susceptibles de manger sainement que les générations X et baby-boomers.

H4f : Les générations modèrent la relation entre l'attitude envers la saine alimentation perçue et les stratégies alimentaires santé.

4.3.2. Situations de consommation

Les points de référence situationnels comme le facteur temps (jour, semaine, mois), les repas de la journée (déjeuner, dîner, souper), les occasions (p. ex. anniversaire, fête), les lieux de consommation (p. ex. restaurant, travail, maison), et les relations interpersonnelles (p. ex. seul, couple, amis, famille) affectent les stratégies alimentaires santé (Blake et coll.

2007; 2008; Bouwman et coll. 2009; Connors et coll. 2001). D'après plusieurs chercheurs (Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Falk et coll. 2001; Jastran et coll. 2009), les stratégies sont flexibles et combinables selon les situations rencontrées, particulièrement les situations spécifiques et non répétitives. D'après une étude qualitative de Falk et coll. (1996), les individus semblent détenir une stratégie dominante au quotidien et se référer à leur répertoire de stratégies pour des situations spécifiques (selon les sept stratégies alimentaires santé identifiées par Sobal et coll. 2006, tel qu'abordées précédemment à la page 12).

Dans les situations les plus fréquentes, soit les repas pris à la maison, hors foyer, en semaine et la fin de semaine, les valeurs peuvent être négociées pour réduire les situations de conflits, ce qui affecte les stratégies déployées (Blake et coll. 2007; Connors et coll. 2001; Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Furst et coll. 1996; Sobal et coll. 2006; 11). Selon Sobal et coll. (2006), certains individus mangent sainement en semaine et se permettent des excès la fin de semaine (Sobal et coll. 2006). Leur stratégie est de manger sainement de manière générale tout en gardant une certaine latitude pour faire face à différentes situations qui se produisent la fin de semaine. Suivant cette perspective, le facteur temps « équilibre » leur alimentation, où l'adoption de stratégies alimentaires santé pourrait être favorisée en semaine. D'autres individus consomment des aliments allant à l'encontre de la valeur santé lorsqu'ils se retrouvent au restaurant (Sobal et coll. 2006). Ils « négocient » la valeur santé pour tenir compte des relations interpersonnelles et des lieux de consommation (p. ex. restaurant) souvent propices à la découverte. L'adoption de stratégies alimentaires santé pourrait alors être favorisée à la maison. Ces situations les plus fréquentes pourraient modérer la relation entre les stratégies alimentaires santé et le comportement de manger sainement.

H5a : Les individus sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé la semaine que le weekend.

H5b : Les individus sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé au foyer que hors foyer.

H5c : Les situations de consommation modèrent la relation entre les stratégies alimentaires santé et le comportement de manger sainement.

Enfin, notre modèle présenté à la figure 1, reconnaît la capacité des individus à s'engager dans un processus rationnel de décision et d'autorégulation, en cohérence avec le postulat des modèles prédictifs des comportements alimentaires sains (Conner et Sparks, 2015). Le système alimentaire personnel soutien « l'organisation des options, la réalisation de compromis et le respect des règles alimentaires personnelles » (Sobal et coll. 2006; 7; Sobal et Bisogni, 2009) permettant la construction et la négociation de manière consciente des valeurs qui interviennent dans l'élaboration des stratégies alimentaires santé.

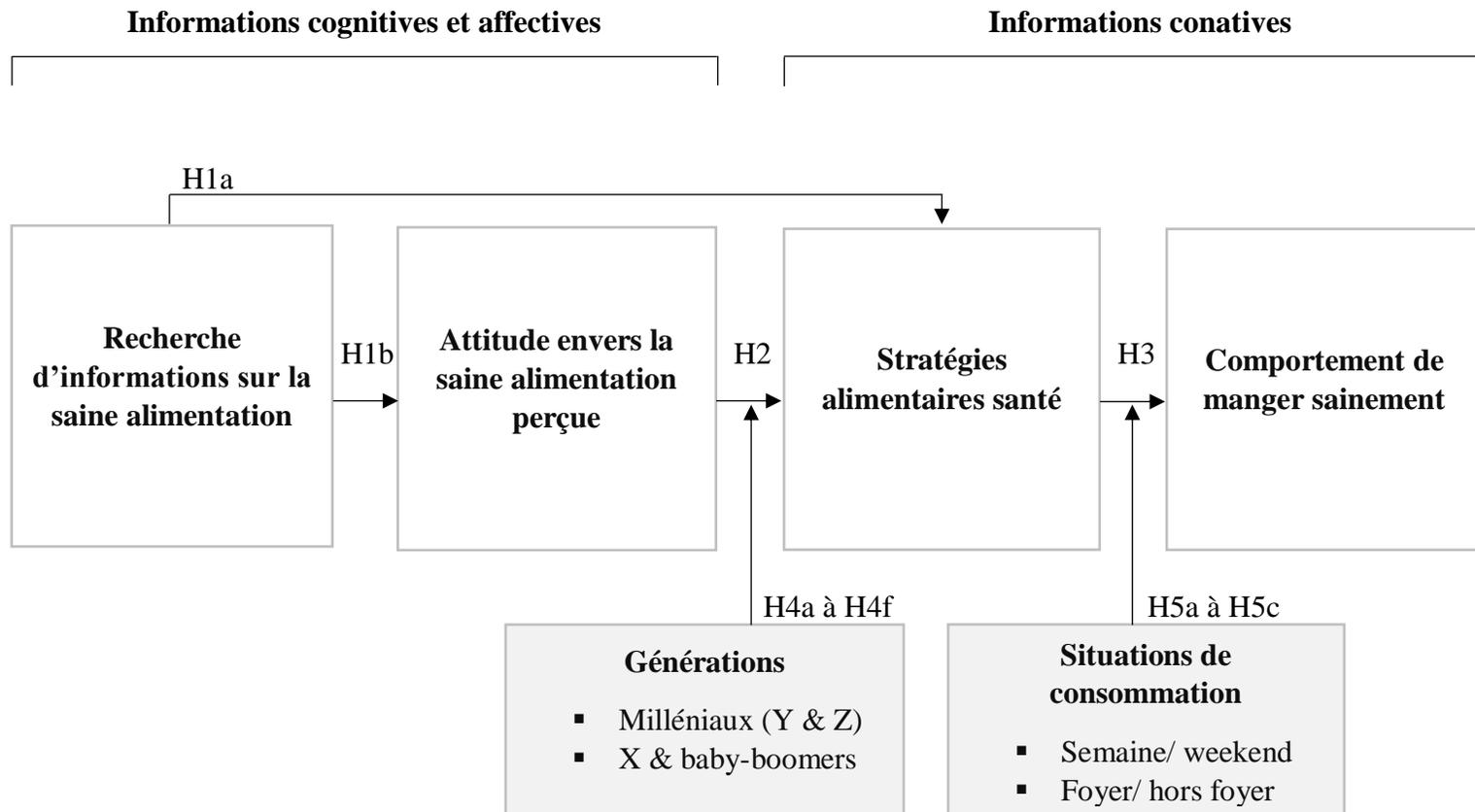


Figure 1 : Modèle conceptuel.

| Hypothèses de recherche | | |
|--|-----|---|
| Recherche d'informations sur la saine alimentation | H1a | Les individus avec un haut niveau de recherche d'informations sur la saine alimentation sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé. |
| | H1b | Les individus avec un haut niveau de recherche d'informations sur la saine alimentation sont plus susceptibles d'avoir une attitude positive envers la saine alimentation perçue. |
| Attitude envers la saine alimentation perçue | | |
| Attitude envers la saine alimentation perçue | H2 | Les individus avec un haut niveau d'attitude envers la saine alimentation perçue sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé. |
| Stratégies alimentaires santé Et Comportement de manger sainement | | |
| Stratégies alimentaires santé Et Comportement de manger sainement | H3 | Les individus qui adoptent des stratégies alimentaires santé sont plus susceptibles de manger sainement. |
| Génération | | |
| Génération | H4a | Les milléniaux utilisent davantage les médias numériques que les générations X et baby-boomers pour rechercher des informations sur la saine alimentation. |
| | H4b | Les milléniaux recherchent davantage d'informations sur la saine alimentation que les générations X et baby-boomers. |
| | H4c | Les milléniaux ont un niveau d'attitude envers la saine alimentation perçue plus élevé que les générations X et baby-boomers. |
| | H4d | Les milléniaux combinent davantage les stratégies alimentaires santé que les générations X et baby-boomers. |
| | H4e | Les milléniaux sont plus susceptibles de manger sainement que les générations X et baby-boomers. |
| | H4f | Le concept de génération modère la relation entre l'attitude envers la saine alimentation perçue et les stratégies alimentaires santé. |

| Hypothèses de recherche (suite) | | |
|--|-----|---|
| Situations de consommation | H5a | Les individus sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé la semaine que le weekend. |
| | H5b | Les individus sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé au foyer que hors foyer. |
| | H5c | Les situations de consommation modèrent la relation entre les stratégies alimentaires santé et le comportement de manger sainement. |

Tableau 3 : Synthèse des hypothèses de recherche.

Seconde partie

CHAPITRE 2 :
CADRE MÉTHODOLOGIQUE
DE LA RECHERCHE

Méthodologie et résultats

Échelles de mesure

Modèle final

MÉTHODOLOGIE

Un ensemble de perspectives a été défini afin d'identifier 1) les stratégies auxquelles adhèrent la génération des milléniaux en comparaison avec les générations X et baby-boomers, 2) des déterminants qui favorisent le développement et l'adoption de stratégies alimentaires santé, ainsi que 3) l'impact modérateur de la génération des milléniaux dans la relation attitude-stratégies, et des situations de consommation dans la relation stratégies-qualité de l'alimentation (comportement de manger sainement). Pour ce faire, notre thèse sollicite une méthodologie mixte impliquant un volet qualitatif et différents volets quantitatifs, ce qui suppose un positionnement épistémologique qui prend en compte l'ensemble de ces volets.

Selon Allard-Poesi et Perret (2014; 14), le positionnement sert à comprendre la base des concepts, des postulats et des croyances qui orientent la démarche méthodologique, alors que l'épistémologie s'interroge sur « ce qu'est la science en discutant de la nature, de la méthode et de la valeur de la connaissance. Tout travail de recherche repose sur une certaine vision du monde, utilise une méthode, propose des résultats visant à prédire, prescrire, comprendre, construire ou expliquer ». En d'autres termes, il s'agit d'identifier son positionnement par rapport aux paradigmes majeurs pouvant englober sa vision du monde.

En science, deux grands paradigmes peuvent s'opposer ou se compléter, soit 1) la phénoménologie, incluant l'interprétativisme et le constructivisme, et 2) le positivisme. La phénoménologie oriente le chercheur « vers la construction sociale d'une réalité inexistante. L'objectif est donc, de construire une réalité ou une connaissance qui se comprend comme étant la représentation de l'expérience cognitive des individus »; il s'agit de la description qualitative d'un phénomène par l'individu qui le vit ou l'a vécu (Bouchra,

2013; 2). Dans l'interprétativisme, le chercheur tente de comprendre la manière dont les individus construisent le sens qu'ils donnent à leur réalité sociale, tandis que le constructivisme implique que le chercheur participe avec les individus à la construction de la réalité sociale, autrement dit « le réel est construit par l'acte de connaître plutôt que donné par la perception objective du monde » (Le Moigne, 2012; 71-72). Dans le positivisme, le chercheur tend plutôt à résoudre les manquements ou incohérences théoriques de manière quantitative (Allard-Poesi et Perret, 2014), dépassant le jugement individuel, menant ainsi à des résultats précis et généralisables (Miles et Huberman, 1994). Il travaille à fournir des explications pour reconstituer la relation cause-effet à travers la validation empirique de faits observables afin d'obtenir comme résultats la confirmation ou l'infirmité des hypothèses établies (Bouchra, 2013).

Suivant la problématique et les sous-questions de sa recherche, le chercheur souscrit à un ou plusieurs des paradigmes ontologiques. Dans notre étude, la problématique et les sous-questions (p. 6-7) nous obligent à combiner le paradigme interprétativiste et positiviste. Ainsi, notre stratégie d'investigation se dessine en deux grands volets, soit 1) identifier les facteurs et les énoncés définissant les stratégies alimentaires santé, et la recherche d'informations sur la saine alimentation dans le cadre du développement d'échelles de mesure, et 2) tester la problématique et les sous-questions de recherche (Kerlinger et Lee, 2000). Le premier volet combine à la fois une méthode qualitative interprétativiste et une méthode quantitative positiviste, alors que le second volet fait uniquement référence à une méthode quantitative positiviste. Les questions techniques et opérationnelles qui sous-tendent ces choix méthodologiques sont abordées successivement.

1. Volet premier : Développement des échelles de mesure

Les échelles de mesure des stratégies alimentaires santé et de la recherche d'informations sur la saine alimentation ont été développées, en raison de l'absence de celles-ci dans la littérature. Dans le cas particulier des stratégies, la littérature en relatait quelques-unes, les présentait de manière globale et excluait les stratégies d'adaptation des choix alimentaires à implication positive sur la santé, ce qui ne nous permet pas d'avoir une mesure propre

aux stratégies alimentaires santé. Le développement des échelles est par ailleurs nécessaire pour répondre aux hypothèses données préalablement.

Suivant les recommandations de De Vellis (2016) et de Streiner, Norman et Cairney's (2008), les échelles s'appuient sur le développement d'un processus rigoureux divisé en quatre grandes étapes tel que présenté dans la figure 2 et décrites dans les sous-sections suivantes. Les deux échelles ont par ailleurs été testées conjointement au travers des mêmes enquêtes.

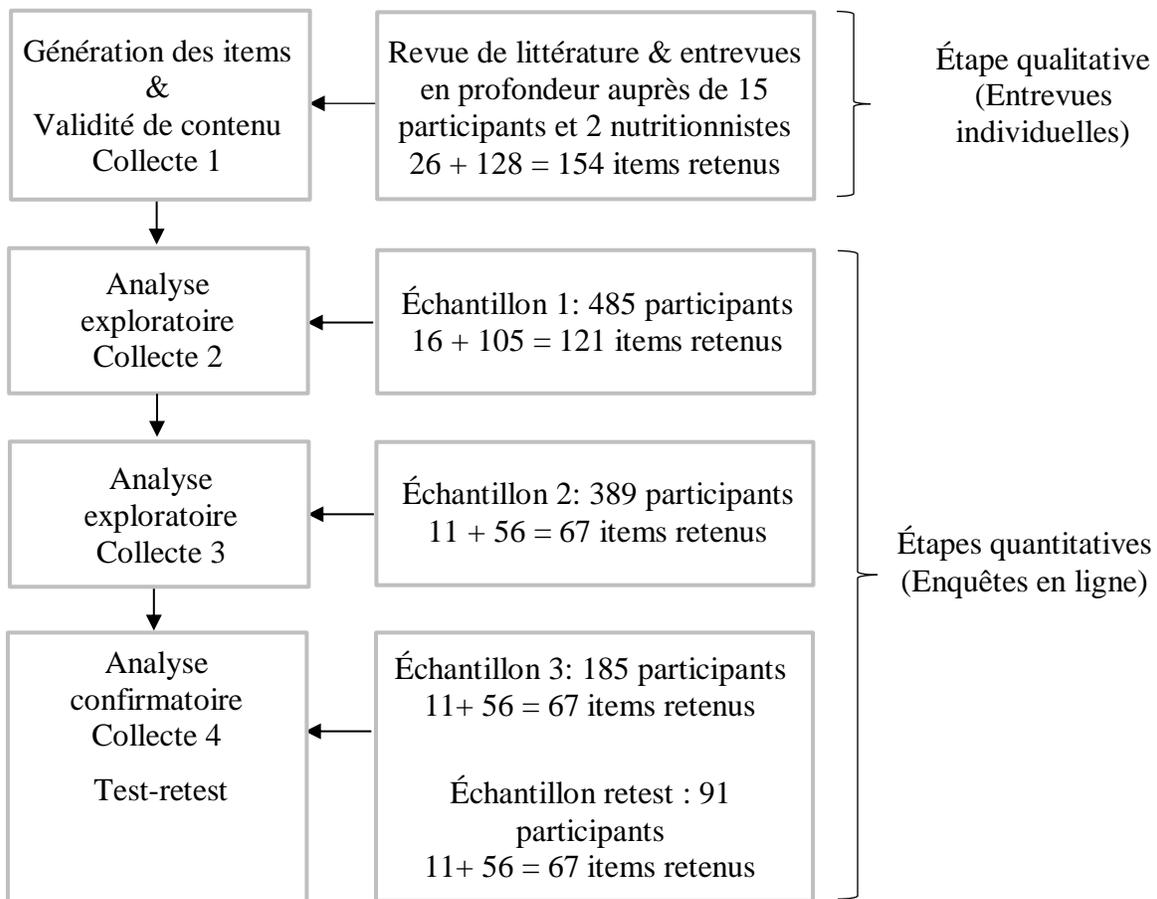


Figure 2 : Processus de développement des échelles³.

³ N.B. Le premier chiffre des sommes est relatif au nombre d'items retenus lié à la recherche d'informations sur la saine alimentation, le second réfère à celui des stratégies alimentaires santé totalisant l'ensemble des items retenus pour chaque collecte.

1.1. Génération des items et validité de contenu

Dans le contexte de la consommation alimentaire santé, où l'expérience demeure subjective et partagée par un ensemble d'individus (Benoît-Moreau, 2006; Filser, 2002), la phénoménologie s'avère justifiée: elle tient compte à la fois de la nature du sujet, de « l'absence de littérature » (Marshall et Rossman, 2011; 91) sous l'angle du consommateur et de l'inscription dans le courant de la Théorie Culturelle du Consommateur nécessitant une approche « contextualisée » (Benoît-Moreau, 2006; Marshall et Rossman, 2011; 92). Plus précisément, cette approche qualitative impliquant l'entrevue en profondeur permet de comprendre le phénomène au travers de la consommation alimentaire santé à savoir comment les individus perçoivent, décrivent, jugent et créent du sens (Patton, 2002) autour des concepts des stratégies alimentaires santé et de la recherche d'informations sur la saine alimentation.

Cohen et Daniels (2005) ajoutent que la phénoménologie met l'accent sur la « communauté » pour expliquer un phénomène collectif : elle a recours aux mots réels des participants en gardant l'essence de l'expérience ajoutant à la véracité et la fiabilité de l'étude. On sous-entend que les participants sont bien en mesure de discuter de leur expérience, puisque l'étude repose sur leurs compétences articulées (Brown, 2011; Creswell, 2007). La validité et la fiabilité de cette méthode résident donc dans la rigueur employée et la structure autour de la recherche (Bound, 2011; Cohen et Daniels, 2005).

La recherche phénoménologique vise essentiellement à décrire plutôt qu'à expliquer ayant souvent comme prémisses un point de vue libre (Husserl, 1970): elle offre une grande flexibilité et ouverture du fait que les participants ne remplissent pas de questionnaires plutôt mobilisés autour d'une discussion animée par le chercheur (Marshall et Rossman, 2011). À cet effet, Plummer (1983; 54) et Stanley et Wise (1993) affirment que les entrevues peuvent laisser place à une trop grande interprétation constituant un biais important (Creswell, 2007), où « le chercheur visible dans le cadre de la recherche est un acteur intéressé et subjectif plutôt qu'un observateur détaché et impartial » (traduction libre). De fait, les entretiens doivent prendre forme sur la base d'une discussion guidée et

structurée entre individus et chercheur, sans être définis par une liste de sujets et de questions suivie de manière ordonnée *a priori* : le chercheur doit proposer des relances s'apparentant à une conversation naturaliste, où il présente curiosité et ouverture sur l'expérience de l'individu (Thompson et coll. 1989). Cette dernière approche a ainsi été priorisée dans le cadre de notre étude.

1.1.1. Collecte qualitative 1

Pour identifier les stratégies développées et adoptées par les individus des générations à l'étude, valider leur concordance avec celles identifiées dans la littérature (pp.12-20), déceler les énoncés propres à chaque stratégie, et ensuite identifier les énoncés qui relèvent de la recherche d'informations sur la saine alimentation, des entretiens en profondeur auprès d'individus et de nutritionnistes ont été réalisés; cette première collecte de données constitue la génération d'items et la validité de contenu. L'ensemble des énoncés trouvés permet de comprendre les discours individuels en matière de stratégies et de recherche d'informations, et d'approfondir les connaissances sur les milléniaux, où jusqu'ici peu d'informations nous permettent de comprendre cette génération. Les facteurs et leurs énoncés serviront par la suite à tester les hypothèses de notre modèle final. Les stratégies étudiées incluent l'ensemble des stratégies proposées par Sobal et coll. (p.12), ainsi que la stratégie de l'adaptation des choix à domicile à implication positive sur la santé proposée par Bourcier et coll. (2003), Devine et coll. (2009) et Morin et coll. (2013) (pp. 19-20), afin de tenir compte des différents types de stratégies existantes liés à la saine alimentation. En conséquence, cela exclut la stratégie de l'adaptation des choix à domicile à implication négative sur la santé.

Au préalable, des précautions éthiques ont été considérées où les participants ont été informés de la nature de l'étude, des avantages et des inconvénients, du droit de retrait en tout temps, de la participation volontaire, de l'assurance de l'indépendance de la chercheuse et enfin, de la confidentialité garantie des données et de leur conservation. Pour les participants, les risques associés à cette étude demeurent néanmoins faibles, puisque l'objectif est de comprendre les stratégies alimentaires et non de faire ressortir des émotions

par exemple. Le formulaire de consentement usuel fourni par l'Université Laval qui tient compte du fait qu'il s'agit de sujets humains est présenté à l'annexe 1 (p. 225).

Pour constituer notre échantillon, quelques éléments sociodémographiques ont été pris en compte en fonction de la littérature sur la saine alimentation. De manière générale, les recherches indiquent que les femmes sont plus enclines à manger sainement, de même que les individus scolarisés avec un revenu supérieur à la moyenne, en raison de l'intérêt porté envers la saine alimentation, l'accès à l'information, les problématiques de santé liées au vieillissement, les habiletés culinaires et l'accès à un service de préparation de repas (Brown et coll. 2011; Coveney, 2005; Devine et coll. 2006; Fagerli et Wandel, 1999; Patterson et coll. 2001; Van Dillen et coll. 2004). D'autres études indiquent que les femmes sont également sensibles aux produits fonctionnels, biologiques et locaux (Artsens et coll. 2009; Bellows, Alcaraz et Hallman, 2010; Door et Verhoef, 2011; Smithers, Lamarche et Joseph, 2008; Verbeke, 2005), elles qui demeurent très souvent responsables des achats alimentaires au sein des foyers (Zepeda et Li, 2006). La présence d'un individu avec une problématique de santé dans un ménage influence la consommation de produits fonctionnels (Verbeke, 2005), alors que la présence d'enfant(s) incite à choisir des aliments biologiques (Finch, 2005; Yue et coll. 2007). Selon Lester (1999), on ne peut généraliser les résultats d'une étude qualitative à partir d'un échantillon restreint.

Suivant les résultats généraux de ces recherches, 15 participants québécois ont été recrutés par effet boule de neige (échantillonnage par réseau), et sélectionnés selon des critères de pertinence par rapport à la problématique, les sous-questions et le positionnement scientifique de la recherche, soit 1) avoir un régime alimentaire sain, supposant les notions d'intérêt et d'implication envers l'alimentation, 2) être responsables des achats alimentaires et 3) faire partie de l'une des générations parmi les milléniaux, les X et les baby-boomers. Pour les besoins de notre étude, la génération des milléniaux s'avère toutefois dominante, comparativement au nombre de participants des générations X et baby-boomers, afin de mieux la mettre en parallèle avec ces deux dernières générations. Également, les répondants ont été choisis dans le but de maximiser la richesse de contenu

par la variété en termes d'âge et de générations (de 21 à 65 ans, moyenne = 41 ans; 6 milléniaux), de sexe (majorité de femmes = 11), de niveau d'éducation (majorité = baccalauréat), et de présence d'enfants au sein du foyer (9 répondants/15), comme indiqué dans le tableau 4.

| Participant | Génération | Sexe | Régime alimentaire | Niveau de scolarité | Problème(s) de santé | Enfant(s) au foyer |
|--------------------|-------------------|-------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 1 | Boomers | H | Cétogène | Certificat | Oui | |
| 2 | Milléniaux | F | | Baccalauréat | | Oui |
| 3 | Milléniaux | F | Flexitarisme | Baccalauréat | Oui | Oui |
| 4 | Milléniaux | F | Flexitarisme | Maîtrise | | Oui |
| 5 | Milléniaux | F | Végan et bio | DEP | | Oui |
| 6 | X | H | | Baccalauréat | | |
| 7 | Milléniaux | F | Flexitarisme | Maîtrise | | |
| 8 | X | F | Fodmap | DEC | Oui | Oui |
| 9 | Milléniaux | F | Flexitarisme | Baccalauréat | | |
| 10 | Boomers | H | Cétogène | Baccalauréat | Oui | Oui |
| 11 | Boomers | F | | Maîtrise | | Oui |
| 12 | X | H | | Baccalauréat | Oui | Oui |
| 13 | X | F | | Maîtrise | Oui | Oui |
| 14 | Boomers | F | | Secondaire | | |
| 15 | X | F | | Baccalauréat | | |

Tableau 4 : Répartition des répondants⁴.

Les 15 entretiens d'une durée moyenne d'une heure nous ont permis d'atteindre la saturation théorique d'informations, conformément aux indications de Morgan (1997) qui suggèrent d'effectuer entre 12 et 20 entretiens.

Les participants ont été interrogés sur leurs pratiques alimentaires santé, et plus précisément sur la planification de leurs repas à domicile, leurs stratégies santé développées et adoptées à domicile et hors foyer, les différences perçues entre les repas de semaine et

⁴ N.B. Aucun répondant en surplus de poids.

de fin de semaine, en groupe (p. ex. amis, famille) versus seul, la pratique d'un régime alimentaire en particulier guidant leurs choix alimentaires, ainsi que sur leur moyen d'obtenir des informations sur la saine alimentation (annexe 2, guide d'entretien; p. 227). Ils devaient donner des exemples de leurs pratiques alimentaires pour mieux comprendre et identifier les stratégies alimentaires santé, les situations de consommation et la recherche d'informations. Dans un premier temps, trois entrevues ont été réalisées, analysées et codées, afin de s'assurer de la direction prise lors des entretiens, où par la suite, sept autres entretiens ont été effectués pour garantir la couverture de l'ensemble des stratégies alimentaires. Dans un second temps, les cinq dernières entrevues ont été exécutées et ont servi à redéfinir le codage au fur et à mesure des enseignements issus du terrain, et ainsi valider/confirmer les énoncés donnés lors des dix entrevues précédentes. Les énoncés se sont généralement avérés répétitifs lors de cette dernière étape. Chaque entretien a été transcrit à la suite de la discussion et a fait l'objet d'une critique objective à la suite de discussions avec quelques chercheurs, communément appelé « peer debriefing ». La collecte a été réalisée à l'été 2018.

Des rencontres avec deux nutritionnistes œuvrant en clinique et indépendantes à notre étude ont aussi été mises à contribution. Elles avaient pour mission de valider les énoncés donnés par les participants, d'en retirer ou d'en ajouter au besoin et de vérifier la clarté et la concision des énoncés. Les rencontres ont donné lieu à l'ajout d'un énoncé (1/26; item numéro 3) relatif à la recherche d'informations sur la saine alimentation, et de trois énoncés (3/128; items numéros 12, 110 et 128) quant aux stratégies alimentaires santé. Des items ont été retirés et/ou imbriqués à d'autres existants, alors que certains ont été peaufinés en tenant compte des termes utilisés en nutrition, alimentation et santé. La rencontre avec deux nutritionnistes s'inscrit dans le contrôle de la validité de développement d'échelles, selon Bearden, Netemeyer et Teel (1989).

Des sources documentaires provenant de Santé Canada, Extenso (Centre de référence sur la nutrition de l'Université de Montréal), et de livres rédigés par des nutritionnistes pour le grand public abordant les stratégies (substitution et routine) ont également été utilisées.

Elles ont servi à synthétiser les éléments dont disposent les individus pour élaborer des stratégies, mais aussi pour valider les énoncés donnés dans le cadre des entrevues. Ces sources permettent de trianguler les informations (entrevues, littérature scientifique, rencontre avec nutritionnistes, et sources documentaires); il est possible de vérifier l'exactitude des données recueillies, augmenter la véracité de l'étude, favoriser la saturation théorique d'informations, et par conséquent accroître la qualité de notre étude (Blaikie, 1991; Marshall et Rossman, 2011; Wilson et Hutchinson, 1991) grâce à notre méthode de triangulation.

À l'aide du logiciel de classement de données qualitatives NVivo 10.0, chaque élément de contenu discuté par les participants relevant des stratégies alimentaires santé et de la recherche d'informations sur la saine alimentation a été codé. L'essence des propos a été étudiée, puis chaque réponse des individus a été comparée aux autres participants (Lee et Lings, 2008). Suivant les recommandations de plusieurs auteurs (Andréani et Conchon, 2005; Bardin, 1998; Miles et Huberman, 2003), les données recueillies ont été codées selon l'unité de codage (le thème, soit l'idée-clé qui émerge du discours), la règle de comptage (fréquence d'apparition du thème), et une grille de codes servant à regrouper les données par analogie en fonction des catégories étudiées. Les données ont été analysées de manière à maintenir la fiabilité, ce qui oblige transparence, intégrité et rigueur. Pour ce faire, les analyses demeurent indépendantes de la réflexion initiale de la chercheuse sur le sujet augmentant la confirmabilité (Marshall et Rossman, 2011).

▪ **Recherche d'informations sur la saine alimentation**

L'ensemble des entrevues auprès des participants et des nutritionnistes, ainsi que la consultation de sources documentaires a donné lieu à 23 items permettant de comprendre comment les individus recherchent des informations sur la saine alimentation. Pour valider l'intérêt envers la recherche d'informations, trois items ont été ajoutés correspondant aux items 24 à 26, étant issus du facteur « sensibilité à l'environnement santé » de la mesure de la conscience envers la santé de Kraft et Goodell (1993). Il est à noter que certains items

nécessitent une spécification de la part des répondants dans le questionnaire quantitatif fait ultérieurement, comme indiqué pour chaque item concerné entre parenthèses.

1. Je compare les étiquettes pour choisir le produit le plus nutritif
2. Je consulte des documentaires pour m'informer sur la saine alimentation (p. ex. Qu'est-ce que la santé, La santé dans l'assiette, Choix alimentaires, etc.)
3. Je consulte des informations provenant de centres de référence universitaire en nutrition (ex. Extenso) ou des articles de chercheurs universitaires sur la santé et la nutrition
4. Je consulte des sites web gouvernementaux en matière de saine alimentation
5. Je consulte des fiches-conseils pour les fruits et légumes biologiques à privilégier (p. ex. Dirty Dozen)
6. Je consulte les informations disponibles sur la saine alimentation dans les épiceries fines à connotation santé (p. ex. Tau, Avril, Rachelle Béry)
7. Je consulte ou j'ai déjà consulté un nutritionniste en clinique pour manger plus sainement
8. Je consulte une application santé sur mon téléphone qui m'aide à mieux manger
9. Je lis des articles sur la nutrition dans les magazines, les livres et (ou) les journaux
10. Je lis des chroniques sur la nutrition dans des livres et (ou) sites web de recettes
11. Je me fie aux guides étoile ou au système sourire implantés par certains supermarchés pour m'aider à effectuer des choix plus santé
12. Je m'informe en ligne avant d'acheter un aliment non familier pour connaître sa valeur santé (p. ex. valeur nutritive)
13. Je m'informe sur la nutrition et la santé via des cours de cuisine santé ou des ateliers de fabrication culinaire
14. Je m'informe sur la nutrition et la santé via les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Pinterest) - spécifier lesquels
15. Je m'informe sur la saine alimentation auprès des producteurs locaux dans les marchés publics
16. Je prends les conseils de mon entourage sur la saine alimentation
17. Je regarde les émissions culinaires et (ou) alimentaires qui m'informent sur l'alimentation et la santé
18. Je suis abonné à des infolettres ou un site web sur la saine alimentation et la nutrition (p. ex. SOS Cuisine)
19. Je suis des influenceurs web (blogueur, chef cuisinier, personnalité connue, coach, nutritionniste, naturopathe, ostéopathe) concernant la saine alimentation - spécifier lesquels
20. Je suis les tendances alimentaires santé sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram et Pinterest) - spécifier lesquels
21. Je vais dans les foires, expositions et (ou) salons sur la saine alimentation Ex. Expo manger santé et vivre vert, Sial
22. J'écoute des vidéos sur You Tube véhiculés par des gens qui partagent leurs expériences personnelles sur la saine alimentation
23. J'écoute les conseils de spécialistes de la santé (nutritionniste, médecin, naturopathe) dans des chroniques à la télévision, à la radio et (ou) dans les journaux
24. Il est important pour moi de rester à l'affût des informations concernant l'alimentation et la santé

25. Je ne suis pas intéressé par les informations qui sont diffusées à la télévision concernant l'alimentation et la santé

26. Je lis plus d'articles sur la santé qu'il y a 3 ans

L'ensemble des énoncés ont été analysés et révèlent que les participants recherchent et acquièrent des informations sur la saine alimentation en consultant les médias traditionnels (p. ex. télévision, magazines, livres, journaux) et les médias numériques (p. ex. applications santé, sites web sur la saine alimentation, réseaux sociaux). Les informations proviennent de différents acteurs du secteur de l'alimentation comme ceux de l'industrie (*p. ex. supermarchés, producteurs locaux, transformateurs), de professionnels de la santé et de la recherche (p. ex. nutritionnistes, centres de référence universitaire en nutrition), des influenceurs web (p. ex. blogueurs, personnalité connues, coach), de la santé publique et de l'entourage de l'individu (p. ex. famille, amis), tel qu'abordé précédemment dans la littérature.

▪ **Stratégies alimentaires santé**

L'ensemble des entrevues auprès des participants et des nutritionnistes, ainsi que la consultation de sources documentaires a permis de dégager 128 énoncés portant sur les stratégies alimentaires santé. En ordre d'importance, la substitution, l'adaptation, la routine, la limitation, l'élimination et l'addition sont les stratégies les plus utilisées par les participants. Nous constatons que la stratégie de l'adaptation des choix à domicile à implication positive sur la santé fait partie des stratégies alimentaires santé développées et adoptées par les participants. L'adaptation permet d'organiser les repas de semaine en fonction des horaires individuels, des contraintes et de la valeur santé. Elle intègre quatre facteurs établis en fonction de la saine alimentation, qui jusqu'à présent, non pas été abordés comme tel dans la littérature, soit 1) les achats alimentaires, 2) le milieu de travail, 3) cuisiner et 4) planifier et préparer à l'avance.

Les stratégies de l'emphase mise sur une valeur unique (goût, santé, praticité, prix et relations interpersonnelles) et de la modification (altérer, ajuster, transformer) ne semblent pas faire parties des stratégies développées et adaptées par les individus que nous avons

interrogés, contrairement à la littérature fournie par Sobal et coll. (2006) (p. 12). Les participants ont précisé qu'il leur était impossible de prioriser une seule valeur en tout temps au détriment des autres; l'ensemble des valeurs (goût, santé, praticité, prix et relations interpersonnelles) est ainsi pris en compte dans leurs choix alimentaires. Il faut toutefois souligner que les participants ne se trouvaient pas dans une situation d'insécurité alimentaire pouvant justifier que le prix n'était pas une valeur prioritaire; les individus ayant un faible revenu ont tendance à privilégier la stratégie de l'adaptation des choix à domicile à implication négative sur la santé, selon Devine et coll. (2003). Quant à la modification, elle s'inscrit plutôt au travers de deux autres stratégies; les participants disent opter pour la substitution (remplacer) et/ou la limitation (restreindre) au lieu de la modification.

Par ailleurs, les individus interrogés définissent la routine à la fois au travers le quotidien (par jour), mais aussi la semaine (par semaine). De sorte que les choix alimentaires intègrent des actes journaliers qui favorisent une saine alimentation hebdomadaire. Cette vision du quotidien couplée d'une perspective hebdomadaire s'apparente à un équilibre général à atteindre pour les participants. À la routine, des répondants introduisent également la notion de découverte pour varier leur alimentation, ce qui n'avait pas été soulevé par Sobal et coll. (2006). Ces deux perspectives de la routine nous permettent de mieux comprendre et définir ce que représente cette dernière pour les individus, lesquelles ont donné lieu à deux facteurs : la routine générale et la variété dans l'équilibre (l'esprit de découverte dans la routine).

De plus, pour certains participants, l'élimination pouvait s'apparenter à la limitation. Dans les entrevues, nous avons ainsi mis l'emphase sur ces deux mots, afin de s'assurer que les interviewés utilisaient les mots justes pour exprimer la stratégie développée et adoptée. Pour éviter toute confusion, le questionnaire de la phase quantitative permet de bien identifier ces stratégies de manière indépendante. Enfin, les participants disaient éviter l'élimination et privilégier la limitation, afin de parer à la frustration alimentaire et aux contraintes occasionnées par les situations de consommation diverses. Les produits à

limiter semblent donc introduits à leur alimentation de manière occasionnelle, comme au restaurant. Ce lieu semble favoriser les plaisirs variés, où les participants soulignaient particulièrement le besoin de laisser place à la découverte culinaire et aux échanges interpersonnels, ce qui explique le peu d'items associés à cette activité. Il est à noter par ailleurs qu'un des facteurs de l'échelle de l'attitude envers la saine alimentation mesure l'aspect santé au restaurant.

Substitution (remplacer)

1. Au restaurant, je remplace les frites et/ou le riz par les légumes et/ou la salade
2. Dans mes collations, je remplace le chocolat au lait par le chocolat noir
3. Je choisis de la bière de microbrasserie au lieu de la bière industrielle
4. Je choisis des poissons sauvages au lieu des poissons d'élevage (de culture)
5. Je choisis des produits laitiers biologiques au lieu des produits laitiers conventionnels
6. Je choisis des viandes nourries à l'herbe au lieu des viandes nourries aux grains
7. Je choisis du pain de blé entier au lieu du pain blanc
8. Je choisis du yogourt nature au lieu du yogourt avec saveur artificielle
9. Je choisis du yogourt plein gras au lieu du yogourt sans gras (0% de matière grasse)
10. Je remplace la crème fraîche par le yogourt grec dans mes soupes, sauces et/ou purées de pommes de terre
11. Je remplace la crème glacée par la nice cream (dessert glacé à base de bananes)
12. Je remplace la crème sure par le yogourt grec dans mes salades de patates, fajitas, pommes de terre au four et/ou salades chou
13. Je remplace la farine blanche par la farine complète ou de blé intégrale (p. ex. millet, amarante, kamut, haricots)
14. Je remplace la mayonnaise par le yogourt grec dans mes trempettes et/ou vinaigrettes crémeuses
15. Je remplace la tartinade de chocolat par le beurre d'amandes et/ou d'arachides
16. Je remplace la viande conventionnelle par la viande biologique
17. Je remplace la viande par des protéines végétales (p. ex. légumineuses, tofu, tempeh)
18. Je remplace le beurre et/ou la margarine par le yogourt grec dans mes recettes de desserts
19. Je remplace le dessert (gâteau, muffin, biscuit, crème glacée, compote, barre tendre) par un fruit
20. Je remplace le dessert (gâteau, muffin, biscuit, crème glacée, compote, barre tendre) par un yogourt nature grec
21. Je remplace le lait et le fromage de vache par la boisson de protéines végétales (p. ex. soya, riz, amandes, cachou, coco) et/ou un fauxmage à base de noix
22. Je remplace le pain de blé entier et les pâtes alimentaires de blé entier par le pain et les pâtes alimentaires sans gluten
23. Je remplace le sucre blanc raffiné par le sucre naturel ou l'édulcorant (p. ex. stevia, coco, miel, sirop d'érable, compote de pommes) dans mes recettes de desserts
24. Je remplace les aliments biologiques par les aliments locaux en période estivale

25. Je remplace les aliments en conserve par les aliments frais et/ou congelés
26. Je remplace les biscuits, les barres tendres et/ou les muffins par des barres protéinées
27. Je remplace les croustilles par les craquelins santé
28. Je remplace les pâtes alimentaires blanches et le riz par les pâtes de semoules de blé dur (blé entier) et/ou le riz brun
29. Je remplace les pâtes alimentaires blanches par les pâtes végétales (p. ex. lentilles, pois chiches, haricots, kamut, riz, épeautre, quinoa, insectes)
30. Je remplace les produits industriels faits par de grandes entreprises par les produits locaux et québécois faits à petite échelle
31. Je remplace l'huile de canola par le lait de coco dans mes recettes de desserts

Adaptation des achats alimentaires : facteur 1

32. J'achète beaucoup d'aliments frais (fruits et légumes, protéines) pour avoir un frigo et congélateur bien rempli
33. J'achète des aliments santé de base faciles, rapides et versatiles à cuisiner (ex, légumes, protéines, féculents)
34. Je commande des paniers biologiques et/ou locaux et je planifie mes repas en fonction des aliments qui s'y trouvent
35. Je fais et je suis ma liste d'épicerie pour éviter les tentations pour des aliments moins santé
36. Je fais un inventaire général de mon réfrigérateur avant d'aller à l'épicerie
37. Je planifie mes repas en fonction des aliments sains qui m'inspirent à l'épicerie
38. Je structure mes achats alimentaires en fonction de mon menu de la semaine
39. Je vais majoritairement dans des épiceries fines à connotation santé pour planifier des repas santé (p. ex. Tau, Avril, Rachel Béry)

Adaptation en milieu de travail : facteur 2

40. J'apporte au travail un lunch que j'ai préparé moi-même
41. J'apporte des collations santé lorsque je suis en déplacement
42. J'utilise mes restes de repas pour mes lunches au travail

Adaptation à cuisiner : facteur 3

43. J'apprête (transforme) moi-même les repas et les collations (p. ex. barres tendres, muffins)
44. Je compose de nouveaux repas à partir de restes de table
45. Je compose mes repas en fonction des aliments disponibles de saison
46. Je prépare moi-même des aliments de base et des accompagnements (p. ex. pâtes, pain, yogourt, fromage, humus, sauces, vinaigrettes, trempettes)

Adaptation à planifier et préparer à l'avance : facteur 4

47. Je congèle mes restes de table et/ou mes surplus d'aliments que j'ai préparés (p. ex. sauce à spaghetti, chili, potages)
48. Je décongèle le matin un aliment à consommer pour le repas du soir (p. ex. viande, poisson)
49. Je double mes recettes pour avoir des repas prêts à manger pour d'autres occasions
50. Je lave et je coupe mes légumes d'avance
51. Je planifie mon menu de la semaine de manière globale ou en détail le weekend
52. Je prépare à l'avance les accompagnements (p. ex. sauces, vinaigrettes, trempettes)
53. Je prépare la cuisson à l'avance des féculents (p. ex. riz, pâtes, etc.)
54. Je prépare la cuisson à l'avance des protéines animales (p. ex. pré-cuisson poisson et viande, cuisson œuf à la coque)
55. Je prépare plusieurs accompagnements pour d'autres repas en même temps que je prépare le repas du soir
56. Je prépare plusieurs repas à partir d'un aliment vedette de la semaine (p. ex. poulet - sandwich, salade, poulet rôti)
57. Je prépare un ou plusieurs repas complets d'avance pour la semaine

Routine générale (standardiser, systématiser, ritualiser) : facteur 1

58. J'adhère à un régime alimentaire (ex. végétarisme, flexitarisme) qui diminue ou élimine ma consommation de protéines animales (viandes et produits laitiers)
59. Je bois 1.5 à 2 litres d'eau par jour
60. Je choisis des aliments biologiques pour les aliments que je consomme le plus souvent
61. Je choisis des ingrédients de base (fruits, légumes, protéines, féculents, épices) pour cuisiner les repas
62. Je cuisine les repas les soirs de semaine
63. Je débute un repas par une salade ou des crudités
64. Je mange au moins un fruit par jour
65. Je mange sainement dans 85 % du temps 6 jours sur 7 approximativement.
66. Je mange trois (3) repas par jour
67. Je mange cinq (5) ou six (6) petits repas par jour
68. Je mange une à deux collation (s) santé par jour
69. Je mange une portion de yogourt par jour
70. Je me permets un (1) aliment « gâterie » une fois par semaine
71. Je prends un smoothie par jour
72. Mes repas sont composés de légumes colorés, ou d'une salade et d'une protéine animale ou végétale

Variété dans l'équilibre : facteur 2

73. J'achète des paniers biologiques ou locaux pour varier mon alimentation
74. J'alterne mes repas préparés et mes restants au courant de la semaine pour manger varier
75. Je tiens compte du Guide alimentaire canadien pour composer des repas variés

76. Je varie les légumes consommés au courant de la semaine
77. Je varie les protéines animales et/ou végétales au courant de la semaine
78. J'insère un nouveau fruit, légume ou autre aliment sain le plus souvent possible à mon alimentation
79. J'utilise les boîtes prêtes à cuisiner pour varier mes repas (p. ex. GoodFood, MissFresh)

Limitation (restreindre)

80. Je limite la consommation de repas hors foyer (restaurant en tout genre, cantine, food truck)
81. Je limite le sucre, le sel et le gras (incluant les huiles végétales et le beurre)
82. Je limite les aliments panés ou frits
83. Je limite les desserts (p. ex. gâteau, barres tendres, biscuits, pudding)
84. Je limite les féculents (pain, pâtes alimentaires, riz, pommes de terre)
85. Je limite les produits transformés industriellement prêts à manger (p. ex. croquettes, pizza, riz minute, croustilles, sauces)
86. Je limite ma consommation d'alcool (vin, bière et spiritueux)
87. Je limite ma consommation de charcuterie
88. Je limite ma consommation de fruits à trois (3) par jour
89. Je limite ma consommation de jus de fruits
90. Je limite ma consommation de produits contenant de l'huile de palme
91. Je limite ma consommation de produits contenant du gluten (orge, seigle, avoine et blé)
92. Je limite ma consommation de produits laitiers
93. Je limite ma consommation de produits que je considère malsains à des occasions spéciales
94. Je limite ma consommation de viande et de viande rouge - spécifier
95. Je limite ma quantité de viande consommée en utilisant la paume de ma main comme outil de mesure
96. Je réduis la quantité de beurre dans les recettes de desserts
97. Je réduis la quantité de sucre dans les recettes de desserts

Élimination (éviter, exclure)

98. J'élimine l'ajout de sel dans les recettes, même si indiqué
99. J'élimine les boissons énergisantes
100. J'élimine les boissons gazeuses (exclut l'eau gazéifiée)
101. J'élimine les charcuteries qui contiennent des nitrites et des nitrates
102. J'élimine les féculents au souper
103. J'élimine les ingrédients, aliments et produits non biologiques (conventionnels)
104. J'élimine les produits congelés déjà préparés et prêts-à-manger
105. J'élimine les produits dont la liste d'ingrédients est trop longue
106. J'élimine les produits hydrogénés
107. J'élimine les produits industriels contenant du sucralose, du galactose, du glucose et des édulcorants artificiels
108. J'élimine les produits laitiers

109. J'élimine la tartinade industrielle au chocolat
110. J'élimine les produits contenant du glutamate monosodique (MSG)
111. J'élimine les yogourts sans sucre, sans gras et sans calorie
112. J'élimine les produits que je qualifie de mauvais pour la santé afin d'éviter les tentations
113. J'évite de grignoter entre les repas
114. J'évite les excès alimentaires

Addition (augmenter, inclure, améliorer)

115. Au restaurant, j'ajoute une salade en entrée à mon repas
116. J'ajoute de la protéine végétale à mes smoothies (p. ex. levure nutritionnelle, protéine de riz brun)
117. J'ajoute des graines (p. ex. chia, chanvre, lin, tournesol) à mes smoothies, salades, yogourts, pâtes alimentaires et/ou muffins - spécifier lesquels
118. J'ajoute des herbes fraîches à mes salades, sautées et/ou smoothies
119. J'ajoute des légumes aux recettes que j'essaie
120. J'ajoute des légumes colorés à mes smoothies et/ou mes repas
121. J'ajoute des noix à mes desserts
122. J'ajoute des noix à mes smoothies, salades, yogourts, céréales, pâtes alimentaires et/ou muffins - spécifier lesquels
123. J'ajoute des protéines végétales (p. ex. pois chiches, lentilles, quinoa) à mes salades
124. J'ajoute du curcuma à mon riz, mes sauces et/ou mes pâtes - spécifier lesquels
125. J'ajoute du gingembre, du curcuma, de la chlorophylle, de la spiruline et/ou de l'aloès à mes smoothies - spécifier lesquels
126. J'ajoute du gingembre, du curcuma, de la chlorophylle, de la spiruline et/ou de l'aloès à mes tisanes - spécifier lesquels
127. J'ajoute du miel, du citron, de la lime, des bâtonnets de cannelle, de la spiruline, de la chlorophylle et/ou de l'aloès à mon eau plate - spécifier lesquels
128. Je prends des suppléments alimentaires pour augmenter mon apport en vitamines et minéraux

1.2. Analyses exploratoires et confirmatoires

Suite à la phase qualitative visant à identifier les facteurs et les items qui définissent la recherche d'informations sur la saine alimentation et les stratégies alimentaires santé, des analyses quantitatives exploratoires et confirmatoires avec retest ont été réalisées à l'automne 2018 et à l'hiver 2019. Elles ont été effectuées à partir des collectes de données 2, 3 et 4. Conformément aux recommandations de De Vellis (2016) et Keppel et Wickens (2004), deux analyses exploratoires ont été générées avant de réaliser l'analyse confirmatoire (collecte 4), en raison de la quantité initiale d'items (> 150 items) et du

besoin préalable d'une certaine stabilité des échelles étudiée sur différents échantillons de participants avant de procéder à une analyse confirmatoire.

1.2.1. Collecte quantitative 2

La seconde collecte a permis d'explorer la structure des facteurs retenus lors de la première collecte de données de nature qualitative, et de retirer les items les moins pertinents (la collecte 1 totalise 26 items reliés à la recherche d'informations sur la saine alimentation; 128 items associés aux stratégies alimentaires santé). Pour ce faire, une enquête auto-administrée en ligne a été réalisée. Elle constitue le mode de recueil de données structurées le plus utilisé lorsque la recherche porte sur des mesures de perceptions à l'égard d'objets de consommation (Evrard et coll. 2009). Cet instrument de mesure offre la possibilité de solliciter des individus de manière directe, rapide et efficace (Jean, 2015), par l'intermédiaire de questions fermées, et permet de considérer des échantillons de grande taille, ainsi que des relations statistiques et des comparaisons quantifiées et quantifiables (Thiétart, 2007). Avec l'accessibilité associée à la technologie, la très grande majorité des individus des générations des milléniaux, X et baby-boomers est à l'aise avec les enquêtes en ligne et habituée d'y répondre. La complétude en ligne facilite également la compilation des données recueillies et colligées successivement et automatiquement dans un fichier Excel réduisant ainsi les erreurs potentielles de saisie (Maronick, 2009). Elle peut aussi influencer la perception temporelle du participant en augmentant son implication à terminer la complétude de l'enquête. Considérant le nombre de variables dans notre recherche, une enquête en format papier aurait pu susciter un sentiment de lassitude chez les participants en raison de la longueur de celle-ci. L'enquête en ligne permet par ailleurs de réduire la désirabilité sociale, en raison de l'absence d'intervieweur (Heerwegh, 2009; Joinson, 1999). Sachant que les individus ont tendance à se montrer sous leur meilleur jour quand vient le temps de parler de saine alimentation, ils peuvent répondre dans un environnement qui influencera peu leurs réponses (Braunsberger, Wybenga et Gates, 2007).

L'enquête a été soumise à la plateforme de conception et de recrutement Qualtrics. Cette dernière crée, recrute elle-même les participants à partir de leur banque de répondants

volontaires et distribue le questionnaire. Elle envoie une invitation à l'ensemble de ses participants indiquant l'objectif de l'étude, soit de comprendre leurs pratiques alimentaires santé.

La collecte a été effectuée auprès d'un échantillon de convenance d'individus québécois francophones, le français étant la langue maternelle parlée à la maison chez 80.6% des Québécois (Institut de la statistique du Québec, 2018). Le Québec est une province canadienne qui présente des taux d'embonpoint et d'obésité légèrement inférieurs aux autres provinces (52.2 % au Québec en 2013-2014; 61.4 % au Canada en 2014) (Institut national de la santé publique du Québec, 2013; Statistique Canada 2015). Dans un contexte où l'offre alimentaire est diversifiée, les Québécois se préoccupent de ce qu'ils mangent (Eater's Digest, 2016; Nielsen, 2015). Selon une étude de Nielsen (2015), ils ont un intérêt pour la saine alimentation et les produits santé, ce qui peut accroître leur propension au développement de stratégies alimentaires santé et à la recherche d'informations sur la saine alimentation. En parallèle, le gouvernement du Québec conscientise la population à la saine alimentation par le biais d'interventions variées en promotion et en prévention (gouvernement du Canada, 2015; Potvin, McQueen et Hall, 2008).

Au total, 485 participants ont été sollicités pour cette collecte, suivant les recommandations de Hair et coll. (1998), où en moyenne trois répondants sont nécessaires pour valider un énoncé (26 énoncés relatifs à la recherche d'informations sur la saine alimentation et 128 énoncés associés aux stratégies alimentaires santé; $(26 + 128) \times 3 = 462$). L'enquête comprenait l'ensemble de ces énoncés placés aléatoirement (pp.73 à 80), ainsi qu'une section d'ordre sociodémographique présentée à la fin portant sur l'âge des répondants, leur sexe, leur niveau d'éducation, leur situation relative à l'emploi, leur revenu au sein du ménage, leur situation familiale et la composition de leur ménage. Avoir pour langue maternelle le français, vivre dans la province de Québec et être responsable des achats alimentaires au sein du ménage étaient les critères d'éligibilité de l'enquête. Chaque énoncé a été mesuré sur une échelle de Likert à 7 niveaux (1 = Totalement en désaccord ; 7 = Totalement d'accord); les sept niveaux sont associés à des corrélations plus fortes avec des

résultats en test-retest (constance des résultats d'un échantillon validée en deux temps) et à une plus grande précision des données en comparaison avec une échelle à cinq niveaux (Finstad, 2010). Préalablement, une section introductive a été insérée dans l'enquête afin de porter à la connaissance des participants les exigences éthiques en vigueur à l'Université Laval relativement aux recherches faisant intervenir des sujets humains. Le formulaire de consentement présenté aux participants indique les mêmes renseignements que ceux fournis pour les entrevues réalisées dans la phase qualitative (annexe 1; p. 225). Le temps de complétude de l'enquête totalisait en moyenne 15-20 minutes.

À l'aide du logiciel IBM SPSS version 25.0, les données ont d'abord été analysées par le biais de l'observation de statistiques descriptives via des tableaux de fréquences simples pour chacun des items, ainsi que par l'analyse de coefficients de l'alpha de Cronbach. Ces derniers offrent une mesure généralisée de la cohérence interne d'une échelle multi-items (Peterson, 1994). Cette première démarche permet donc de quantifier la fidélité/ fiabilité de l'ensemble de la mesure et des dimensions, où il est possible d'observer l'impact du retrait de chacun des items afin d'avoir un alpha de Cronbach significatif (Peterson, 1994). La fidélité est définie comme « le degré selon lequel des mesures sont exemptes d'erreur, et produisent par conséquent des résultats robustes » (Peter, 1979; 6) et importe donc dans le développement des échelles de mesure de la recherche d'informations sur la saine alimentation et des stratégies alimentaires santé.

Les données ont ensuite été analysées par le biais d'une analyse en composante principale (ACP). Cette technique permet de condenser l'information contenue à l'intérieur d'un grand nombre d'items d'une enquête en un ensemble restreint de nouvelles dimensions tout en assurant une perte minimale d'informations (Hair et coll. 1998). Cette technique fait émerger les construits ou les dimensions sous-jacentes à un ensemble de variables (Plaisent et coll. 2004). En d'autres termes, elle permet d'identifier le nombre de dimensions représentant l'ensemble des variables considérées, puis l'appartenance des variables à chacune des dimensions retenues. La matrice de corrélation a également été utilisée pour extraire les facteurs, suivie d'une rotation Varimax avec normalisation Kaiser pour voir

l'indépendance entre les variables. La rotation Varimax est privilégiée dans notre étude puisqu'on désire réduire le nombre de variables d'une matrice donnée en un plus petit nombre de facteurs non corrélés entre eux, contrairement à la rotation oblimin qui permet plutôt la corrélation (Durand, 2003). La rotation des facteurs consiste à faire pivoter virtuellement les facteurs autour du point d'origine pour redistribuer plus équitablement la variance à expliquer (Yergeau et Poirier, 2013).

Les critères suivants ont été utilisés pour déterminer le nombre de facteurs à retenir: examen visuel des tracés d'effondrement des facteurs pour chaque échelle (les tracés sont présentés en annexe 3; p. 229); la proportion de variance expliquée par chaque facteur supérieur à 1 %, l'interprétation des facteurs (sens donné par le regroupement des items sous un même facteur déterminant la pertinence et la cohérence des items), et le minimum de trois items avec des charges factorielles après rotation supérieures à .40 en valeur absolue (Browne, 2001). Tout élément dont les facteurs de pondération étaient inférieurs à .40 après rotation sur tous les facteurs ou dont le nombre de facteurs de pondération était supérieur à .40 a été supprimé (Browne, 2001). Le processus a été répété jusqu'à ce que tous les critères soient remplis, comme suggéré par plusieurs auteurs (De Vellis, 2016; Keppel et Wickens, 2004; Streiner, Norman et Cairney's, 2008). Ainsi, pour chaque collecte de données (1 à 4), une sélection d'items a été réalisée en se basant sur les alphas de Cronbach et l'analyse en composante principale. Ceci a permis de 1) vérifier la cohérence interne et de 2) voir de quelle façon les items se regroupaient entre les dimensions (Keppel et Wickens, 2004). Le nombre de facteurs a donc été déterminé en fonction des choix que nous avons faits après chaque itération, où plusieurs critères pointaient vers différents nombres à chaque fois.

L'ensemble des analyses a permis d'identifier trois facteurs et de retirer dix items reliés à la recherche d'informations sur la saine alimentation pour un total de 16 items après trois itérations, ainsi que de déceler quatre facteurs et de retirer 23 items associés aux stratégies alimentaires santé pour un total de 105 items après huit itérations. Les données de l'analyse exploratoire de la seconde collecte se trouvent à l'annexe 4 (p. 230).

1.2.2. Collecte quantitative 3

La troisième collecte a permis de raffiner les deux échelles de mesure en réduisant à nouveau le nombre d'énoncés en raison du grand nombre d'items, tel que recommandé par plusieurs auteurs (De Vellis, 2016; Keppel et Wickens, 2004). Comme pour la seconde collecte, une enquête en ligne a été réalisée auprès d'un échantillon québécois recruté par la firme de recherche Qualtrics. Les mêmes critères d'éligibilité ont été utilisés, soit avoir pour langue maternelle le français, vivre dans la province de Québec et être responsable des achats alimentaires au sein du ménage. Un total de 389 participants a répondu à l'enquête, où chaque énoncé était également mesuré sur une échelle de Likert à 7 niveaux. La même méthodologie décrite dans la collecte 2 a été employée pour collecter et analyser les données.

L'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation passe de trois à deux facteurs distinguant, de manière générale les médias traditionnels (α de Cronbach = .909) et numériques (α de Cronbach = .844) avec 11 items. L'échelle des stratégies alimentaires santé donne quant à elle trois facteurs avec dorénavant 56 items. Un premier facteur de cette dernière échelle semble relier les stratégies qui favorisent les choix alimentaires durables, soit la substitution, l'addition et la routine (α de Cronbach = .966), un second facteur réunit les stratégies de restriction, soit la limitation et l'élimination (α de Cronbach = .941), un troisième facteur relève de la stratégie de l'adaptation (α de Cronbach = .912) (l'ensemble des estimations de la cohérence interne mesuré par l'alpha de Cronbach présente ici des résultats satisfaisants en étant supérieurs à .70, d'après les recommandations de Santos (1999). Cinq itérations ont été effectuées pour l'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation, alors que huit ont été nécessaires pour l'échelle des stratégies alimentaires santé. Les coefficients de saturation (« loading ») après rotation varient entre .660 et .864 pour la recherche d'informations sur la saine alimentation, et entre .400 et .799 pour les stratégies alimentaires santé. L'ensemble des résultats de l'analyse exploratoire de la troisième collecte se trouve à l'annexe 5 (p. 237).

1.2.3. Collecte quantitative 4

La quatrième collecte de données a permis de confirmer le choix final des facteurs et des items, et de tester la fiabilité et la validité des deux outils de mesures. Au total, 276 participants ont répondu à l'enquête. Une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée sur le jeu de données de la collecte 4 ($n = 185$), suivie d'un test retest exécuté sur la portion restante de l'échantillon initial ($n = 91$) pour vérifier la stabilité temporelle des deux échelles de mesure (Streiner, Norman et Cairney's, 2008). Il est à noter que puisque 91 répondants apparaissent en double dans le jeu de données (en prévision du test T), l'échantillon initial ($n = 276$) ne peut être utilisé en totalité.

Comme pour les deux collectes précédentes, une enquête en ligne a été réalisée auprès d'un échantillon québécois recruté par la firme de recherche Qualtrics. Il s'est écoulé un mois entre la collecte 4 et le test retest. Cette durée d'intervalle de temps entre les deux passations a permis d'éviter un effet de maturation (le changement du score vrai de la personne lié à l'effet du temps qui passe), et un effet de pratique (le rappel des réponses données lors de la passation précédente) (Marchand, Roberge et Trudel, 1978). Les mêmes critères d'éligibilité ont été utilisés que pour les collectes précédentes (collectes 2 et 3), soit avoir pour langue maternelle le français, vivre dans la province de Québec et être responsable des achats alimentaires au sein du ménage.

Les principales caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de la collecte 4 ont été comparées aux échantillons des différentes collectes de données antérieures et au profil démographique de la population québécoise à des fins de représentativité (Institut de la statistique du Québec, 2018). Elles sont données dans le tableau 5 présenté à la page suivante.

| Principales caractéristiques | Collecte 2 n = 485 | Collecte 3 n = 389 | Collecte 4 n = 185 | Retest n = 91 | Province du Québec (Données 2015-16) |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|
| 21-40 ans | 50.1 % | 48.6 % | 50.2 % | 32.5 % | 26.2 % |
| Femmes | 69.1 % | 61.7 % | 62.9 % | 58.3 % | 50.3 % |
| Mariés ou conjoints de fait | 52.4 % | 60.9 % | 62.2 % | 57.5 % | 56.3 % |
| Sans enfant | 59.8 % | 62.0 % | 61.9 % | 64.2 % | 43.0 % |
| Éducation post-secondaire | 36.5 % | 48.6 % | 40.0 % | 36.78 % | 41.6 % |
| 20 000\$ à 59 999\$ | 44.3 % | 42.2 % | 38.9 % | 44.10 % | 47.3 % |
| Travailleur temps plein | 46.8 % | 48.3 % | 53.8 % | 57.5 % | 50.1 % |
| Poids normal | | | 47.1 % | 44.0 % | 43.9 % |
| Surpoids | | | 31.8 % | 27.4 % | 34.9 % |
| Obésité | | | 19.8 % | 28.6 % | 18.8 % |

Tableau 5 : Principales caractéristiques sociodémographiques des participants aux collectes 2, 3 et 4 et du test retest. Les statistiques démographiques de la province du Québec proviennent de l'Institut de la statistique du Québec (2018a; b)⁵.

Les informations sociodémographiques montrent des proportions de femmes supérieures à la moyenne québécoise dans l'ensemble des collectes (collecte 2, 69.1 %; collecte 3, 61.7 %; collecte 4, 62.9 %; re-test, 58.3 %). Ces données peuvent s'expliquer par le fait que les femmes demeurent très souvent les personnes responsables des achats alimentaires (Allen et Sachs, 2012), ce qui faisait partie des critères d'éligibilité. Elles ont également un

⁵ N.B. Catégories de l'indice de masse corporelle : poids insuffisant = < 18.5; poids normal = 18.5 à 24.9; surpoids = 25 à 29.9; obésité = IMC > 30.

intérêt plus marqué envers la saine alimentation que les hommes et croient davantage en les bénéfices qui s'y rattachent (Wardle et coll. 2004). On observe aussi que les 21-40 ans (milléniaux) représentent 50.1 % des participants dans la collecte 2, 48.6 % dans la collecte 3, 50.2 % dans la collecte 4 et 32.5 % dans le re-test. La proportion élevée de cette cohorte peut entre autres s'expliquer par le fait que les milléniaux sont plus susceptibles d'être familiers avec les enquêtes en ligne que les autres générations. Par ailleurs, il est à noter que les questions relatives à l'indice de masse corporelle (taille et poids) ont été posées uniquement lors de la dernière collecte de données (incluant le retest) afin de réduire la longueur des enquêtes 2 et 3. Ces mesures auto-déclarées ont été données par 162 participants, soit 87.68 % de l'échantillon (n=185) de la collecte 4, et par 84 participants du retest (92.31 %). En général, elles se rapprochent des données québécoises pour les années 2015-16, d'après l'Institut de la statistique du Québec (2018a; b).

Les différentes statistiques descriptives, les coefficients de saturation et les alphas de Cronbach associés à la collecte 4 se trouvent dans le tableau suivant. Ce dernier fait état du maintien des facteurs et des items décelés lors de la collecte précédente. La mesure de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) distingue toujours deux facteurs, soit les médias traditionnels (α de Cronbach = .923) et numériques (α de Cronbach = .885) avec 11 items. L'échelle des stratégies alimentaires santé (SAS) donne toujours quant à elle trois facteurs avec 56 items, soit favoriser des choix alimentaires durables avec un alpha de Cronbach de .960, limiter et éliminer avec un alpha de Cronbach de .934 et planification avec un alpha de Cronbach de .877. Les coefficients de saturation (« loading ») après rotation varient entre .692 et .898 pour la recherche d'informations sur la saine alimentation, et entre .363 et .898 pour les stratégies alimentaires santé.

| RISA | Moyenne | Écart-type | Coefficient de saturation (« loading ») | Coefficient de saturation après rotation | Alpha de Cronbach |
|--|----------------|-------------------|--|---|--------------------------|
| Facteur 1 | 4.39 | 1.600 | | | 0.923 |
| 1. Je compare les étiquettes pour choisir le produit le plus nutritif | 4.94 | 1.804 | 0.731 | 0.802 | |
| 2. Je consulte des documentaires pour m'informer sur la saine alimentation | 4.15 | 1.936 | 0.776 | 0.773 | |
| 3. Je lis des articles sur la nutrition dans les magazines, les livres et (ou) les journaux | 4.13 | 2.028 | 0.775 | 0.813 | |
| 4. Je lis des chroniques sur la nutrition dans des livres et (ou) sites web de recettes | 4.02 | 2.033 | 0.813 | 0.791 | |
| 5. J'écoute les conseils de spécialistes de la santé (nutritionniste, médecin, naturopathe) dans des chroniques à la télévision, à la radio et (ou) dans les journaux | 4.29 | 1.982 | 0.678 | 0.698 | |
| 6. Il est important pour moi de rester à l'affût des informations concernant l'alimentation et la santé | 4.71 | 1.761 | 0.834 | 0.820 | |
| 7. Je lis plus d'articles sur la santé qu'il y a 3 ans | 4.55 | 1.982 | 0.662 | 0.692 | |
| Facteur 2 | 2.89 | 1.840 | | | 0.885 |
| 8. Je m'informe sur la nutrition et la santé via les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Pinterest, autres) | 3.38 | 2.170 | 0.654 | 0.867 | |
| 9. Je suis des influenceurs web (blogueur, chef cuisinier, personnalité connue, coach, nutritionniste, naturopathe, ostéopathe, autres) concernant la saine alimentation | 2.62 | 2.119 | 0.599 | 0.791 | |
| 10. Je suis les tendances alimentaires santé sur les médias sociaux (Facebook, Instagram et Pinterest, autres) | 2.99 | 2.163 | 0.697 | 0.898 | |
| 11. J'écoute des vidéos sur YouTube véhiculés par des gens qui partagent leurs expériences personnelles sur la saine alimentation | 2.57 | 2.078 | 0.526 | 0.699 | |
| SAS | | | | | |
| Facteur 1 | 2.82 | 1.482 | | | 0.960 |

| | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|
| 1. Je choisis des poissons sauvages au lieu des poissons d'élevage (de culture) | 3.52 | 2.022 | 0.633 | 0.557 |
| 2. Je choisis des produits laitiers biologiques au lieu des produits laitiers conventionnels | 2.62 | 2.023 | 0.699 | 0.753 |
| 3. Je choisis des viandes nourries à l'herbe au lieu des viandes nourries aux grains | 3.09 | 1.942 | 0.633 | 0.669 |
| 4. Je remplace la crème glacée par la crème glacée végé ex. nice cream (dessert glacé à base de bananes) | 2.30 | 1.933 | 0.532 | 0.683 |
| 5. Je remplace la crème sure par le yogourt grec dans mes salades de patates, fajitas, pommes de terre au four et/ou salades chou | 3.21 | 2.194 | 0.617 | 0.463 |
| 6. Je remplace la mayonnaise par le yogourt grec dans mes trempettes et/ou vinaigrettes crémeuses | 3.07 | 2.186 | 0.682 | 0.556 |
| 7. Je remplace la viande conventionnelle par la viande biologique | 2.62 | 1.925 | 0.687 | 0.731 |
| 8. Je remplace le beurre et/ou la margarine par le yogourt grec dans mes recettes de desserts | 2.56 | 1.948 | 0.664 | 0.633 |
| 9. Je remplace le lait et le fromage de vache par la boisson de protéines végétales (p. ex. soya, riz, amandes, cachou, coco) et/ou un fauxmage à base de noix ou d'avoine | 2.74 | 2.162 | 0.715 | 0.654 |
| 10. Je remplace le pain de blé entier et les pâtes alimentaires de blé entier par le pain et les pâtes alimentaires sans gluten | 2.45 | 2.036 | 0.566 | 0.650 |
| 11. Je remplace les biscuits, les barres tendres et/ou les muffins par des barres protéinés | 3.24 | 2.134 | 0.568 | 0.542 |
| 12. Je remplace les pâtes alimentaires blanches par les pâtes végétales (p. ex. lentilles, pois chiches, haricots, kamut, riz, épeautre, quinoa) | 3.02 | 2.090 | 0.746 | 0.702 |
| 13. Je remplace l'huile de canola par le lait de coco dans mes recettes de desserts | 2.43 | 1.987 | 0.667 | 0.797 |
| 14. Je commande des paniers biologiques et/ou locaux et je planifie mes repas en fonction des aliments qui s'y trouvent | 2.38 | 1.999 | 0.540 | 0.681 |
| 15. Je vais majoritairement dans des épiceries santé pour planifier des repas santé (p. ex. Tau, Avril, Rachel Béry, Le végétarien, La Moisson) | 2.40 | 2.016 | 0.707 | 0.890 |
| 16. J'adhère à un régime alimentaire (p. ex. végétarisme, flexitarisme) qui diminue ou élimine ma consommation de protéines animales (viandes et produits laitiers) | 2.63 | 2.224 | 0.646 | 0.718 |

| | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|-------|
| 17. Je choisis des aliments biologiques pour les aliments que je consomme le plus souvent | 2.82 | 2.104 | 0.755 | 0.817 | |
| 18. Je débute un repas par une salade ou des crudités | 3.71 | 1.932 | 0.552 | 0.433 | |
| 19. Je mange cinq (5) ou six (6) petits repas par jour | 2.80 | 1.909 | 0.522 | 0.644 | |
| 20. Je mange une à deux collation (s) santé par jour | 4.05 | 1.940 | 0.499 | 0.379 | |
| 21. Je prends un smoothie par jour | 2.30 | 1.924 | 0.653 | 0.744 | |
| 22. J'achète des paniers biologiques ou locaux pour varier mon alimentation | 2.36 | 2.016 | 0.529 | 0.783 | |
| 23. J'ajoute de la protéine végétale à mes smoothies (p. ex. levure nutritionnelle, protéine de riz brun) | 2.51 | 2.141 | 0.616 | 0.662 | |
| 24. J'ajoute du miel, du citron, de la lime, des bâtonnets de cannelle, de la spiruline, de la chlorophylle et/ou de l'aloès à mon eau plate | 2.96 | 2.293 | 0.575 | 0.679 | |
| Facteur 2 | 4.73 | 1.367 | | | 0.934 |
| 25. Je limite la consommation de repas hors foyer (restaurant en tout genre, cantine, food truck) | 5.16 | 1.885 | 0.453 | 0.579 | |
| 26. Je limite les desserts (ex. gâteau, barres tendres, biscuits, pudding) | 4.84 | 1.943 | 0.507 | 0.697 | |
| 27. Je limite ma consommation de charcuterie | 4.88 | 1.918 | 0.501 | 0.621 | |
| 28. Je limite ma consommation de jus de fruits | 4.82 | 2.068 | 0.496 | 0.628 | |
| 29. Je limite ma consommation de produits contenant de l'huile de palme | 4.78 | 2.173 | 0.540 | 0.659 | |
| 30. Je limite ma consommation de produits que je considère malsains à des occasions spéciales | 5.00 | 1.894 | 0.519 | 0.677 | |
| 31. Je limite ma consommation de viande et de viande rouge | 4.17 | 2.31 | 0.556 | 0.598 | |
| 32. Je réduis la quantité de sucre dans les recettes de desserts | 4.46 | 2.056 | 0.653 | 0.607 | |
| 33. J'élimine l'ajout de sel dans les recettes, même si indiqué | 4.63 | 2.122 | 0.432 | 0.467 | |
| 34. J'élimine les boissons énergisantes | 5.93 | 1.816 | 0.552 | 0.676 | |
| 35. J'élimine les boissons gazeuses (exclut l'eau gazéifiée) | 4.87 | 2.129 | 0.385 | 0.601 | |
| 36. J'élimine les charcuteries qui contiennent des nitrites et des nitrates | 4.65 | 2.001 | 0.608 | 0.675 | |
| 37. J'élimine les produits congelés déjà préparés et prêts-à-manger | 4.86 | 2.105 | 0.467 | 0.585 | |
| 38. J'élimine les produits dont la liste d'ingrédients est trop longue | 4.52 | 2.003 | 0.609 | 0.738 | |

| | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|-------|
| 39. J'élimine les produits hydrogénés (p. ex. margarine) | 4.29 | 2.148 | 0.451 | 0.574 | |
| 40. J'élimine les produits industriels contenant du sucralose, du galactose, du glucose et des édulcorants artificiels | 4.57 | 2.025 | 0.586 | 0.595 | |
| 41. J'élimine la tartina industrielle au chocolat | 4.63 | 2.348 | 0.434 | 0.594 | |
| 42. J'élimine les produits contenant du glutamate monosodique (MSG) | 4.44 | 2.082 | 0.557 | 0.650 | |
| 43. J'élimine les produits que je qualifie de mauvais pour la santé afin d'éviter les tentations | 4.74 | 1.968 | 0.585 | 0.673 | |
| 44. J'évite de grignoter entre les repas | 4.40 | 1.945 | 0.372 | 0.474 | |
| Facteur 3 | 5.01 | 1.214 | | | 0.877 |
| 45. J'achète beaucoup d'aliments frais (fruits et légumes, protéines) pour avoir un frigo et congélateur bien rempli | 5.48 | 1.610 | 0.434 | 0.406 | |
| 46. Je fais et je suis ma liste d'épicerie pour éviter les tentations pour des aliments moins santé | 4.79 | 1.953 | 0.583 | 0.737 | |
| 47. Je fais un inventaire général de mon réfrigérateur avant d'aller à l'épicerie | 5.38 | 1.657 | 0.617 | 0.735 | |
| 48. Je structure mes achats alimentaires en fonction de mon menu de la semaine | 4.88 | 1.850 | 0.341 | 0.495 | |
| 49. J'utilise mes restes de repas pour mes lunchs au travail | 5.40 | 1.936 | 0.351 | 0.694 | |
| 50. J'apprête (transforme) moi-même les repas et les collations (p. ex. barres tendres, muffins) | 4.28 | 2.078 | 0.431 | 0.396 | |
| 51. Je compose mes repas en fonction des aliments disponibles de saison | 5.09 | 1.789 | 0.462 | 0.363 | |
| 52. Je congèle mes restes de table et/ou mes surplus d'aliments que j'ai préparés (p. ex. sauce à spaghetti, chili, potages) | 5.47 | 1.859 | 0.434 | 0.546 | |
| 53. Je décongèle le matin un aliment à consommer pour le repas du soir (p. ex. viande, poisson) | 5.17 | 1.882 | 0.466 | 0.590 | |
| 54. Je double mes recettes pour avoir des repas prêts à manger pour d'autres occasions | 5.32 | 1.712 | 0.489 | 0.566 | |
| 55. Je planifie mon menu de la semaine de manière globale ou en détail le weekend | 4.45 | 2.072 | 0.449 | 0.540 | |
| 56. Je prépare plusieurs repas à partir d'un aliment vedette de la semaine (p. ex. poulet - sandwich, salade, poulet rôti) | 4.42 | 2.055 | 0.406 | 0.468 | |

Tableau 6 : Résultats de la collecte 4 (n=185).

Une procédure d'analyse factorielle confirmatoire a également été réalisée, grâce à l'usage des logiciels SAS version 9.4 pour la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance basée sur la matrice de variance-covariance. Afin de vérifier l'ajustement et la robustesse des modèles sur les données de la collecte 4, les principaux indices statistiques « fit » ont été utilisés selon les recommandations de Kline (2005), comme indiqués dans le tableau suivant.

| Échelles de mesure | SRMR | RMSEA | CFI | TLI |
|---------------------------|-------------|--------------|------------|------------|
| RISA | .049 | .080 | .946 | .933 |
| SAS | .075 | .081 | .832 | .896 |

Tableau 7 : Résultats de l'analyse confirmatoire (n = 185).

Les données relatives à la mesure de la recherche d'informations sur la saine alimentation (valeur $p = .000$; $\chi^2 = 301.64$ pour 53 degrés de liberté) montrent que la valeur moyenne quadratique standardisée (standardized root mean square residual; SRMR) représentant la racine carrée de la différence entre les résidus de la matrice de covariance et le modèle de covariance hypothétique est égale à .049 (modèle idéal : $< .055$), l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (root mean square error of approximation; RMSEA) choisissant le modèle avec le plus petit nombre de paramètres est de .080 avec une limite de confiance de 90 % (modèle correct entre .05 et .10), l'indice comparatif d'ajustement (comparative fit index; CFI) validant la performance du modèle lorsque la taille de l'échantillon est petite est de .946 (modèle idéal $> .94$) (Hooper, Coughlan et Mullen, 2008) et l'indice de Tucker-Lewis (Tucker-Lewis Index; TLI) totalise .933 (modèle acceptable $> .90$) (Xia et Yang, 2019).

Les données qui concernent la mesure des stratégies alimentaires santé (valeur $p = .000$; $\chi^2 = 309.78$ pour 201 degrés de liberté) montrent que la valeur moyenne quadratique standardisée (standardized root mean square residual; SRMR) est égale à .075 (modèle acceptable : $< .08$), l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (root mean square

error of approximation; RMSEA) est de .081 avec une limite de confiance de 90 % (modèle correct entre .05 et .10), l'indice comparatif d'ajustement (comparative fit index; CFI) est de .832 (modèle acceptable > .80) (Hooper, Coughlan et Mullen, 2008) et l'indice de Tucker-Lewis (Tucker-Lewis Index; TLI) totalise .896 (modèle acceptable > .90) (Xia et Yang, 2019).

Tous les indices de la qualité de l'ajustement indiquent un ajustement acceptable des données de l'échantillon des deux facteurs pour la mesure de la recherche d'informations sur la saine alimentation et des trois facteurs pour la mesure des stratégies alimentaires santé, bien que cette dernière mesure montre des indices plus faibles que la mesure de la recherche d'informations. Les indices témoignent de la fiabilité de la structure des échelles de mesure. L'analyse confirmatoire valide ainsi l'existence des deux facteurs mesurant la recherche d'informations sur la saine alimentation totalisant 11 items et des trois facteurs mesurant les stratégies alimentaires santé générant 56 items.

Quant aux données du test retest ($n = 91$), elles ont été analysées à l'aide du logiciel R version 3.6 pour l'analyse de la stabilité temporelle entre la collecte 4 et le retest (coefficients Kappa pondérés de Cohen). Les coefficients de saturation (« loading ») après rotation sont entre .689 et .899 pour la recherche d'informations sur la saine alimentation et entre .347 et .889 pour les stratégies alimentaires santé, et sont statistiquement significatifs (valeur $p < .001$). Les indices de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indiquant quant à eux « jusqu'à quel point l'ensemble des variables retenues est un ensemble cohérent et permettant de constituer une ou des mesures adéquates de concepts » sont satisfaisants (un KMO élevé montre qu'il existe une solution factorielle statistiquement acceptable qui représente les relations entre les variables) (Yergeau et Poirier, 2013). L'indice se chiffre à .840 (KMO entre .8 et .89 = indice méritoire) concernant la mesure de la recherche d'informations sur la saine alimentation, et à .735 (KMO entre .7 et .79 = indice moyen) pour la mesure des stratégies alimentaires santé. Il est à noter que le test de sphéricité de Bartlett, mesuré conjointement à l'indice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), qui vérifie l'hypothèse nulle selon laquelle toutes les corrélations seraient égales à zéro est significatif

pour les deux échelles (test de sphéricité de Bartlett significatif = .000), ce qui est conforme aux résultats attendus (rejet de l'hypothèse nulle) (Yergeau et Poirier, 2013).

La variance expliquée est de 39.69 % pour le facteur 1 de la mesure de la recherche d'informations sur la saine alimentation et de 26.31 % pour le facteur 2 (variance totale expliquée = 66 %) (n = 91). Quant à la mesure des stratégies, la variance expliquée est de 29.43 % pour le facteur 1, 10.95 % pour le facteur 2 et de 5.69 % pour le facteur 3 (variance totale expliquée = 46.07 %).

Les coefficients kappa pondérés (la pondération est nécessaire pour les variables ordinales) de Cohen ont été calculés (n = 91). Le kappa montre la stabilité temporelle à l'aide de la concordance entre deux variables et sa pondération paramètre l'importance à l'accord ou au désaccord (Hair et coll. 1998). Dans un contexte de test-retest, une bonne concordance indique qu'une question est bien posée et que les participants y répondent de la même façon aux 2 moments. Par contre, une faible concordance peut indiquer qu'une question est floue et que les participants ne savent pas trop comment y répondre, ce qui fait que leurs réponses sont plus différentes d'une fois à l'autre (Hair et coll. 1998). Les valeurs sont modérées (K = .40 à .59) et bonnes (k = .60 à .80) pour chacune des échelles avec un intervalle de confiance de 95 %, où 1 est jugé excellent (tableau 8), ce qui signifie que les échelles de mesure sont acceptables.

| RISA | Moyenne | Écart-type | Coefficient de saturation (« loading ») | Coefficient de saturation après rotation | Alpha de Cronbach | Kappa pondérés |
|---|----------------|-------------------|--|---|--------------------------|-----------------------|
| Facteur 1 | 4.22 | 1.463 | | | .902 | |
| 1. Je compare les étiquettes pour choisir le produit le plus nutritif | 4.74 | 1.742 | .731 | .815 | | .752 |
| 2. Je consulte des documentaires pour m'informer sur la saine alimentation | 4.13 | 1.859 | .775 | .801 | | .662 |
| 3. Je lis des articles sur la nutrition dans les magazines, les livres et (ou) les journaux | 4.06 | 1.950 | .786 | .842 | | .706 |
| 4. Je lis des chroniques sur la nutrition dans des livres et (ou) sites web de recettes | 3.89 | 1.878 | .815 | .801 | | .645 |
| 5. J'écoute les conseils de spécialistes de la santé (nutritionniste, médecin, naturopathe) dans des chroniques à la télévision, à la radio et (ou) dans les journaux | 4.02 | 1.806 | .666 | .686 | | .697 |
| 6. Il est important pour moi de rester à l'affût des informations concernant l'alimentation et la santé | 4.53 | 1.720 | .818 | .803 | | .616 |
| 7. Je lis plus d'articles sur la santé qu'il y a 3 ans | 4.18 | 1.962 | .659 | .695 | | .700 |

| | | | | | | |
|--|------|-------|------|------|------|------|
| Facteur 2 | 2.13 | 1.339 | | | .852 | |
| 8. Je m'informe sur la nutrition et la santé via les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Pinterest, autres) | 2.45 | 1.800 | .639 | .866 | | .655 |
| 9. Je suis des influenceurs web (blogueur, chef cuisinier, personnalité connue, coach, nutritionniste, naturopathe, ostéopathe, autres) concernant la saine alimentation | 1.88 | 1.502 | .597 | .796 | | .575 |
| 10. Je suis les tendances alimentaires santé sur les médias sociaux (Facebook, Instagram et Pinterest, autres) | 2.07 | 1.592 | .687 | .899 | | .655 |
| 11. J'écoute des vidéos sur YouTube véhiculés par des gens qui partagent leurs expériences personnelles sur la saine alimentation | 2.13 | 1.632 | .506 | .690 | | .544 |
| SAS | | | | | | |
| Facteur 1 | 2.54 | 1.143 | | | .953 | |
| 1. Je choisis des poissons sauvages au lieu des poissons d'élevage (de culture) | 3.39 | 1.967 | .649 | .576 | | .629 |
| 2. Je choisis des produits laitiers biologiques au lieu des produits | 2.31 | 1.846 | .706 | .753 | | .826 |

| | | | | | | |
|--|------|-------|------|------|--|------|
| laitiers conventionnels | | | | | | |
| 3. Je choisis des viandes nourries à l'herbe au lieu des viandes nourries aux grains | 2.76 | 1.796 | .636 | .685 | | .671 |
| 4. Je remplace la crème glacée par la crème glacée végé ex. nice cream (dessert glacé à base de bananes) | 2.23 | 1.780 | .536 | .669 | | .601 |
| 5. Je remplace la crème sure par le yogourt grec dans mes salades de patates, fajitas, pommes de terre au four et/ou salades chou | 2.95 | 1.891 | .600 | .481 | | .631 |
| 6. Je remplace la mayonnaise par le yogourt grec dans mes trempettes et/ou vinaigrettes crémeuses | 2.72 | 2.001 | .674 | .576 | | .661 |
| 7. Je remplace la viande conventionnelle par la viande biologique | 2.30 | 1.688 | .702 | .753 | | .717 |
| 8. Je remplace le beurre et/ou la margarine par le yogourt grec dans mes recettes de desserts | 2.36 | 1.809 | .653 | .645 | | .653 |
| 9. Je remplace le lait et le fromage de vache par la boisson de protéines végétales (p. ex. soya, riz, amandes, cachou, coco) et/ou un fauxmage à base de noix ou d'avoine | 2.58 | 2.064 | .716 | .660 | | .808 |

| | | | | | |
|--|------|-------|------|------|------|
| 10. Je remplace le pain de blé entier et les pâtes alimentaires de blé entier par le pain et les pâtes alimentaires sans gluten | 2.34 | 1.789 | .578 | .658 | .680 |
| 11. Je remplace les biscuits, les barres tendres et/ou les muffins par des barres protéinés | 2.96 | 1.812 | .557 | .562 | .678 |
| 12. Je remplace les pâtes alimentaires blanches par les pâtes végétales (p. ex. lentilles, pois chiches, haricots, kamut, riz, épeautre, quinoa) | 2.57 | 1.855 | .725 | .727 | .703 |
| 13. Je remplace l'huile de canola par le lait de coco dans mes recettes de desserts | 2.13 | 1.655 | .660 | .815 | .693 |
| 14. Je commande des paniers biologiques et/ou locaux et je planifie mes repas en fonction des aliments qui s'y trouvent | 2.14 | 1.826 | .545 | .688 | .765 |
| 15. Je vais majoritairement dans des épiceries santé pour planifier des repas santé (p. ex. Tau, Avril, Rachel Béry, Le végétarien, La Moisson) | 2.00 | 1.517 | .712 | .889 | .765 |
| 16. J'adhère à un régime alimentaire (p. ex. végétarisme, flexitarisme) qui diminue ou élimine ma consommation de protéines | 2.21 | 1.660 | .657 | .713 | .674 |

| | | | | | | |
|--|------|-------|------|------|------|------|
| animales (viandes et produits laitiers) | | | | | | |
| 17. Je choisis des aliments biologiques pour les aliments que je consomme le plus souvent | 2.36 | 1.738 | .766 | .822 | | .796 |
| 18. Je débute un repas par une salade ou des crudités | 3.63 | 1.773 | .539 | .422 | | .639 |
| 19. Je mange cinq (5) ou six (6) petits repas par jour | 2.60 | 1.707 | .513 | .654 | | .616 |
| 20. Je mange une à deux collation (s) santé par jour | 3.83 | 1.868 | .501 | .411 | | .578 |
| 21. Je prends un smoothie par jour | 2.03 | 1.580 | .655 | .759 | | .712 |
| 22. J'achète des paniers biologiques ou locaux pour varier mon alimentation | 1.98 | 1.606 | .531 | .787 | | .718 |
| 23. J'ajoute de la protéine végétale à mes smoothies (p. ex. levure nutritionnelle, protéine de riz brun) | 1.95 | 1.695 | .623 | .645 | | .659 |
| 24. J'ajoute du miel, du citron, de la lime, des bâtonnets de cannelle, de la spiruline, de la chlorophylle et/ou de l'aloès à mon eau plate | 2.69 | 2.007 | .544 | .590 | | .708 |
| Facteur 2 | 4.74 | 1.310 | | | .928 | |
| 25. Je limite la consommation de repas hors foyer (restaurant en tout genre, cantine, food truck) | 4.88 | 1.990 | .472 | .594 | | .694 |

| | | | | | |
|---|------|-------|------|------|------|
| 26. Je limite les desserts (p. ex. gâteau, barres tendres, biscuits, pudding) | 4.73 | 2.000 | .519 | .712 | .697 |
| 27. Je limite ma consommation de charcuterie | 4.87 | 1.892 | .517 | .623 | .634 |
| 28. Je limite ma consommation de jus de fruits | 4.72 | 2.123 | .506 | .618 | .603 |
| 29. Je limite ma consommation de produits contenant de l'huile de palme | 4.88 | 2.068 | .549 | .644 | .674 |
| 30. Je limite ma consommation de produits que je considère malsains à des occasions spéciales | 4.83 | 1.891 | .516 | .685 | .580 |
| 31. Je limite ma consommation de viande et de viande rouge | 3.80 | 2.160 | .560 | .589 | .717 |
| 32. Je réduis la quantité de sucre dans les recettes de desserts | 4.57 | 2.069 | .632 | .580 | .651 |
| 33. J'élimine l'ajout de sel dans les recettes, même si indiqué | 4.54 | 2.074 | .427 | .434 | .609 |
| 34. J'élimine les boissons énergisantes | 6.26 | 1.606 | .548 | .684 | .736 |
| 35. J'élimine les boissons gazeuses (exclut l'eau gazéifiée) | 5.08 | 2.077 | .415 | .629 | .772 |
| 36. J'élimine les charcuteries qui contiennent des nitrites et des nitrates | 4.64 | 1.851 | .625 | .694 | .644 |
| 37. J'élimine les produits congelés déjà | 4.76 | 1.958 | .475 | .601 | .630 |

| | | | | | | |
|--|------|-------|------|------|------|------|
| préparés et prêts-à-manger | | | | | | |
| 38. J'élimine les produits dont la liste d'ingrédients est trop longue | 4.43 | 2.040 | .620 | .736 | | .631 |
| 39. J'élimine les produits hydrogénés (p. ex. margarine) | 4.57 | 2.085 | .463 | .609 | | .705 |
| 40. J'élimine les produits industriels contenant du sucralose, du galactose, du glucose et des édulcorants artificiels | 4.56 | 2.045 | .594 | .606 | | .662 |
| 41. J'élimine la tartinade industrielle au chocolat | 4.90 | 2.239 | .471 | .581 | | .614 |
| 42. J'élimine les produits contenant du glutamate monosodique (MSG) | 4.45 | 1.957 | .584 | .646 | | .631 |
| 43. J'élimine les produits que je qualifie de mauvais pour la santé afin d'éviter les tentations | 4.78 | 1.938 | .607 | .662 | | .634 |
| 44. J'évite de grignoter entre les repas | 4.63 | 1.768 | .350 | .467 | | .543 |
| Facteur 3 | 4.81 | 1.105 | | | .823 | |
| 45. J'achète beaucoup d'aliments frais (fruits et légumes, protéines) pour avoir un frigo et congélateur bien rempli | 5.50 | 1.264 | .447 | .401 | | .585 |
| 46. Je fais et je suis ma liste d'épicerie pour éviter les tentations pour | 4.81 | 1.784 | .628 | | | |

| | | | | | | |
|--|------|-------|------|------|--|------|
| des aliments moins santé | | | | .732 | | .616 |
| 47. Je fais un inventaire général de mon réfrigérateur avant d'aller à l'épicerie | 5.33 | 1.557 | .619 | .711 | | .667 |
| 48. Je structure mes achats alimentaires en fonction de mon menu de la semaine | 4.43 | 1.965 | .421 | .528 | | .579 |
| 49. J'utilise mes restes de repas pour mes lunchs au travail | 5.01 | 2.160 | .321 | .389 | | .731 |
| 50. J'apprête (transforme) moi-même les repas et les collations (ex. barres tendres, muffins) | 3.93 | 2.085 | .427 | .383 | | .613 |
| 51. Je compose mes repas en fonction des aliments disponibles de saison | 4.93 | 1.661 | .451 | .347 | | .636 |
| 52. Je congèle mes restes de table et/ou mes surplus d'aliments que j'ai préparés (p. ex. sauce à spaghetti, chili, potages) | 5.24 | 1.810 | .492 | .612 | | .661 |
| 53. Je décongèle le matin un aliment à consommer pour le repas du soir (p. ex. viande, poisson) | 5.10 | 1.662 | .448 | .571 | | .630 |
| 54. Je double mes recettes pour avoir des repas prêts à manger pour d'autres occasions | 5.08 | 1.870 | .547 | .648 | | .638 |
| 55. Je planifie mon menu de la semaine de | 4.10 | 2.043 | .557 | | | |

| | | | | | | |
|--|------|-------|------|------|--|------|
| manière globale ou en détail le weekend | | | | .649 | | .597 |
| 56. Je prépare plusieurs repas à partir d'un aliment vedette de la semaine (p. ex. poulet - sandwich, salade, poulet rôti) | 4.14 | 1.889 | .384 | .461 | | .538 |

Tableau 8 : Résultats du retest (n=91).

Des cohérences internes très satisfaisantes (α de Cronbach $> .70$) sont observées comme démontrées dans la figure 3.

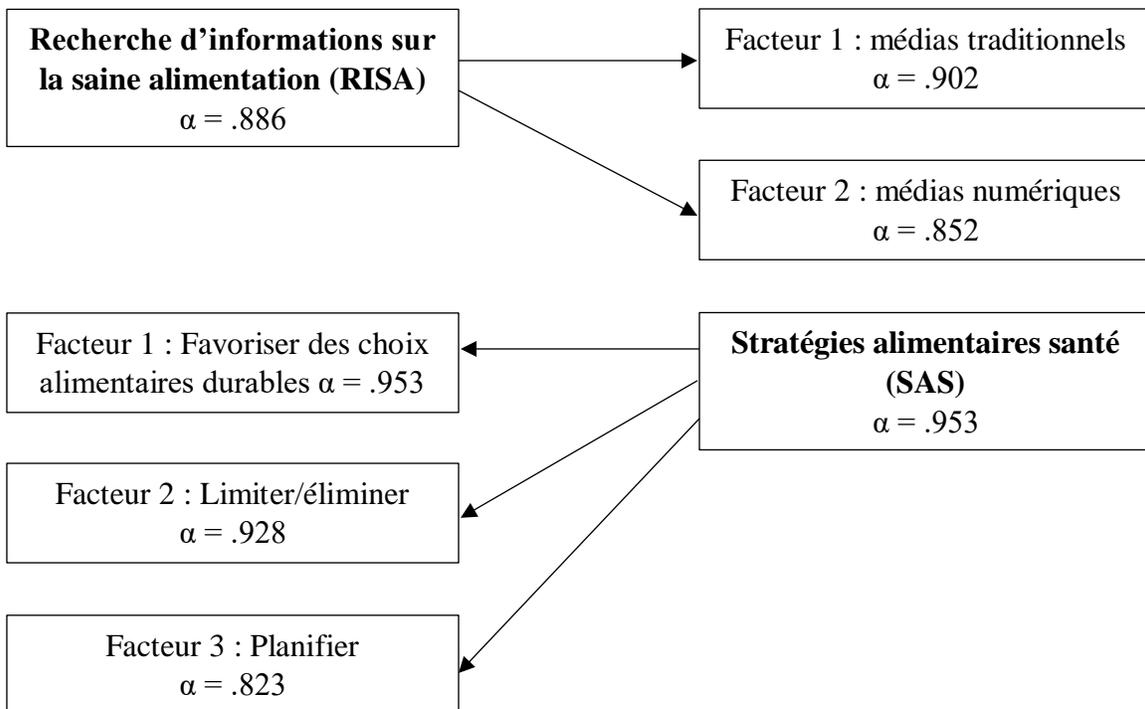


Figure 3 : Facteurs des mesures de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et des stratégies alimentaires santé (SAS) et leurs alphas de Cronbach.

Le coefficient de corrélation exprime par ailleurs une covariance moyenne significative et positive (entre $.3$ et $.5 = r$ moyen) (Yergeau et Poirier, 2013) entre les facteurs de l'échelle

de mesure de la recherche d'informations sur la saine alimentation et ceux de la mesure des stratégies alimentaires santé, comme indiqué dans le tableau 9.

| Facteurs des échelles | F1 | F2 | F3 |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| RISA | | | |
| Médias traditionnels (F1) | 1 | | |
| Médias numériques (F2) | .367 | 1 | |
| SAS | | | |
| Favoriser des choix durables (F1) | 1 | | |
| Limiter/ éliminer (F2) | .479 | 1 | |
| Planification (F3) | .364 | .495 | 1 |

Tableau 9 : Corrélations entre les facteurs de l'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation et celle des stratégies alimentaires santé (n = 91)⁶.

Enfin, les validités convergentes et divergentes ont été testées. La validité convergente est établie quand chaque item obtient un coefficient de saturation (« loading ») significatif pour chaque construit (Netemeyer, Johnson et Burton, 1990), alors que la validité divergente est établie quand les corrélations estimées entre les facteurs ne sont pas trop élevées (< .85) (Kline, 2005). Le tableau 10 nous montre qu'après calculs de l'étendue des corrélations de Pearson, les données supportent les validités convergentes et divergentes avec un taux de succès des mesures allant de 80 % à 100 %, ce qui nous permet de conclure que les items convergent vers les facteurs appropriés et distinguent les différents construits (Fayers et Machin, 2013). Les structures des échelles sont ainsi validées.

⁶ N.B. Les corrélations sont significatives au niveau .01.

| Facteurs des échelles | Nombre d'items | Validité convergente | Validité divergente | Succès | Taux de succès |
|-----------------------------------|----------------|----------------------|---------------------|--------|----------------|
| Médias traditionnels (F1) | 7 | 0.71-0.87 | 0.45-0.72 | 7/7 | 100 % |
| Médias numériques (F2) | 4 | 0.69-0.78 | 0.51-0.69 | 4/5 | 80 % |
| Favoriser des choix durables (F1) | 24 | 0.35-0.77 | 0.31-0.52 | 21/24 | 88 % |
| Limiter/ éliminer (F2) | 20 | 0.50-0.76 | 0.13-0.55 | 20/20 | 100 % |
| Planification (F3) | 12 | 0.67-0.82 | 0.48-0.72 | 10/12 | 83 % |

Tableau 10 : Tests de validités convergentes et divergentes des facteurs des échelles RISA et SAS (n = 109).

1.2.4 Segmentation : sexe, âge et indice de masse corporelle (IMC)

Les recherches antérieures suggèrent que différentes variables sociodémographiques comme le sexe, l'âge et l'indice de masse corporelle sont statistiquement associées à la saine alimentation (Hearty et coll. 2007; Kiefer, Rathmanner, et Kunze, 2005; Steptoe, Pollard et Wardle, 1995). Dans la présente thèse, ces variables ont été examinées suivant l'échantillon de l'analyse principale (Streiner, Norman et Cairney's, 2008), soit de 185 répondants.

La variable sexe a été analysée grâce à une comparaison des scores suivant le test des échantillons indépendants (test T). Les résultats indiquent une seule différence significative entre les sexes soit celle relative au troisième facteur, soit la planification (valeur $p = .015$), comme indiqué dans le tableau 11. Les femmes ont un score plus élevé que les hommes ($\bar{x} = 5.25$ vs 4.79), ce qui implique qu'elles semblent planifier davantage les repas en passant par la sélection, l'achat et la préparation des aliments. Aucune autre différence n'a été soulevée quant à la recherche d'informations sur la saine alimentation signifiant que le fait d'être une femme ou un homme n'influence pas la recherche d'informations sur la saine alimentation dans les médias traditionnels ou numériques.

| Facteurs des échelles | Femmes (n = 118) | | Hommes (n = 67) | | Test T (n = 185) | |
|------------------------------|---------------------|------------|--------------------|------------|--------------------------|---------------------------|
| | Moyenne | Écart-type | Moyenne | Écart-type | T (égalité des moyennes) | Valeur p Sig. (Bilatéral) |
| RISA | 4.08 | 1.755 | 3.93 | 1.551 | -.554 | .567 |
| Médias traditionnels | 4.57 | 1.584 | 4.44 | 1.797 | -.504 | .615 |
| Médias numériques | 3.22 | 1.862 | 3.05 | 2.029 | -.573 | .568 |
| SAS | 4.05 | 1.115 | 4.08 | 1.396 | .159 | .874 |
| Favoriser des choix durables | 2.81 | 1.386 | 3.24 | 1.806 | 1.835 | .068 |
| Limitier/ éliminer | 4.80 | 1.371 | 4.64 | 1.434 | -.704 | .460 |
| Planification | 5.25 | 1.159 | 4.79 | 1.404 | -2.443 | .015 |

Tableau 11 : Statistiques descriptives des facteurs des échelles de la recherche d'informations sur la saine alimentation et des stratégies alimentaires santé selon le sexe et résultats de la comparaison des moyennes suivant le test T.

La variable âge a été étudiée grâce à une comparaison des scores suivant une analyse univariée de variance (anova) en fonction des deux catégories de générations. Le tableau 12 montre les moyennes estimées et leur erreur-type pour chaque génération, ainsi que les résultats de l'anova.

| Facteurs des échelles | Milléniaux (Y et Z) | | Autres générations (X et baby-boomers) | | F | Valeur p |
|---|---------------------|-------------|--|-------------|--------|------------------|
| | Moyenne | Erreur-type | Moyenne | Erreur-type | | |
| Recherche d'informations sur la saine alimentation | 4.39 | .149 | 3.48 | .176 | 6.353 | <.0001 |
| Médias traditionnels | 4.77 | 1.155 | 4.14 | .183 | 4.187 | .007 |
| Médias numériques | 3.73 | .171 | 2.33 | .201 | 11.033 | <.0001 |
| Stratégies alimentaires santé | 4.21 | .115 | 3.81 | .136 | 2.494 | .061 |
| Favoriser des choix durables | 3.30 | .145 | 2.49 | .170 | 5.101 | .002 |
| Limiter/ éliminer | 4.73 | .133 | 4.73 | .157 | 1.337 | .264 |
| Planification | 5.19 | .121 | 4.95 | .143 | 1.174 | .321 |

Tableau 12 : Estimation des moyennes des échelles et résultats des anovas des facteurs des échelles selon les différentes générations.

Les résultats montrent quelques différences significatives entre les milléniaux et les générations plus âgées, lorsqu'on compare la moyenne des facteurs entre les quatre sous-génération. Du côté de l'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation (valeur $p < .0001$), les milléniaux présentent des scores plus élevés que les générations plus âgées ($\bar{x} = 4.39$ vs 3.48) tant pour les médias traditionnels ($\bar{x} = 4.77$ vs 4.14 ; valeur $p = .007$) que les médias numériques ($\bar{x} = 3.73$ vs 2.33 ; valeur $p = <.0001$). Les milléniaux semblent rechercher davantage d'informations sur la saine alimentation en général, conciliant les deux types de médias. Dans l'ensemble, on constate que l'usage de médias traditionnels semble demeurer le principal moyen de rechercher des informations pour les différentes générations d'après la comparaison des moyennes. Les résultats ont également été confirmés par des estimations de contrastes effectuées pour comparer des groupes de moyennes.

Quant aux stratégies alimentaires santé, seul le facteur « favoriser des choix alimentaires durables » s'avère significatif (valeur $p = .002$). Les résultats indiquent que les milléniaux tendent davantage à favoriser des choix durables que les générations plus âgées ($\bar{x} = 3.30$ vs 2.49). Aucune autre différence n'a par ailleurs été soulevée quant aux deux autres stratégies signifiant que la génération n'influence pas le développement et l'adoption de ces dernières.

Enfin, l'indice de masse corporelle a été analysé grâce à une comparaison des scores suivant une analyse univariée de variance (anova) en fonction des échelles et des facteurs. Le tableau 13 montre une seule différence significative et limite en ce qui a trait à la stratégie de la limitation/élimination (valeur $p = .049$). Plus spécifiquement, il s'agit des individus ayant un poids insuffisant (< 18.5) en comparaison avec ceux ayant un poids normal (18.5-25) ($\bar{x} = 2.88$ vs 5.00); cette donnée repose toutefois sur trois individus parmi l'ensemble des participants ($n = 3/185$). Aucune autre différence n'a été soulevée quant à la recherche d'informations sur la saine alimentation et les stratégies alimentaires santé.

| Facteurs des échelles | Poids insuffisant (n=3) | | Poids normal (n=80) | | embonpoint (n=50) | | obèse (n=45) | | ANOVA (n = 185) | |
|------------------------------|----------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|-------------|
| | Moyenne | Erreur- type | Moyenne | Erreur- type | Moyenne | Erreur- type | Moyenne | Erreur- type | F | Valeur p |
| RISA | 4.91 | 1.562 | 3.97 | .189 | 4.04 | .241 | 3.70 | .233 | .538 | .657 |
| Médias traditionnels | 3.24 | .946 | 4.55 | .183 | 4.63 | .232 | 4.14 | .244 | 1.358 | .257 |
| Médias numériques | 2.67 | 1.069 | 3.13 | .207 | 3.03 | .262 | 2.91 | .276 | .176 | .912 |
| SAS | 4.91 | 1.114 | 4.14 | .135 | 3.87 | .172 | 3.72 | .166 | 1.661 | .178 |
| Favoriser des choix durables | 2.35 | .824 | 3.10 | .160 | 2.77 | .202 | 2.49 | .213 | 1.917 | .129 |
| Limitier/ éliminer | 2.88 | .776 | 5.00 | .150 | 4.45 | .190 | 4.50 | .200 | 4.012 | .049 |
| Planification | 4.08 | .723 | 5.20 | .140 | 5.05 | .177 | 4.86 | .187 | 1.315 | .271 |

Tableau 13 : Statistiques descriptives des facteurs des deux échelles selon l'indice de masse corporelle et résultats de la comparaison des moyennes⁷.

⁷ N.B. Catégories de l'indice de masse corporelle : poids insuffisant = < 18.5; poids normal = 18.5 à 24.9.

1.3. Conclusion : Développement des échelles de mesure

L'objectif du volet méthodologique premier de la présente thèse était de développer deux échelles de mesure en regard à la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et aux stratégies alimentaires santé (SAS) permettant de valider par la suite le modèle final du volet second. À notre connaissance, il s'agit d'une première étude quantitative qui s'intéresse à ces deux composantes de la formation des choix alimentaires santé offrant des outils de mesure fiables et valides grâce aux analyses exploratoires et confirmatoires. Ces mesures tiennent compte du contexte alimentaire dans lequel vit l'individu, où plusieurs informations variées circulent sur la saine alimentation au travers différents médias et par le biais de multiples acteurs. Ce contexte influence la manière dont l'individu construit sa réalité psychologique et sociale (Poulain, 2002) et, par conséquent, le développement de stratégies alimentaires santé.

1.3.1. Recherche d'informations sur la saine alimentation

L'échelle de mesure de la recherche d'informations sur la saine alimentation ($\alpha = .886$) regroupe les médias traditionnels (facteur 1; $\alpha = .902$) et les médias numériques (facteur 2; $\alpha = .852$). Elle montre que l'individu continue de se renseigner sur la saine alimentation via les médias dits traditionnels auxquels il ajoute les médias numériques pour trouver des informations, particulièrement chez les milléniaux (21-40 ans), en comparaison avec les générations X et baby-boomers ($\bar{x} = 4.39$ vs 3.48).

Les médias traditionnels demeurent la première source de référence, malgré l'évolution des pratiques de recherche d'informations via l'accès aux « nouvelles » technologies d'informations. Ils représentent en quelque sorte des moyens habituels et conventionnels pour rechercher des informations. Les médias traditionnels incluent les médias « achetés », soit la télévision et la radio (chroniques de professionnels de la santé, émissions culinaires et/ou alimentaires, documentaires), les magazines, les journaux (articles de presse), les livres (recettes, et nutrition) (Morel, 2016), et les emballages alimentaires. Ces derniers sont considérés comme un média d'information « traditionnel », selon le professeur en

design d'emballage, Sylvain Allard (Infopresse, 2017). Les médias « propriétaires » (Morel, 2016), comme les sites web de recettes inclus dans le premier facteur, sont possiblement associés à un vecteur de communication devenu couramment utilisé dans le quotidien des individus, ce qui ne semble plus perçu comme un « nouveau » média. Ils sont par ailleurs liés à l'importance de rester à l'affût des informations concernant l'alimentation et la santé ($\bar{x} = 4.53$), et à la lecture d'articles sur le sujet ($\bar{x} = 4.18$). Par ailleurs, Roininen, Lähteenmäki et Tuorila (1999) indiquent que l'intérêt rend compte de l'orientation d'un individu quant à l'importance qu'il accorde à une alimentation équilibrée, où s'informer requiert une implication. Or, malgré la littérature (Contini et coll. 2015; Kan, Jun et Arendt, 2015) qui souligne que la femme est plus intéressée que l'homme par la saine alimentation, notre recherche indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les femmes et les hommes (valeur $p = .567$). Donc le sexe n'influence pas la recherche d'informations sur la saine alimentation que ce soit dans les médias traditionnels ou numériques.

Les médias numériques réfèrent quant à eux à ce que Morel (2016) appelle les médias « gagnés », où des individus cherchent à « gagner » l'intérêt et l'engouement d'abonnés de réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Pinterest et You tube) et de blogs pour ensuite les influencer dans leur consommation. Ils renvoient à l'accès aux « nouvelles » technologies de l'information via les appareils électroniques, illustrent l'implantation de nouveaux types de médias non conventionnels et montrent la diversification des moyens de consommer différents contenus informatifs (Centre d'études sur les médias, 2014).

L'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation montre également la présence de plusieurs acteurs divulguant des informations. Les individus écoutent les conseils de spécialistes de la santé (p. ex. nutritionniste, médecin, naturopathe) ($\bar{x} = 4.02$), d'influenceurs web (blogueur, chef cuisinier, personnalité connue, coach, nutritionniste, naturopathe, ostéopathe) ($\bar{x} = 1.88$) et d'individus partageant leurs expériences personnelles ($\bar{x} = 2.13$), en plus de se fier aux auteurs de livres, de chroniqueurs magazines, télé, et journaux en général.

1.3.2. Stratégies alimentaires santé

L'échelle de mesure des stratégies alimentaires ($\alpha = .953$) montre que les individus adhèrent à trois grandes stratégies, soit favoriser des choix alimentaires durables (facteur 1; $\alpha = .953$), limiter et/ou éliminer les « mauvais » aliments et ingrédients perçus (facteur 2; $\alpha = .928$), et planifier la sélection, l'achat et la préparation des aliments (facteur 3; $\alpha = .823$). Les stratégies proposées dans les recherches qualitatives antérieures (Falk, Bisogni et Sobal, 1996 ; Sobal et coll. 2006) sont incluses dans les trois facteurs présentés dans notre étude, à l'exception des stratégies de la modification et de l'emphase mise sur une valeur unique. À cela s'ajoute la stratégie de la planification, qui jusqu'ici, n'était pas prise en compte dans les stratégies alimentaires santé, mais plutôt dans les stratégies d'adaptation des choix alimentaires à domicile à implication positive sur la santé (Devine et coll. 2006 ; Morin et coll. 2013 ; Pearlin et Schooler, 1978).

Les stratégies alimentaires santé découlent des représentations mentales de la saine alimentation qui sont catégorisées par des attributs positifs (p. ex. nutriments) et négatifs (p. ex. toxines) (Bisogni et coll. 2012; Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Falk et coll. 2001; smart et Bisogni, 2001; Sobal et coll. 2006). Favoriser des choix alimentaires durables (facteur 1) et limiter/éliminer (facteur 2) sont des stratégies qui s'inscrivent dans la perspective binaire positive et négative amenée par Moorman et Matulich (1993). Les stratégies font également état de la catégorisation sous forme de groupes liés à la spécificité des aliments (p. ex. fruits, légumes, viande, produits laitiers), aux classes d'aliments (p. ex. aliments sécuritaires, aliments fonctionnels, collations), aux nutriments (p. ex. fibres, vitamines, minéraux), aux ajouts additifs alimentaires (p. ex. toxines, colorants), aux modes de préparation des repas (p. ex. maison, prêts-à-manger, ultras-transformés) et aux processus de production (p. ex. conventionnel, biologique, local) (Bisogni et coll. 2012; Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Falk et coll. 2001; Smart et Bisogni, 2001; Sobal et coll. 2006). Elles sont influencées par les informations véhiculées au travers de l'environnement alimentaire et des médias traditionnels et numériques qui sont impliqués dans le développement des stratégies alimentaires santé en regard aux choix formulés par l'individu. Certains de ces choix ne sont pas qualifiés de « choix plus santé » par les acteurs

de la santé publique comme la consommation de poissons sauvages au lieu de poissons d'élevage ou encore le lait biologique en remplacement du lait conventionnel. Ils semblent relevés d'associations cognitives basées sur les informations données notamment par l'industrie et les médias. La santé publique invite plutôt l'individu à consommer selon le Guide alimentaire canadien, où on ne fait pas référence aux processus de production (p. ex. aliments ultras transformés, faits maison, biologiques et locaux), mais plutôt à des groupes clés liés à la catégorisation en général (spécificité des aliments, classes d'aliments et modes de préparation des repas). Par exemple, le Guide alimentaire incite à consommer des fruits et des légumes en abondance, manger des aliments protéinés, choisir des aliments à grains entiers, limiter les aliments hautement transformés et cuisiner.

En particulier, le facteur « favoriser des choix alimentaires durables » est une stratégie importante (facteur 1; $\alpha = .953$), malgré des moyennes (échelle 1 à 7) plus basses que les autres facteurs (2.54 vs 4.78 et 4.81). La majorité des répondants sont en désaccord avec les énoncés de ce facteur, semble moins enclin à la développer, mais la considère tout de même comme une stratégie pertinente. Les répondants tendent à satisfaire la valeur priorisée qui est la santé, pour réduire les conflits de valeurs par le biais de la routine, la substitution et l'addition (Sobal et coll. 2006) en favorisant des choix alimentaires alimentaires durables, surtout les milléniaux en comparaison avec les générations plus âgées ($\bar{x} = 3.30$ vs 2.49; valeur $p = .002$). Cette stratégie inclut également le choix d'un lieu d'épicerie dites santé (p. ex. Rachele Béry), ainsi que la diversification de l'alimentation par l'ajout d'ingrédients à valeur nutritive élevée dans un aliment ou une boisson de base (p. ex. spiruline ajoutée à l'eau) et par l'achat de produits à valeur santé élevée (p. ex. produits biologiques et locaux).

Limiter et/ou éliminer les « mauvais » aliments et ingrédients perçus est une autre stratégie d'importance (facteur 2 ; $\alpha = .928$). Elle semble davantage facile à intégrer dans les pratiques que favoriser des choix alimentaires durables, si on observe les moyennes obtenues ($\bar{x} = 4.78$ vs 2.54). Cette stratégie implique non seulement les aliments qualifiés de malsains à faible valeur nutritive (p. ex. charcuterie, produits transformés), mais aussi

des pratiques alimentaires malsaines comme le grignotage entre les repas, et la consommation de repas hors foyer (restaurants en tout genre). Cette stratégie suppose que les aliments cuisinés sont meilleurs pour la santé que les aliments transformés et préparés, à l'instar du Guide alimentaire canadien. Les personnes ayant un poids insuffisant ont d'ailleurs obtenu un score particulièrement significatif (valeur $p = .049$) en regard à cette stratégie et en comparaison avec les individus ayant un poids normal.

Planifier la sélection, l'achat et la préparation des aliments (facteur 3; $\alpha = .823$) est également une stratégie que les individus développent et adoptent ($\bar{x} = 4.81$) allant au-delà du contexte à domicile. Elle implique trois volets à la planification (sélection, achat et préparation) en prévision des repas de la semaine à domicile et au travail. Cette stratégie est donc plus globale que ce que la littérature indique (Bourcier et coll. 2009; Morin et coll. 2013). Elle suppose trois habiletés, soit celles d'être en mesure de gérer (p. ex. inventaire, menu de la semaine), d'anticiper les besoins à l'avance (p. ex. congeler les restes, doubler les recettes) et de cuisiner, ce qui peut représenter une difficulté majeure d'adoption chez les individus, contrairement aux deux premières stratégies (favoriser des choix sains et limiter et/ou éliminer). Elle offre cependant la possibilité de structurer les repas, contrôler les prises alimentaires et de favoriser une saine alimentation (Bourcier et coll. 2003 ; Devine et coll. 2009; Morin et coll. 2013). Cette stratégie est particulièrement développée chez les femmes en comparaison avec les hommes ($\bar{x} = 5.25$ vs 4.79 ; valeur $p = .015$) dans le cadre de notre étude. Elles demeurent majoritairement responsables des achats alimentaires au sein des foyers, ce qui peut expliquer leur implication dans la planification des repas (Zepeda et Li, 2006).

2. Volet second : Validation du modèle conceptuel

Le présent volet a pour objectif d'identifier 1) les stratégies alimentaires santé auxquelles adhère la génération des milléniaux en comparaison avec les générations X et baby-boomers, 2) des déterminants qui favorisent le développement et l'adoption de stratégies alimentaires santé, ainsi que 3) l'impact modérateur des générations dans la relation attitude-stratégies, et des situations de consommation dans la relation stratégies-

comportement. Pour ce faire, une enquête en ligne auto-administrée a été développée en fonction de notre modèle conceptuel présenté à la page 60 à des fins de validation de ce dernier.

2.1. Enquête

Notre enquête comportait d'abord une section introductive, afin de porter à la connaissance des répondants les exigences éthiques en vigueur à l'Université Laval relativement aux recherches faisant intervenir des sujets humains (voir l'enquête complète à l'annexe 6, p. 242). Le formulaire de consentement donné aux répondants indiquait les mêmes renseignements que ceux fournis lors du premier volet méthodologique (p. 225).

Différentes sections ont ensuite été formulées et ordonnées de manière réfléchie (Jolibert et Jourdan, 2006). Elles respectent les lignes de conduite suggérées par Robson (2002), soit de formulation simple, courte, claire et évitant la forme négative. Quant à l'ordonnement des questions, des biais relatifs à la désirabilité, à la routine et à la fatigue peuvent être induits (Alreck et Settle, 2004). À cet effet, les recommandations de Fenneteau (2002) sont suivies, particulièrement celles relatives à la désirabilité, en raison du sujet à l'étude. Les questions sont présentées de sorte à offrir un ordre qui permet de réduire l'induction d'une logique chez les répondants voulant qu'ils répondent selon ce qu'ils croient être les « bonnes réponses » attendues de leur part. Notre enquête a ainsi débuté par les items visant les stratégies alimentaires santé, ce qui exige un effort intellectuel. Ils ont été suivis des autres items associés aux variables à l'étude. Nous avons conclu par les variables sociodémographiques, n'exigeant que très peu d'effort intellectuel à un répondant qui pouvait ressentir de la fatigue à ce stade. Les sections ont été présentées comme suit (les détails sur les mesures utilisées sont abordés subséquentment) :

- Bloc 1 : Critères d'éligibilité (langue maternelle, lieu de résidence, responsabilité envers les achats alimentaires) ont été demandés pour s'assurer d'avoir des répondants francophones, québécois et responsables des achats alimentaires au sein

- de leur foyer. Sexe et année de naissance ont ensuite été questionnés pour s'assurer d'une certaine hétérogénéité de l'ensemble des répondants;
- Bloc 2 : Items associés aux stratégies alimentaires santé retenues (favoriser des choix alimentaires durables et limiter/éliminer des ingrédients ou produits perçus malsains; voir pp. 119, point 2.2.3 pour justifications) présentés de manière aléatoire en fonction des situations de consommation étudiées (semaine, week-end, foyer et hors foyer);
 - Bloc 3 : Items issus de l'échelle de mesure de la recherche d'informations sur la saine alimentation et présentés aléatoirement;
 - Bloc 4 : Questions servant à définir le comportement de manger sainement par le biais de la mesure de la qualité de l'alimentation;
 - Bloc 5 : Items reliés à l'attitude envers la saine alimentation et présentés de manière aléatoire;
 - Bloc 6 : Questions sociodémographiques portant sur le niveau d'éducation, la situation relative à l'emploi, la situation familiale, le revenu annuel brut du ménage, la composition du ménage, la taille, le poids, et spécificités propres à l'alimentation susceptibles d'influencer les pratiques telles que l'existence de problématiques de santé affectant l'alimentation (incluant intolérances et allergies alimentaires), la pratique d'un régime alimentaire particulier, les habiletés culinaires perçues, la fréquence hebdomadaire de préparation des repas (déjeuner, dîner et souper, collation(s) et de la consommation selon les situations (restaurant, maison, cafétéria).

Le temps de complétude de l'enquête totalisait en moyenne 15-20 minutes.

2.2. Identification des mesures

Plusieurs mesures ont été utilisées en regard aux variables déterminées dans notre modèle conceptuel. Elles sont identifiées subséquentement et présentées dans l'enquête à l'annexe 6 (p. 242).

2.2.1 Recherche d'informations sur la saine alimentation

En raison de l'absence d'une mesure de la recherche d'informations sur la saine alimentation dans la littérature, cette dernière a été développée préalablement. Elle est issue de l'analyse des données du premier volet. Elle se présente en deux facteurs distincts, médias traditionnels et médias numériques, totalisant 11 items. À cette échelle, un seul item a été ajouté, soit « je m'informe sur la nutrition et la santé via les séries, films, et documentaires proposés sur Netflix » (12 items).

2.2.2 Attitude envers la saine alimentation perçue

La littérature présente plusieurs échelles de mesure développées pour comprendre les attitudes et les motivations reliées aux choix alimentaires sains et malsains mettant en évidence plusieurs facteurs de sélection des aliments (Bredahl, 1999; Martin et Pliner, 1998; Moorman et Matulich, 1993; Roininen, Lätheenmäki et Tuorila, 1999; Steptoe, Pollard et Wardle, 1995). Plusieurs variables ont été abordées comme l'influence de l'acquisition d'information sur la santé, et les motivations derrière les choix alimentaires en général (la familiarité, l'humeur, la valeur santé, le goût, la praticité, le prix, les perceptions sensorielles, la naturalité, le contrôle du poids, l'éthique, la gestion de l'impression, la nouveauté, la prévention des maladies et l'excès de calories) (Martins et Pliner, 1998; Roininen, Lätheenmäki et Tuorila, 1999; Steptoe, Pollard et Wardle, 1995; Sun, 2008). Or, Labrecque et coll. (en rédaction) proposent une échelle représentative de l'attitude envers la saine alimentation perçue (*healthy eating perception attitude scale*, HEPAS) faisant appel au contexte alimentaire actuel, ce qui est pertinent dans le cadre de notre étude. Cette échelle inclut le plaisir alimentaire et ses bénéfices, en plus de toutes les facettes affectives de l'attitude envers la saine alimentation perçue. Elle comprend 51 items et présente 10 facteurs distincts (1 = bénéfices des aliments biologiques; 2 = recherche de l'équilibre alimentaire; 3 = bénéfices des aliments enrichis; 4 = fraîcheur des aliments; 5 = choix santé au restaurant; 6 = culpabilité alimentaire; 7 = résistance aux organismes génétiquement modifiés; 8 = néophobie face aux produits transformés; 9 = prise de repas légers; 10 = satisfaction de manger sainement) mesurés sur une échelle de Likert à 7 niveaux (1 = Totalemment en désaccord ; 7 = Totalemment d'accord). Elle est ainsi conservée

dans sa totalité dans le cadre de notre étude, afin de bénéficier de l'ensemble des dimensions de l'attitude. Un seul item a cependant été ajouté, soit « j'ai du plaisir à manger des repas santé ». Les alphas de Cronbach (α) de l'échelle initiale (Labrecque et coll. en rédaction) se situent entre .830 et .957.

2.2.3 Stratégies alimentaires santé

En raison de l'absence d'une mesure des stratégies alimentaires santé dans la littérature, cette dernière a été développée préalablement. Elle est issue de l'analyse des données du premier volet. Elle se présente en trois facteurs distincts, 1) favoriser des choix alimentaires durables, 2) limiter/éliminer les « mauvais » aliments et ingrédients perçus, 3) planifier la sélection, l'achat et la préparation des aliments, totalisant 56 items. Avec l'importance perçue des deux premières stratégies auprès des individus interrogés dans notre premier volet, mais aussi de l'ampleur de l'enquête du second volet qui contient de nombreuses questions à sonder, nous avons exclu la troisième stratégie pour la validation du modèle final. Seul un item issu du premier facteur a été modifié passant de « je débute un repas par une salade » à « j'inclus à un repas une salade ou des crudités ».

Les répondants ont aussi été invités à spécifier les situations de consommation (repas pris en semaine versus la fin de semaine, et à domicile versus hors foyer) en lien avec les deux stratégies étudiées, afin d'identifier les variations au niveau des situations dans une semaine typique.

2.2.4 Comportement de manger sainement

La littérature présente deux grands outils de mesure développés pour évaluer le comportement de manger sainement par les individus, soit le questionnaire de fréquence alimentaire (Food Frequency Questionnaire; FFQ) (Willett et coll. 1985) et la méthode de l'enregistrement alimentaire sur une période de 24 heures (24-hr dietary records) (Balogh, Kahn et Medalie, 1971). Bien que ces mesures d'évaluation de la qualité de l'alimentation soient largement documentées, elles demeurent néanmoins critiquées.

Le questionnaire de fréquence alimentaire, qui dresse une liste des aliments et des boissons consommés au cours de périodes données, fournit des informations sur la consommation alimentaire habituelle (Kirkpatrick et coll. 2017). La longueur du questionnaire est jugée défavorable comportant 80 à 120 questions et prenant 60 minutes à remplir. La version écourtée du questionnaire de fréquence alimentaire est aussi associée à une plus faible fiabilité (Gans et coll. 2006). La méthode de l'enregistrement alimentaire est quant à elle moins fiable que la mesure précédente étant limitée à une période de 24 heures. Elle est également propice à un biais de désirabilité sociale en raison de l'entretien entre le nutritionniste et l'individu pour l'identification des aliments consommés dans une journée (Gruson et Romon, 2007; Margetts, Cade et Osmond, 1989).

Face à ces critiques, Lafrenière et coll. (2019) ont développé un arbre de décision de la qualité de l'alimentation (p. 122) auprès d'un échantillon québécois francophone (développement, n = 1040; validation externe, n = 3444) élaboré à la fois à partir 1) du questionnaire des fréquences alimentaires, 2) de la version écourtée de l'index de la saine alimentation qui prend en exergue fréquence et portion, 3) du Guide alimentaire canadien (version 2017) pour se rapprocher des recommandations nutritionnelles connues par la population et 4) l'approche CART qui met en perspective les habitudes alimentaires et identifie les meilleurs prédicteurs de résultats à partir d'une liste de variables. L'algorithme que produit CART divise un échantillon de variables individuelles en sous-groupes exclusifs basés sur des traits communs. Il identifie les individus à risque d'avoir une alimentation de faible qualité. Tous les autres individus qui ne tombent pas dans cette catégorie, ont par défaut, une alimentation de qualité élevée. La mesure de Lafrenière et coll. (2019) tient aussi compte de l'âge et du sexe des répondants, puisqu'ils représentent des facteurs connus influençant la qualité de l'alimentation. Étant donné que cette dernière repose sur un ensemble de mesures éprouvées et qu'elle offre une mesure simple et courte appropriée pour une enquête, elle est privilégiée dans le cadre de notre thèse.

Enfin, l'arbre propose plusieurs questions aux répondants, où en fonction de leurs réponses, ils sont dirigés vers une prochaine question permettant de prédire la qualité faible ou élevée de leur alimentation dans une perspective globale. Par exemple, à la question

« consommez-vous des charcuteries plus de 2 fois par semaine ? », les répondants cochent oui ou non. Si oui, la prochaine question est « consommez-vous plus d'une pomme par jour ? », si non, consommez-vous des boissons gazeuses plus d'une fois par mois ? », et ainsi de suite, jusqu'à la fin du segment. Au total, les répondants disposent de six questions à répondre sur une possibilité de 20, comme démontré à la page suivante.

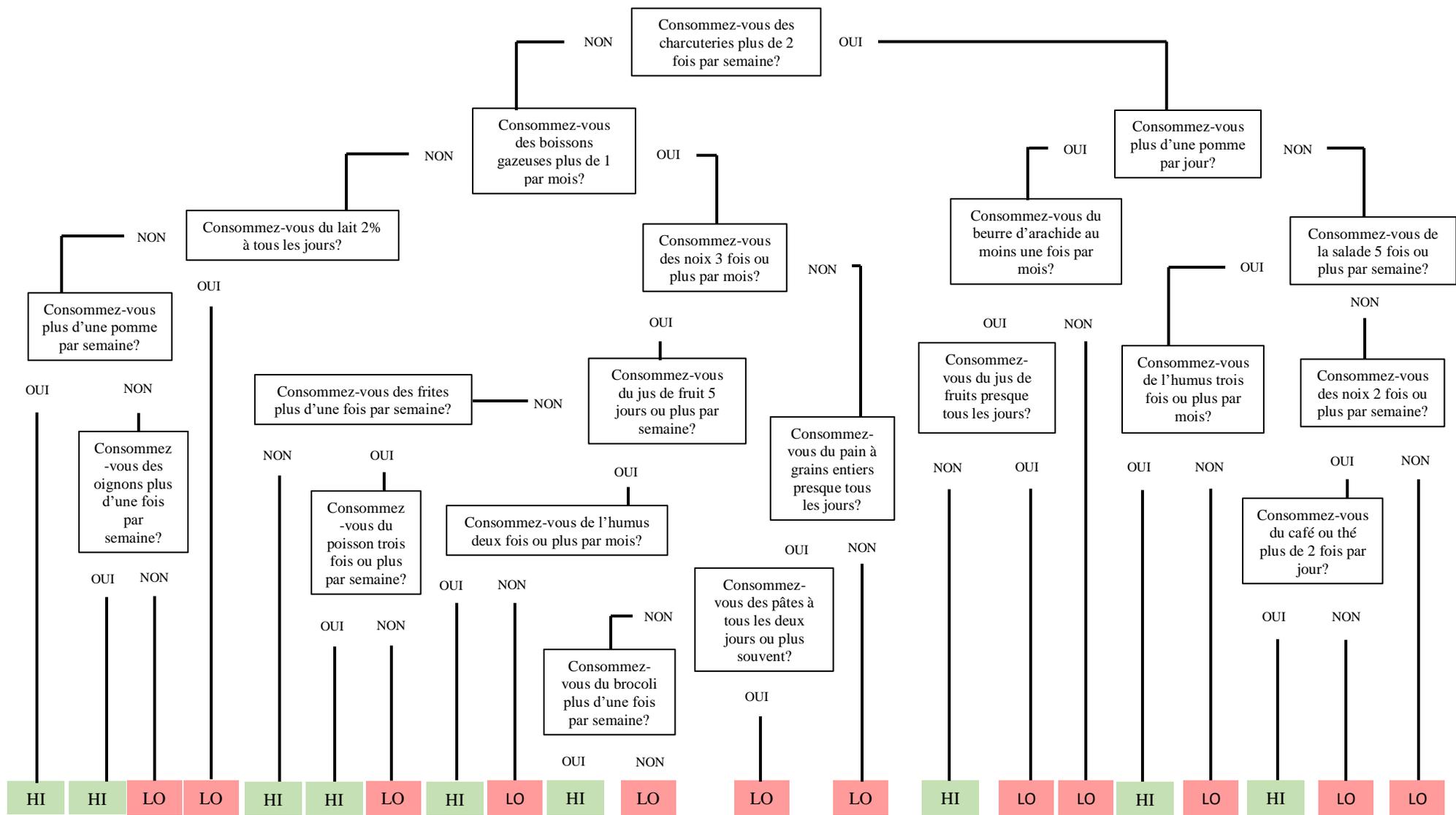


Figure 4 : Arbre décisionnel de la mesure de la qualité de l'alimentation. N.B. : Hi = élevé; lo = faible.

2.3. Échantillonnage

Notre enquête a été soumise à la plateforme de conception et de recrutement Qualtrics, au même titre que pour les questionnaires relatifs au développement des échelles de mesure. Une invitation à répondre a été envoyée à l'ensemble de leurs participants indiquant l'objectif de l'étude, soit de comprendre leurs habitudes alimentaires santé.

La sélection des participants a été réalisée selon un échantillonnage non probabiliste par quota, c'est-à-dire en fonction du respect des proportions de sous-groupes au sein de l'univers étudié selon des caractéristiques précises (Fortin, Côté et Fillion, 2010), soit les différentes générations étudiées. Dans notre thèse, la comparaison entre les milléniaux et les générations X et baby-boomers nous oblige à avoir une taille d'échantillon nous permettant de tirer des conclusions et d'avoir une structure de l'échantillon similaire à celle de la population cible; ce parallèle entre les données de notre étude et celles de la population a été effectué selon les informations fournies par Statistique Canada pour renforcer la validité interne (Jean, 2015). À cet effet, la variable âge, désignant les générations, sert de variable proxy, où en particulier, les 21-40 ans représentent la génération des milléniaux. C'est grâce à une compilation de plusieurs articles issus de la revue de littérature (chapitre 1) traitant de la génération des milléniaux que nous avons pu établir une moyenne de l'âge représentatif de cette génération.

La collecte a été effectuée auprès d'individus québécois francophones, en continuité avec les enquêtes du premier volet. Seuls les répondants francophones, québécois et responsables des achats alimentaires au sein de leur foyer ont été visés étant les critères d'éligibilité exigés. Au total, 402 participants ont été sollicités pour cette collecte, suivant les recommandations de plusieurs auteurs (Hair et coll. 1998; Läuter, 1978; Robson, 2002; Royer et Zarlowski, 2003). Ces derniers indiquent que la taille de l'échantillon doit tenir compte du nombre de paramètres de l'étude à des fins de validité; il s'agit d'assurer la pertinence et la cohérence des résultats en lien avec les objectifs fixés par le chercheur, et d'étendre les résultats à la population. Dans notre contexte, afin de comparer les deux grands groupes, soit les milléniaux (groupe 1), et les générations X et baby-boomers

(groupe 2), un minimum de 160 répondants était nécessaire par groupe ($2 \times 160 = 320$), pour réduire l'effet de la taille et accroître le pouvoir statistique et le degré de confiance (Hair et coll. 1998; Läuter, 1978; Royer et Zarlowski, 2003). Ces données tiennent compte du nombre de variables dépendantes, soit les stratégies alimentaires santé (6 facteurs) et le comportement de manger sainement (1 facteur) (Hair et coll. 1998; Läuter, 1978).

Un échantillon de convenance de 20 répondants (10 milléniaux et 10 individus des générations Z et baby-boomers) a été sollicité au préalable à l'enquête pour prétester le questionnaire s'assurant de la validité apparente et de contenu de chacun des construits utilisés. Il a permis d'améliorer la formulation des questions, sans toutefois affecter les échelles de mesure.

2.4. Analyse des données

À l'aide du logiciel IBM SPSS version 25.0 et du logiciel R, les données ont été analysées par le biais de l'observation des statistiques quant aux caractéristiques sociodémographiques et aux échelles de mesure (RISA : recherche d'informations sur la saine alimentation, SAS : stratégies alimentaires santé, HEPAS : attitude envers la saine alimentation perçue) via des tableaux de fréquences simples et des analyses confirmatoires, suivies de différentes analyses pertinentes à la validation (confirmation/ infirmation) des hypothèses de l'étude (pp. 61-62).

2.4.1 Statistiques sociodémographiques

Les données des statistiques descriptives des principales variables sociodémographiques ont été comparées avec celles de la population québécoise à des fins de représentativité (Institut de la statistique du Québec, 2018a; b), comme présentées dans le tableau 14. Elles indiquent une forte proportion d'individus provenant des différentes générations, ce qui s'explique par notre besoin d'obtention d'un nombre suffisant d'individus par génération pour tirer des conclusions fiables. On constate également une grande proportion de femmes en comparaison avec les données de l'Institut de la statistique du Québec (2018a; b). Ceci

peut s'expliquer par les mêmes raisons évoquées dans le premier volet relatif au développement des échelles de mesure (p. 87). Quelques différences sont observées entre les données de l'étude et celles relatives à la province du Québec, mais somme toute, en général, elles se rapprochent.

| Principales caractéristiques sociodémographiques | n = 402 | Province du Québec (Données 2015-16) |
|---|----------------|---|
| Y (31-40 ans) | 17.9 % | 13.5 % |
| Z (21-30 ans) | 27.4 % | 12.7 % |
| X (41-53 ans) | 22.4 % | 17.6 % |
| Baby-boomers (54-65 ans) | 32.3 % | 17.5 % |
| Femmes | 59.2 % | 50.3 % |
| Mariés ou conjoints de fait | 48.8 % | 56.3 % |
| Sans enfant | 67.4 % | 43.0 % |
| Éducation post-secondaire | 41.7 % | 41.6 % |
| 20 000\$ à 59 999\$ | 47.5 % | 47.3 % |
| Travailleur temps plein | 46.3 % | 50.1 % |
| Poids normal | 36.3 % | 43.9 % |
| Surpoids | 25.1 % | 34.9 % |
| Obésité | 29.1 % | 18.8 % |

Tableau 14 : Principales caractéristiques sociodémographiques des répondants. Les statistiques démographiques de la province du Québec proviennent de l'Institut de la statistique du Québec (2018a; b)⁸.

Outre ces données sociodémographiques, les résultats stipulent que près d'un répondant sur quatre (24.4 %) a un ou des problèmes de santé (incluant allergies et intolérances) qui

⁸ N.B. Catégories de l'indice de masse corporelle : poids insuffisant = < 18.5; poids normal = 18.5 à 24.9; surpoids = 25 à 29.9; obésité = IMC > 30.

affecte ses choix alimentaires (exemples donnés: allergies aux noix, fruits de mer et œufs, intolérance au lactose, cholestérolémie, diabète de type 1 et 2, syndrome du côlon irritable, maladie coeliaque, hypertension artérielle et migraine). Parmi les 402 répondants, seulement 51 d'entre eux (12.7 %) ont dit pratiquer un régime alimentaire particulier tel que le végétarisme, le cétoène, le flexitarisme, le kilo-solution, le minçavi, le véganisme et un régime (non identifié) sans gluten ou sans lactose. Quant aux habiletés culinaires, 82.3 % de l'échantillon a répondu avoir de bonnes habiletés comme être en mesure de préparer un repas à partir d'ingrédients disponibles dans un réfrigérateur. Ils disent cuisiner le souper dans une proportion de 73.1 %, le déjeuner à 72.6 %, le dîner à 63.9 % et les collations à 56.7 %. En concordance, le souper et le déjeuner sont pris à la maison respectivement à 85.6 % et 86.8 %, alors que le dîner est pris à 75.6 % à l'extérieur du foyer et les collations à 81.6 %. D'après les données de l'Institut national de la santé publique du Québec (2009), 51 % des individus québécois consomment des aliments préparés exclusivement à la maison, alors que presque l'autre moitié mange des aliments cuisinés en restauration incluant les cafétérias et les distributeurs automatiques. Les Québécois (18 %) sont également moins nombreux que les autres Canadiens (28 %) à consommer des aliments provenant de la restauration rapide et plus nombreux à cuisiner des repas à la maison. Par ailleurs, l'Institut national de la santé publique du Québec (2009) rapporte également que 81 % des individus prennent trois repas par jour, où le souper demeure le repas le plus copieux comprenant une plus grande variété d'aliments que les deux autres repas de la journée. Les collations font partie des habitudes alimentaires des Québécois, puisqu'ils en consomment un peu moins de trois par jour fournissant autant de calories que le déjeuner (Institut national de la santé publique du Québec, 2009).

2.4.2 Statistiques issues des analyses confirmatoires

Les indices « fit » relatifs aux analyses confirmatoires des volets premiers et seconds ont été aussi comparés, tels que présentés dans les tableaux 15, 16 et 17 (pp. 129 à 134). L'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) présente des résultats identiques ou fortement comparables quant à la valeur moyenne quadratique standardisée (SRMR = .049 vs .049) (modèle idéal : < .055), l'erreur quadratique moyenne

de l'approximation (RMSEA = .080 vs .090; intervalle de confiance de 90 %) (modèle correct entre .05 et .10) et l'indice comparatif d'ajustement (CFI = .946 vs .941) (modèle idéal > .94), illustrant un modèle satisfaisant (Hooper, Coughlan et Mullen, 2008). L'alpha de Cronbach s'est cependant avéré plus élevé dans l'analyse confirmatoire du volet second avec .948 que le volet premier avec .886 (RISA). Le facteur « médias traditionnels » (volet 2 : $\alpha = .944$) est également un facteur important dans l'analyse du volet second, tout comme le facteur « médias numériques » (volet 2 : $\alpha = .896$), où respectivement les moyennes des facteurs se situent entre 3.62 et 4.25 (échelle de Likert à 7 niveaux) et 2.52 et 3.17. Ces résultats nous confirment que les médias traditionnels demeurent une source de référence importante, malgré l'évolution des pratiques de recherche d'informations via l'accès aux « nouvelles » technologies d'informations. Ils représentent en quelque sorte des moyens habituels et conventionnels pour rechercher des informations.

L'échelle des stratégies alimentaires santé (SAS) montre des résultats également similaires en regard à la valeur moyenne quadratique standardisée (SRMR = .075 vs .072), l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (RMSEA = .081 vs .072; intervalle de confiance de 90 %) et l'indice comparatif d'ajustement (CFI = .832 vs .835). Tous les indices de qualité de l'ajustement et de robustesse du modèle demeurent acceptables (Hooper, Coughlan et Mullen, 2008). Les alphas de Cronbach sont significativement élevés de part et d'autre (volet 1 : $\alpha = .953$ – incluant le facteur 3; volet 2 : $\alpha = .962$) montrant à nouveau la fiabilité de l'échelle (α de Cronbach > .70) (Peterson, 1994). Le facteur « favoriser des choix alimentaires durables » ressort comme une stratégie importante (volet 2 : $\alpha = .954$), tout comme la stratégie « limiter/éliminer » (volet 2 : $\alpha = .944$), où les moyennes des facteurs se situent respectivement entre 2.14 et 4.72 (échelle de Likert à 7 niveaux) et 3.55 et 5.05. Ces résultats nous confirment que malgré des moyennes plus basses que le second facteur, la majorité des répondants sont en désaccord avec les énoncés du premier facteur, semble moins encline à la développer, mais la considère tout de même comme une stratégie pertinente. Les répondants tendent à satisfaire la valeur priorisée qui est la santé, pour réduire les conflits de valeurs par le biais de la routine, la substitution et l'addition (Sobal et coll. 2006) en favorisant des choix alimentaires sains. Limiter et/ou éliminer les

« mauvais » aliments et ingrédients perçus semble donc plus facile à développer et à adopter que la stratégie favoriser des choix alimentaires durables.

L'échelle de l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) expose des résultats également similaires en regard à la valeur moyenne quadratique standardisée (SRMR = .054 vs .051), l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (RMSEA = .059 vs .064; intervalle de confiance de 90 %) et l'indice comparatif d'ajustement (CFI = .919 vs .918), en comparaison avec les résultats de la mesure de Labrecque et coll. (en rédaction). Les résultats des indices de qualité de l'ajustement et de robustesse sont satisfaisants (Hooper, Coughlan et Mullen, 2008). Les alphas de Cronbach sont significativement élevés se situant entre .884 et .974 pour les 10 facteurs de la mesure, ce qui est comparable avec les données de Labrecque et coll. (en rédaction) (α entre .830 et .966).

Enfin, 41 % de l'échantillon issu de l'analyse confirmatoire (165/402) a une qualité de l'alimentation jugée élevée avec un intervalle de confiance entre 36 % et 46 %. En contrepartie, 59 % des participants disposent plutôt d'une qualité de l'alimentation faible.

| RISA | Analyse confirmatoire – Volet 1 (n = 185) | | | Analyse confirmatoire – Volet 2 (n = 402) | | | |
|--|---|-------|------|---|------|------------|------|
| | SRMR | RMSEA | CFI | Alpha de Cronbach | SRMR | RMSEA | CFI |
| | .049 | .080 | .946 | .948 | .049 | .090 | .941 |
| Volet 2 | | | | Moyenne | | Écart-type | |
| Facteur 1 : médias traditionnels (volets 1 vs 2, $\alpha = .902$ vs $.944$) | | | | 3.84 | | 1.894 | |
| 1. Je compare les étiquettes pour choisir le produit le plus nutritif | | | | 4.25 | | 2.243 | |
| 2. Je consulte des documentaires pour m'informer sur la saine alimentation | | | | 3.63 | | 2.134 | |
| 3. Je lis des articles sur la nutrition dans les magazines, les livres et (ou) les journaux | | | | 3.62 | | 2.132 | |
| 4. Je lis des chroniques sur la nutrition dans des livres et (ou) sites web de recettes | | | | 3.64 | | 2.175 | |
| 5. J'écoute les conseils de spécialistes de la santé (nutritionniste, médecin, naturopathe) dans des chroniques à la télévision, à la radio et (ou) dans les journaux | | | | 3.86 | | 2.163 | |
| 6. Il est important pour moi de rester à l'affût des informations concernant l'alimentation et la santé | | | | 4.07 | | 2.155 | |
| 7. Je lis plus d'articles sur la santé qu'il y a 3 ans | | | | 3.82 | | 2.314 | |
| Facteur 2 : médias numériques (volets 1 vs 2, $\alpha = .852$ vs $.896$) | | | | 2.88 | | 1.778 | |
| 8. Je m'informe sur la nutrition et la santé via les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Pinterest, autres) | | | | 3.17 | | 2.189 | |
| 9. Je suis des influenceurs web (blogueur, chef cuisinier, personnalité connue, coach, nutritionniste, naturopathe, ostéopathe, autres) concernant la saine alimentation | | | | 2.52 | | 2.616 | |
| 10. Je suis les tendances alimentaires santé sur les médias sociaux (Facebook, Instagram et Pinterest, autres) | | | | 2.78 | | 2.036 | |
| 11. J'écoute des vidéos sur You Tube véhiculés par des gens qui partagent leurs expériences personnelles sur la saine alimentation | | | | 2.95 | | 2.122 | |
| 12. Je m'informe sur la nutrition et la santé via les séries, films et documentaires proposés sur Netflix | | | | 2.89 | | 2.176 | |

Tableau 15 : Principales statistiques issues des analyses confirmatoires des volets 1 et 2 relatives à l'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA).

| SAS | Analyse confirmatoire – Volet 1 (n = 185) | | | Analyse confirmatoire – Volet 2 (n = 402) | | | |
|--|---|-------|------|---|------|------------|------|
| | SRMR | RMSEA | CFI | Alpha de Cronbach | SRMR | RMSEA | CFI |
| | .075 | .081 | .832 | .962 | .072 | .072 | .835 |
| Volet 2 | | | | Moyenne | | Écart-type | |
| Facteur 1: favoriser des choix durables (volets 1 vs 2, $\alpha = .953$ vs $.954$) | | | | 2.79 | | 1.441 | |
| 1. Je choisis des poissons sauvages au lieu des poissons d'élevage (de culture) | | | | 3.75 | | 2.166 | |
| 2. Je choisis des produits laitiers biologiques au lieu des produits laitiers conventionnels | | | | 2.79 | | 2.053 | |
| 3. Je choisis des viandes nourries à l'herbe au lieu des viandes nourries aux grains | | | | 3.36 | | 1.990 | |
| 4. Je remplace la crème glacée par la crème glacée végé ex. nice cream (dessert glacé à base de bananes) | | | | 2.14 | | 1.911 | |
| 5. Je remplace la crème sure par le yogourt grec dans mes salades de patates, fajitas, pommes de terre au four et/ou salades chou | | | | 3.14 | | 2.268 | |
| 6. Je remplace la mayonnaise par le yogourt grec dans mes trempettes et/ou vinaigrettes crémeuses | | | | 2.61 | | 2.087 | |
| 7. Je remplace la viande conventionnelle par la viande biologique | | | | 2.60 | | 2.029 | |
| 8. Je remplace le beurre et/ou la margarine par le yogourt grec dans mes recettes de desserts | | | | 2.30 | | 1.973 | |
| 9. Je remplace le lait et le fromage de vache par la boisson de protéines végétales (p. ex. soya, riz, amandes, cachou, coco) et/ou un fauxmage à base de noix ou d'avoine | | | | 2.68 | | 2.142 | |
| 10. Je remplace le pain de blé entier et les pâtes alimentaires de blé entier par le pain et les pâtes alimentaires sans gluten | | | | 2.49 | | 2.031 | |
| 11. Je remplace les biscuits, les barres tendres et/ou les muffins par des barres protéinés | | | | 2.80 | | 2.077 | |
| 12. Je remplace les pâtes alimentaires blanches par les pâtes végétales (p. ex. lentilles, pois chiches, haricots, kamut, riz, épeautre, quinoa) | | | | 2.93 | | 2.172 | |
| 13. Je remplace l'huile de canola par le lait de coco dans mes recettes de desserts | | | | 2.29 | | 2.018 | |
| 14. Je commande des paniers biologiques et/ou locaux et je planifie mes repas en fonction des aliments qui s'y trouvent | | | | 2.29 | | 2.017 | |
| 15. Je vais majoritairement dans des épiceries santé pour planifier des repas santé (p. ex. Tau, Avril, Rachel Béry, Le végétarien, La Moisson) | | | | 2.38 | | 1.974 | |
| 16. J'adhère à un régime alimentaire (p. ex. végétarisme, flexitarisme) qui diminue ou élimine ma consommation de protéines animales (viandes et produits laitiers) | | | | 2.48 | | 2.043 | |
| 17. Je choisis des aliments biologiques pour les aliments que je consomme le plus souvent | | | | 2.70 | | 2.048 | |

| | | |
|--|------|-------|
| 18. J'inclus à un repas une salade ou des crudités | 4.72 | 2.115 |
| 19. Je mange cinq (5) ou six (6) petits repas par jour | 2.74 | 2.117 |
| 20. Je mange une à deux collation (s) santé par jour | 3.79 | 2.176 |
| 21. Je prends un smoothie par jour | 2.48 | 2.019 |
| 22. J'achète des paniers biologiques ou locaux pour varier mon alimentation | 2.32 | 1.992 |
| 23. J'ajoute de la protéine végétale à mes smoothies (p. ex. levure nutritionnelle, protéine de riz brun) | 2.25 | 1.944 |
| 24. J'ajoute du miel, du citron, de la lime, des bâtonnets de cannelle, de la spiruline, de la chlorophylle et/ou de l'aloès à mon eau plate | 2.82 | 2.248 |
| Facteur 2 : limiter/ éliminer (volets 1 vs 2, $\alpha = .928$ vs $.944$) | 4.04 | 1.595 |
| 25. Je limite la consommation de repas hors foyer (restaurant en tout genre, cantine, food truck) | 4.41 | 2.200 |
| 26. Je limite les desserts (ex. gâteau, barres tendres, biscuits, pudding) | 4.16 | 2.176 |
| 27. Je limite ma consommation de charcuterie | 4.04 | 2.212 |
| 28. Je limite ma consommation de jus de fruits | 4.34 | 2.336 |
| 29. Je limite ma consommation de produits contenant de l'huile de palme | 4.19 | 2.399 |
| 30. Je limite ma consommation de produits que je considère malsains à des occasions spéciales | 4.31 | 2.196 |
| 31. Je limite ma consommation de viande et de viande rouge | 3.55 | 2.311 |
| 32. Je réduis la quantité de sucre dans les recettes de desserts | 4.16 | 2.276 |
| 33. J'élimine l'ajout de sel dans les recettes, même si indiqué | 4.00 | 2.330 |
| 34. J'élimine les boissons énergisantes | 5.05 | 2.382 |
| 35. J'élimine les boissons gazeuses (exclut l'eau gazéifiée) | 4.41 | 2.262 |
| 36. J'élimine les charcuteries qui contiennent des nitrites et des nitrates | 3.82 | 2.284 |
| 37. J'élimine les produits congelés déjà préparés et prêts-à-manger | 4.01 | 2.275 |
| 38. J'élimine les produits dont la liste d'ingrédients est trop longue | 3.64 | 2.268 |
| 39. J'élimine les produits hydrogénés (p. ex. margarine) | 3.62 | 2.385 |
| 40. J'élimine les produits industriels contenant du sucralose, du galactose, du glucose et des édulcorants artificiels | 3.83 | 2.303 |
| 41. J'élimine la tartinaie industrielle au chocolat | 3.91 | 2.461 |
| 42. J'élimine les produits contenant du glutamate monosodique (MSG) | 3.79 | 2.355 |
| 43. J'élimine les produits que je qualifie de mauvais pour la santé afin d'éviter les tentations | 4.16 | 2.204 |

| | | |
|--|------|-------|
| 44. J'évite de grignoter entre les repas | 3.66 | 2.210 |
|--|------|-------|

Tableau 16 : Principales statistiques issues des analyses confirmatoires des volets 1 et 2 relatives à l'échelle des stratégies alimentaires santé (SAS).

| HEPAS | Analyse confirmatoire – Labrecque et coll. (en rédaction) (n = 358) | | | Analyse confirmatoire – Volet 2 (n = 402) | | | |
|--|--|-------|------|---|------|------------|------|
| | SRMR | RMSEA | CFI | Alpha de Cronbach | SRMR | RMSEA | CFI |
| | .054 | .59 | .919 | .978 | .051 | .064 | .918 |
| Volet 2 | | | | Moyenne | | Écart-type | |
| Facteur 1 : Bénéfices des aliments biologiques ($\alpha = .950$) | | | | 3.64 | | 1.793 | |
| 1. Je pense que les aliments biologiques peuvent améliorer ma propre santé et celle de ma famille | | | | 4.16 | | 2.126 | |
| 2. Je préfère acheter des aliments biologiques même s'ils sont plus chers parce qu'ils sont meilleurs pour la santé | | | | 3.02 | | 2.062 | |
| 3. Je crois que manger des aliments biologiques peut réduire le risque de maladie dans ma famille | | | | 3.73 | | 2.142 | |
| 4. A mon avis, la viande biologique est meilleure pour la santé que la viande non biologique | | | | 3.69 | | 2.076 | |
| 5. Consommer des aliments biologiques me donnent bonne conscience | | | | 3.50 | | 2.184 | |
| 6. Les aliments biologiques sont meilleurs pour la santé parce qu'ils contiennent peu ou pas de produits chimiques de synthèse (pesticides, hormones et antibiotiques) | | | | 4.19 | | 2.167 | |
| 7. J'essaie de privilégier les aliments biologiques pour mes enfants | | | | 3.16 | | 2.114 | |
| 8. Je veux éviter les risques sur ma santé qui peuvent être associés au fait de manger des aliments non biologiques | | | | 3.34 | | 2.092 | |
| 9. Les aliments biologiques sont meilleurs pour la santé parce qu'ils ne contiennent pas d'OGM | | | | 3.99 | | 2.126 | |
| Facteur 2 : Recherche de l'équilibre alimentaire ($\alpha = .884$) | | | | 5.19 | | 1.688 | |
| 10. Il est important pour moi de manger des aliments variés | | | | 5.35 | | 1.832 | |
| 11. Il est important pour moi d'avoir une alimentation équilibrée | | | | 4.98 | | 1.887 | |
| 12. Il est important pour moi de manger quotidiennement des fruits et légumes | | | | 5.24 | | 1.902 | |
| Facteur 3 : Bénéfices des aliments enrichis ($\alpha = .927$) | | | | 4.22 | | 1.626 | |

| | | |
|---|------|-------|
| 13. Je crois que les aliments enrichis de vitamine D sont meilleurs pour la santé que les mêmes aliments qui n'en contiennent pas | 4.34 | 1.904 |
| 14. Un aliment enrichi est nécessairement plus santé qu'un aliment qui ne l'est pas | 3.74 | 1.900 |
| 15. Je crois que les aliments enrichis de calcium sont meilleurs pour la santé que les mêmes aliments qui n'en contiennent pas | 4.16 | 1.888 |
| 16. A mon avis, les aliments contenant des oméga-3 sont meilleurs pour la santé que les mêmes aliments qui n'en contiennent pas | 4.53 | 1.850 |
| 17. Les yogourts enrichis de probiotiques sont meilleurs pour la santé | 4.45 | 1.975 |
| 18. Je crois que manger régulièrement des aliments enrichis peuvent aider à prévenir des maladies | 4.12 | 1.883 |
| Facteur 4 : Fraîcheur des aliments ($\alpha = .863$) | 5.16 | 1.506 |
| 19. Je crois que les aliments frais contiennent plus de nutriments et de vitamines | 5.41 | 1.759 |
| 20. A mon avis, les aliments frais sont meilleurs pour la santé que ceux en conserves | 5.50 | 1.742 |
| 21. Les aliments frais sont plus nutritifs que les aliments congelés ou surgelés | 4.88 | 1.955 |
| 22. En saison, les fruits et légumes ont une meilleure valeur nutritionnelle | 5.19 | 1.899 |
| 23. Les fruits et légumes locaux sont meilleurs pour ma santé | 4.80 | 1.998 |
| Facteur 5 : Choix santé au restaurant ($\alpha = .928$) | 3.63 | 1.830 |
| 24. Quand je vais au restaurant, je remplace les féculents (pâtes, patates, riz) par des légumes | 3.48 | 2.089 |
| 25. J'ai une préoccupation santé quand je cherche un restaurant familial | 3.58 | 2.140 |
| 26. Lorsque je vais au restaurant, j'essaie de choisir des aliments santé | 3.83 | 2.059 |
| 27. Quand je vais au restaurant, j'évite les plats en sauce, gratinés ou frits | 3.38 | 2.063 |
| 28. Quand je vais au restaurant, j'essaie de choisir les repas équilibrés | 3.89 | 2.034 |
| Facteur 6 : Culpabilité alimentaire ($\alpha = .937$) | 3.97 | 1.992 |
| 29. Je me sens coupable quand je mange des produits camelotes (junk food) | 3.74 | 2.209 |
| 30. Je ne suis pas fier de moi après avoir mangé des produits camelotes (junk food) | 3.77 | 2.231 |
| 31. Je me sens coupable quand je ne mange pas sainement | 3.92 | 2.134 |
| 32. Je me sens coupable quand je mange en trop grande quantité | 4.44 | 2.115 |
| Facteur 7 : Résistance aux OGM ($\alpha = .947$) | 4.65 | 1.884 |
| 33. Je crois que les aliments génétiquement modifiés peuvent être néfastes pour ma santé | 4.83 | 1.998 |
| 34. Je pense que les aliments génétiquement modifiés peuvent augmenter le risque de développer des maladies | 4.74 | 2.017 |

| | | |
|---|------|-------|
| 35. Je suis préoccupé par les conséquences à long terme sur la santé de l'usage des organismes génétiquement modifiés (OGM) | 4.66 | 2.057 |
| 36. J'évite de consommer des aliments qui contiennent des organismes génétiquement modifiés (OGM) | 4.39 | 2.037 |
| Facteur 8 : Néophobie face aux produits transformés ($\alpha = .928$) | 4.90 | 1.845 |
| 37. Je suis préoccupé par l'utilisation des antibiotiques dans la production du lait | 4.75 | 2.097 |
| 38. Je suis préoccupé par l'utilisation des antibiotiques dans la production de la viande | 4.81 | 2.077 |
| 39. Je suis préoccupé par l'utilisation des pesticides dans la production des fruits et légumes | 5.19 | 1.980 |
| 40. J'ai peur qu'il y ait des substances chimiques dans ma nourriture | 4.85 | 1.979 |
| Facteur 9 : Prise de repas légers ($\alpha = .885$) | 4.49 | 1.759 |
| 41. Je privilégie des repas légers | 4.30 | 1.930 |
| 42. Je pense qu'il est préférable de manger de petites portions | 4.73 | 1.909 |
| 43. J'essaie d'éviter d'avoir des repas lourds au souper | 4.43 | 2.013 |
| Facteur 10 : Satisfaction de manger sainement ($\alpha = .974$) | 4.88 | 1.773 |
| 44. Manger sainement m'apporte une satisfaction personnelle | 4.85 | 1.993 |
| 45. Après avoir mangé sainement, je ressens un bien-être | 4.79 | 2.007 |
| 46. Quand je choisis de manger sainement, je suis fier de moi-même | 4.96 | 1.975 |
| 47. Quand je choisis de manger sainement, je suis satisfait de moi-même | 5.01 | 1.932 |
| 48. Quand je mange sainement, j'ai le sentiment de prendre soin de moi | 5.04 | 1.945 |
| 49. J'aime me faire du bien en mangeant sainement | 4.88 | 1.892 |
| 50. Il est important que ce que je mange fasse en sorte que je me sente bien | 5.01 | 1.894 |
| 51. J'ai du plaisir à manger des collations santé | 4.60 | 1.955 |
| 52. J'ai du plaisir à manger des repas santé | 4.82 | 1.951 |

Tableau 17 : Principales statistiques issues des analyses confirmatoires du volet 2 relatives à l'échelle de l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS).

Les statistiques des scores globaux des trois mêmes échelles de mesure et de leurs facteurs ont été relatées dans le tableau 18. Elles soulignent des moyennes plus élevées pour deux des dix facteurs de l'attitude envers la saine alimentation perçue, soit la recherche de l'équilibre alimentaire ($\bar{x} = 5.19$) et la fraîcheur des aliments ($\bar{x} = 5.16$) (échelle de Likert

à 7 niveaux). La recherche d'informations sur la saine alimentation via les médias traditionnels (facteur 1), ainsi que la stratégie alimentaire santé favorisant les choix sains (facteur 1) ont par ailleurs obtenu les moyennes les plus basses, respectivement 2.88 et 2.79.

| Échelles de mesure et leurs facteurs | Moyenne | Médiane | Écart-type |
|--|----------------|----------------|-------------------|
| RISA | 3.44 | 3.50 | 1.723 |
| Facteur 1 : Médias traditionnels | 3.84 | 4.00 | 1.894 |
| Facteur 2 : Médias numériques | 2.88 | 2.40 | 1.777 |
| SAS | 3.41 | 3.41 | 1.351 |
| Facteur 1 : favoriser des choix durables | 2.79 | 2.50 | 1.441 |
| Facteur 2 : limiter/ éliminer | 4.04 | 4.20 | 1.595 |
| HEPAS | 4.41 | 4.52 | 1.374 |
| Facteur 1 : Bénéfices des aliments biologiques | 3.65 | 3.89 | 1.793 |
| Facteur 2 : Recherche de l'équilibre alimentaire | 5.19 | 5.33 | 1.688 |
| Facteur 3 : Bénéfices des aliments enrichis | 4.22 | 4.17 | 1.623 |
| Facteur 4 : Fraîcheur des aliments | 5.16 | 5.40 | 1.506 |
| Facteur 5 : Choix santé au restaurant | 3.63 | 3.80 | 1.830 |
| Facteur 6 : Culpabilité alimentaire | 3.97 | 4.00 | 1.992 |
| Facteur 7 : Résistance aux organismes génétiquement modifiés | 4.65 | 4.75 | 1.884 |
| Facteur 8 : Néophobie face aux produits transformés | 4.90 | 5.00 | 1.845 |
| Facteur 9 : Prise de repas légers | 4.49 | 4.67 | 1.759 |
| Facteur 10 : Satisfaction de manger sainement | 4.88 | 5.00 | 1.773 |

Tableau 18 : Statistiques descriptives des scores globaux des échelles de mesure et de leurs facteurs. Min. 1; max 7.

Les scores globaux des trois échelles de mesure ont également été comparés en fonction des variables sexe, âge et indice de masse corporelle, à l'aide de tests T de Student et d'analyses de la variance (ANOVA).

Concernant la variable sexe, les moyennes sont légèrement plus élevées du côté des hommes, sans toutefois y avoir de différences significatives entre les hommes et les femmes pour l'ensemble des échelles de mesure, comme indiqué dans le tableau 19.

| | | | | Test t pour égalité des moyennes | |
|---|--------|----------------|-------------------|---|-----------------------|
| Hommes (n=164) vs femmes (n=238) | | Moyenne | Écart-type | T | Sig. bilatéral |
| RISA | Hommes | 3.57 | 1.733 | | |
| | Femmes | 3.35 | 1.706 | 1.26 | .210 |
| SAS | Hommes | 3.47 | 1.350 | | |
| | Femmes | 3.28 | 1.333 | 1.37 | .171 |
| HEPAS | Hommes | 4.52 | 1.489 | | |
| | Femmes | 4.32 | 1.186 | 1.38 | .168 |

Tableau 19 : Comparaison des scores globaux des échelles de mesure en fonction de la variable sexe.

La variable génération a également été étudiée, mettant en relief les milléniaux en comparaison avec les générations plus âgées, telle que présentée dans le tableau 20. On constate que les moyennes sont similaires entre les générations et qu'aucune différence significative ne peut être relevée entre ces variables. Aucun lien significatif n'a été observé pour la variable génération (valeur p : recherche d'informations sur la saine alimentation = .176; stratégies alimentaires santé = .318; attitude envers la saine alimentation perçue = .251).

| | | | | Test t pour égalité des moyennes | |
|--|------------|---------|------------|----------------------------------|----------------|
| Milléniaux (n=182) vs autres générations (n=220) | | Moyenne | Écart-type | T | Sig. bilatéral |
| RISA | Autres | 3.33 | 1.632 | | |
| | Milléniaux | 3.57 | 1.824 | 1.36 | .176 |
| SAS | Autres | 3.29 | 1.242 | | |
| | Milléniaux | 3.43 | 1.459 | 0.99 | .318 |
| HEPAS | Autres | 4.48 | 1.241 | | |
| | Milléniaux | 4.32 | 1.520 | 1.15 | .251 |

Tableau 20 : Comparaison des scores globaux des échelles de mesure en fonction des générations.

Enfin, l'indice de masse corporelle a aussi été soumis à une comparaison des scores pour chaque échelle de mesure (tableau 21). Aucune différence significative n'a été relevée.

| Indice de masse corporelle (IMC) | III | ddl | Carré moyen | F | Sig. bilatéral |
|---|------------|------------|--------------------|----------|-----------------------|
| RISA | | | | | |
| Modèle corrigé (R-deux = .11) | 12.414 | 3 | 4.138 | 1.416 | .238 |
| Constante | 1887.695 | 1 | 1887.695 | 645.759 | .000 |
| IMC | 12.414 | 3 | 4.138 | 1.416 | .238 |
| Erreur | 1090.360 | 373 | 2.923 | | |
| Total | 5473.597 | 377 | | | |
| Total corrigé | 1102.775 | 376 | | | |
| SAS | | | | | |
| Modèle corrigé (R-deux = .16) | 10.802 | 3 | 3.601 | 2.052 | .106 |
| Constante | 1861.756 | 1 | 1861.756 | 1061.153 | .000 |
| IMC | 10.802 | 3 | 3.601 | 2.052 | .106 |
| Erreur | 654.416 | 373 | 1.754 | | |
| Total | 4851.633 | 377 | | | |
| Total corrigé | 665.218 | 376 | | | |
| HEPAS | | | | | |
| Modèle corrigé (R-deux = .16) | 11.206 | 3 | 3.735 | 2.040 | .108 |
| Constante | 3136.506 | 1 | 3136.506 | 1713.365 | .000 |
| IMC | 11.206 | 3 | 3.735 | 2.040 | .108 |
| Erreur | 682.818 | 373 | 1.831 | | |
| Total | 7999.074 | 377 | | | |
| Total corrigé | 694.024 | 376 | | | |

Tableau 21 : Comparaison des scores globaux des échelles de mesure en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC).

2.4.3 Résultats des tests d'hypothèses

1. Hypothèses relatives à la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA)

En vue de répondre aux hypothèses relatives à la recherche d'informations sur la saine alimentation voulant que les individus avec un haut niveau de recherche d'informations sur la saine alimentation soient plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé (H1a), et que les individus avec un haut niveau de recherche d'informations sur la saine alimentation soient plus susceptibles d'avoir une attitude positive envers la saine alimentation perçue (H1b), une régression linéaire simple a été effectuée (tableaux 22 et 23). Cette dernière permet de voir s'il existe une association entre variables continues (Cornillon et Matzner-Løber, 2011).

H1a; H1b. Les résultats se sont avérés significatifs pour les deux hypothèses (Bêta H1a = .781; valeur $p = .000$; Bêta H1b = .702, valeur $p = .000$), ce qui nous permet de conclure que plus un individu tend à rechercher des informations sur la saine alimentation, plus il développe et adopte des stratégies alimentaires santé (H1a confirmée), et que plus un individu recherche des informations sur la saine alimentation, plus son attitude envers la saine alimentation perçue est positive (H1b confirmée) (tableaux 22 et 23). En concordance, la corrélation entre les échelles RISA et SAS se chiffre à .781 et celle entre RISA et HEPAS est de .702, telle qu'illustrée dans le tableau 24 (p. 143). On note que la matrice de corrélation indique l'absence de corrélations fortes, à l'exception de celles entre l'échelle globale de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et ses facteurs (RISA 1 = .956; RISA 2 = .900), ainsi qu'entre l'échelle globale des stratégies alimentaires santé et ses facteurs (SAS 1 = .899; SAS 2 = .898). Ces fortes corrélations sont justifiées par le petit nombre de facteurs associés à ces deux échelles, contrairement à l'échelle de l'attitude envers la saine alimentation perçue, où le grand nombre de facteurs peut diluer les corrélations.

Les variables génération, sexe et indice de masse corporelle (IMC) ont par ailleurs été incluses au modèle par le biais d'une régression linéaire multiple, afin de voir si celles-ci influencent les relations recherche-stratégies (tableau 22) et recherche-attitude (tableau

23). Les résultats ne démontrent aucune association significative pour H1a (valeur p : génération = .203; sexe = .995; IMC = .499), alors que deux des covariables associées à H1b le sont, soit la génération (valeur p = .009) et l'indice de masse corporelle (valeur p = .038). La variable sexe est non significative (valeur p = .847).

| | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | | |
|--|-------------------------------|-----------------|---------------------------|----------|-------------|
| | B | Erreur standard | Bêta | t | Sig. |
| Régression linéaire simple | | | | | |
| Constante | 1.260 | .094 | | 13.440 | .000 |
| RISA | .609 | .024 | .781 | 25.001 | .000 |
| Intervalle de confiance (95 %) pour B | | | | | |
| Borne inférieure | Borne supérieure | | | | |
| 1.076 | 1.444 | | | | |
| .561 | .657 | | | | |
| Régression linéaire multiple | | | | | |
| Source | III | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
| Modèle corrigé (R-deux = .602) | 400.689 | 6 | 66.781 | 93.408 | .000 |
| Constante | 34.826 | 1 | 34.826 | 48.712 | .000 |
| RISA | 380.947 | 1 | 380.947 | 532.835 | .000 |
| Génération | 3.306 | 3 | 1.102 | 1.541 | .203 |
| Sexe | 2.470 | 1 | 2.470 | .000 | .995 |
| IMC | .327 | 1 | .327 | .457 | .499 |

Tableau 22 : Relation entre les scores globaux de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et des stratégies alimentaires santé (SAS) (variable dépendante) (H1a).

| | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | t | Sig. |
|--|-------------------------------|-----------------|---------------------------|----------|-------------|
| | B | Erreur standard | Bêta | | |
| Régression linéaire simple | | | | | |
| Constante | 2.479 | .109 | | 22.690 | .000 |
| RISA | .560 | .028 | .702 | 19.726 | .000 |
| Intervalle de confiance (95 %) pour B | | | | | |
| Borne inférieure | Borne supérieure | | | | |
| 2.264 | 2.694 | | | | |
| .504 | .616 | | | | |
| Régression linéaire multiple | | | | | |
| Source | III | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
| Modèle corrigé (R-deux = .602) | 350.895 | 6 | 58.483 | 63.062 | .000 |
| Constante | 145.441 | 1 | 145.441 | 156.831 | .000 |
| RISA | 318.915 | 1 | 318.915 | 343.890 | .000 |
| Génération | 10.898 | 3 | 3.633 | 3.917 | .009 |
| Sexe | .035 | 1 | .035 | .037 | .847 |
| IMC | 4.034 | 1 | 4.034 | 4.350 | .038 |

Tableau 23 : Relation entre les scores globaux de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et de l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) (variable dépendante) (H1b).

Pour déterminer les différences générationnelles (H1b), une anova à mesures répétées a été réalisée à partir des quatre sous générations (Z, Y, X et baby-boomers) et est présentée subséquemment. Les résultats stipulent qu'il existe une différence significative entre la

génération des baby-boomers et celle des Z (valeur $p = .009$), où la moyenne est plus élevée chez les Z ($\bar{x} = 4.63$), en comparaison avec les baby-boomers ($\bar{x} = 4.21$). Parmi l'ensemble des sous-génération, la génération Z est donc la plus susceptible d'avoir un niveau d'attitude envers la saine alimentation perçue élevé lorsqu'il recherche des informations sur la saine alimentation.

| Facteurs | RISA | 1 | 2 | SAS | 1 | 2 | HEPAS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|
| RISA | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RISA 1 | .956 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| RISA 2 | .900 | .734 | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| SAS | .781 | .735 | .721 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| SAS 1 | .712 | .603 | .756 | .899 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| SAS 2 | .676 | .708 | .518 | .898 | .582 | 1 | | | | | | | | | | | |
| HEPAS | .702 | .708 | .578 | .735 | .581 | .733 | 1 | | | | | | | | | | |
| HEPAS 1 | .645 | .599 | .607 | .668 | .628 | .558 | .787 | 1 | | | | | | | | | |
| HEPAS 2 | .481 | .544 | .308 | .509 | .339 | .577 | .688 | .468 | 1 | | | | | | | | |
| HEPAS 3 | .490 | .474 | .434 | .488 | .419 | .451 | .702 | .468 | .375 | 1 | | | | | | | |
| HEPAS 4 | .363 | .383 | .273 | .388 | .270 | .427 | .724 | .449 | .589 | .511 | 1 | | | | | | |
| HEPAS 5 | .704 | .676 | .630 | .705 | .613 | .643 | .787 | .597 | .431 | .566 | .417 | 1 | | | | | |
| HEPAS 6 | .529 | .525 | .448 | .604 | .473 | .608 | .745 | .533 | .394 | .525 | .430 | .659 | 1 | | | | |
| HEPAS 7 | .450 | .471 | .344 | .529 | .391 | .557 | .784 | .620 | .472 | .448 | .625 | .523 | .491 | 1 | | | |
| HEPAS 8 | .493 | .532 | .353 | .522 | .369 | .568 | .790 | .559 | .533 | .457 | .594 | .537 | .466 | .741 | 1 | | |
| HEPAS 9 | .488 | .505 | .382 | .571 | .399 | .627 | .782 | .493 | .556 | .472 | .522 | .611 | .551 | .590 | .654 | 1 | |
| HEPAS 10 | .600 | .635 | .449 | .588 | .404 | .653 | .777 | .546 | .687 | .532 | .621 | .643 | .643 | .612 | .675 | .757 | 1 |

Tableau 24 : Corrélations entre les échelles de mesure et leurs facteurs. Les corrélations sont significatives au niveau .01. N.B. Les chiffres dans les colonnes grises indiquent les facteurs associés à leurs échelles respectives.

| Estimations | | | Intervalle de confiance (95 %) pour la différence | | | |
|------------------------|------------------|--------------------------|---|------------------|------------------|------------------|
| Génération | Moyenne | Erreur standard | Borne inférieure | Borne supérieure | | |
| Z | 4.629 | .086 | 4.016 | 4.402 | | |
| Y | 4.277 | .109 | 4.045 | 4.508 | | |
| X | 4.416 | .118 | 4.203 | 4.630 | | |
| Baby-boomers | 4.209 | .098 | 4.459 | 4.799 | | |
| Comparaisons appariées | | | | | | |
| (I) | (J) | Différence moyenne (I-J) | Erreur standard | Sig.* | Borne inférieure | Borne supérieure |
| B-B | X | .213 | .139 | .753 | -.155 | .580 |
| | Y | .352 | .146 | .098 | -.032 | .740 |
| | Z | .420 | .131 | .009 | .072 | .768 |
| X | B-B | .140 | .160 | .753 | -.580 | .155 |
| | Y | .207 | .146 | 1.000 | -.285 | .564 |
| | Z | -.352 | .146 | .941 | -.180 | .595 |
| Y | B-B | -.352 | .146 | .098 | -.740 | .035 |
| | X | -.140 | .160 | 1.000 | -.564 | .285 |
| | Z | .068 | .152 | 1.000 | -.336 | .472 |
| Test F | | | | | | |
| | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. | |
| Contra | 10.898 | 3 | 3.633 | 3.917 | .009 | |
| Erreur | 343.129 | 370 | .927 | | | |

Tableau 25 : Résultats des tests de comparaisons générationnelles en lien avec la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et l'attitude envers la saine alimentation

perçue (HEPAS) (variable dépendante). La différence moyenne est significative au niveau .05. B-B = baby-boomers.

Concernant l'indice de masse corporelle, le coefficient de régression est de -.014. Cela implique qu'à chaque fois que l'IMC augmente d'une unité, le score d'attitude diminue de -.014. Les personnes avec embonpoint et obésité ont donc une attitude envers la saine alimentation perçue moins élevée. Les catégories ne peuvent cependant être comparées entre elles, puisque l'IMC est traité comme une variable continue et non catégorielle.

Les résultats (H1a et H1b) peuvent s'expliquer par le fait que la recherche d'informations représente une manifestation d'un intérêt et d'une implication envers le sujet étudié, et conduit généralement à une relation attitude-intention-comportement en adéquation (Ajzen, 1991; Ajzen et Fishbein, 1977; 1980; 2005; Ajzen et Madden, 1986; Pieniak et coll. 2008; Roininen, Lähteenmäki et Tuorila, 1999; Saba et Vassallo, 2012). Les informations cognitives recueillies par le biais de la recherche d'informations via les médias traditionnels et numériques facilitent donc la formation d'une attitude favorable envers la saine alimentation, et le développement et l'adoption de stratégies alimentaires santé, où la facilitation proviendrait de la manière dont les individus recherchent de l'information sur la saine alimentation à l'aide des différents types de médias utilisés, selon Worsley (2002). La multitude d'informations sur la saine alimentation divulguée entre autres par les différents acteurs de la santé publique, de l'industrie, des blogues et des médias sociaux façonne à la fois les représentations et les connaissances (Carels, Konrad et Harper, 2007; Dickson-Spillmann et Siegrist, 2011; Falk et coll. 2001; Harrison, Lois et Jackson, 2009; Oakes et Slotterback, 2004; Paquette, 2005; Povey et coll. 1998), mais aussi les stratégies alimentaires santé. Ces dernières semblent particulièrement influencées par les informations issues du contexte alimentaire actuel de par les différentes composantes qu'elles soulèvent (ingrédients consommés, tendances, etc.), si on se fie aux énoncés recueillis (volet 1).

Par ailleurs, des études se sont penchées sur la variable de l'indice de masse corporelle (IMC) en lien avec le risque de développer certaines maladies (Calle et coll. 1999), l'environnement physique de consommation alimentaire, le contrôle du poids (Neumark-Sztainer, 2012) et les habitudes alimentaires (Maskarinec, Novothy et Tasaki, 2000). Notre recherche ne démontre aucun lien significatif entre l'indice de masse corporelle et les stratégies lesquelles font parties de la composante comportementale impliquant les habitudes alimentaires. Elle indique plutôt que la moyenne du score de l'attitude envers la saine alimentation perçue diffère selon l'indice de masse corporelle et la génération.

2. Hypothèse relative à l'attitude envers la saine alimentation perçue

H2. La seconde hypothèse, soit les individus avec un haut niveau d'attitude envers la saine alimentation perçue sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé, a fait l'objet d'une régression linéaire simple afin de prédire les stratégies alimentaires santé en fonction de l'attitude envers la saine alimentation perçue, puis d'une régression linéaire multiple afin d'ajuster le modèle précédent avec les covariables génération, sexe et indice de masse corporelle (IMC).

On constate un lien entre l'attitude envers la saine alimentation perçue, et le développement et l'adoption de stratégies alimentaires santé (valeur $p = .000$), comme indiqué dans le tableau 26 (H2 confirmée). Par ailleurs, la corrélation entre les échelles de ces deux mesures indique .735, ce qui démontre une corrélation importante (tableau 24, p. 143). En particulier, on observe davantage de corrélations fortes ($r \geq .6$) entre la stratégie de la limitation/élimination (facteur 2) et différents facteurs de l'attitude comme la culpabilité alimentaire ($r = .608$), les repas légers ($r = .627$) et la satisfaction de manger sainement ($r = .653$). On constate également que les bénéfices des aliments biologiques sont fortement corrélés à la stratégie de favoriser les choix alimentaires durables (facteur 1) ($r = .628$), alors que les choix sains au restaurant interpellent autant la première ($r = .613$) que la stratégie de la limitation/élimination ($r = .643$).

Les résultats ne démontrent par ailleurs aucun lien significatif pour les variables sexe et indice de masse corporelle (IMC) (valeur p : sexe = .533; IMC = .872), à l'exception de la variable génération (valeur p = .011) (tableau 26). La moyenne du score des stratégies alimentaires santé diffère donc selon la génération.

| | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | | |
|--|-------------------------------|-----------------|---------------------------|---------|-------------|
| | B | Erreur standard | Bêta | t | Sig. |
| Régression linéaire simple | | | | | |
| Constante | .188 | .153 | | 1.230 | .220 |
| HEPAS | .719 | .033 | .735 | 21.688 | .000 |
| Intervalle de confiance (95 %) pour B | | | | | |
| Borne inférieure | Borne supérieure | | | | |
| -.113 | .489 | | | | |
| .654 | .784 | | | | |
| Régression linéaire multiple | | | | | |
| Source | III | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
| Modèle corrigé (R-deux = .506) | 365.711 | 6 | 60.952 | 75.298 | .000 |
| Constante | .570 | 1 | .570 | .704 | .402 |
| HEPAS | 345.970 | 1 | 345.970 | 427.398 | .000 |
| Génération | 9.162 | 3 | 3.054 | 3.773 | .011 |
| Sexe | .316 | 1 | .316 | .390 | .533 |
| IMC | .021 | 1 | .021 | .026 | .872 |

Tableau 26 : Relation entre les scores globaux de l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) et des stratégies alimentaires santé (SAS) (variable dépendante).

Pour déterminer les différences générationnelles, une anova à mesures répétées a été réalisée à partir des quatre sous générations (Z, Y, X et baby-boomers) et est présentée subséquemment. Les résultats stipulent qu'il existe une différence significative entre la génération des baby-boomers et celle des Y (valeur $p = .006$), où la moyenne est plus élevée

chez les Y ($\bar{x} = 3.60$), en comparaison avec les baby-boomers ($\bar{x} = 3.15$). Ceci signifie que, parmi l'ensemble des sous-génération, la génération Y est la plus susceptible d'adopter des stratégies alimentaires santé lorsque son niveau d'attitude envers la saine alimentation perçue est élevé.

| Estimations | | | Intervalle de confiance (95 %) pour la différence | | | |
|------------------------|------------------|--------------------------|---|-------------|------------------|------------------|
| Génération | Moyenne | Erreur standard | Borne inférieure | | Borne supérieure | |
| Z | 3.385 | .092 | 3.205 | | 3.566 | |
| Y | 3.600 | .110 | 3.384 | | 3.817 | |
| X | 3.349 | .101 | 3.149 | | 3.548 | |
| B-B | 3.149 | .081 | 2.991 | | 3.308 | |
| Comparaisons appariées | | | | | | |
| (I) | (J) | Différence moyenne (I-J) | Erreur | Sig.* | Borne inférieure | Borne supérieure |
| B-B | X | -.199 | .130 | .749 | -.543 | .144 |
| | Y | -.451 | .137 | .006 | -.813 | -.088 |
| | Z | -.236 | .123 | .334 | -.561 | .090 |
| X | B-B | .199 | .130 | .749 | -.144 | .543 |
| | Y | -.251 | .150 | .561 | -.648 | .145 |
| | Z | -.036 | .136 | 1.00 | -.398 | .325 |
| Y | B-B | .451 | .137 | .006 | .088 | .813 |
| | X | .251 | .150 | .561 | -.145 | .648 |
| | Z | .215 | .142 | .789 | -.162 | .592 |
| Test F | | | | | | |
| | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. | |
| Contraste | 9.162 | 3 | 3.054 | 3.77 | .011 | |
| Erreur | 299.507 | 370 | .809 | | | |

Tableau 27 : Résultats des tests de comparaisons générationnelles en lien avec l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) et les stratégies alimentaires santé (SAS) (variable dépendante). La différence moyenne est significative au niveau .05.

Le lien entre l'attitude envers la saine alimentation perçue et les stratégies alimentaires santé peut être associé au fait que dans le contexte alimentaire actuel, des individus accordent de plus en plus d'importance aux attributs qui définissent une alimentation santé comme ceux divulgués entre autres par l'industrie alimentaire (p. ex. l'absence de pesticides, d'hormones, d'antibiotiques et de colorants artificiels, les notions de naturalité et de fraîcheur) (Nielsen, 2015). Ces attributs relèvent des préoccupations actuelles envers l'alimentation et la santé globale qui affectent l'attitude envers la saine alimentation perçue et orientent les stratégies alimentaires santé développées et adoptées. Ces dernières mettent de l'avant les facteurs de l'attitude à l'égard d'une saine alimentation dont les bénéfices associés aux aliments biologiques, la recherche de l'équilibre alimentaire, la néophobie alimentaire et les risques associés à la surconsommation ou aux « mauvais » choix alimentaires (Labrecque et coll. en rédaction). Les recherches antérieures (Conner et Armitage, 1998; Fishbein et Ajzen, 1975; Glasman et Albarracín, 2006; Hearty et coll. 2007; Wigfield, Tonks et Klauda, 2009) ont d'ailleurs démontré qu'une attitude positive envers un objet de consommation prédit une intention qui peut conduire à un comportement cohérent.

En parallèle, des variables sociodémographiques ont été mis en relation avec le développement et l'adoption de stratégies alimentaires santé. Le tableau 28 montre que certaines variables comme le régime alimentaire sain (valeur $p = .003$) et les habiletés culinaires (valeur $p = .000$) sont en lien avec la formation des stratégies, ce qui n'avait pas été démontré jusqu'à présent dans la littérature, à notre connaissance. La situation familiale (valeur $p = .443$), le niveau d'éducation (valeur $p = .088$), le revenu (valeur $p = .311$), les problèmes de santé (valeur $p = .284$) se sont avérés non significatives. La littérature indique que les habiletés culinaires favorisent la consommation d'aliments sains (Vidgen et Gallegos, 2014), alors que les problématiques de santé poussent à l'usage de stratégies alimentaires santé (Falk, Bisogni et Sobal, 2006), ce qui n'est pas soutenu par les présents résultats.

| | III | ddl | Carré moyen | F | ANOVA Sig. bilatéral |
|---|------------|------------|------------------------|----------|-------------------------------------|
| Modèle corrigé (R-deux = .004) | 2.949 | 2 | 1.474 | .815 | .443 |
| Constante | 3002.501 | 1 | 3002.501 | 1659.776 | .000 |
| Situation familiale | 2.949 | 2 | 1.474 | .815 | .443 |
| Erreur | 721.783 | 399 | 1.809 | | |
| Total | 5351.142 | 402 | | | |
| Total corrigé | 724.731 | 401 | | | |
| Modèle corrigé (R-deux = .024) | 17,269 | 5 | 3.454 | 1.933 | .088 |
| Constante | 1487.972 | 1 | 1487.972 | 832.887 | .000 |
| Niveau d'éducation | 17.269 | 5 | 3.454 | 1.933 | .088 |
| Erreur | 707.463 | 396 | 1.787 | | |
| Total | 5251.142 | 402 | | | |
| Total corrigé | 724.731 | 401 | | | |
| Modèle corrigé (R-deux = .015) | 10.769 | 5 | 2.154 | 1.195 | .311 |
| Constante | 3974.779 | 1 | 3974.779 | 2204.617 | .000 |
| Revenu | 10.769 | 5 | 2.154 | 1.195 | .311 |
| Erreur | 713.962 | 396 | 1.803 | | |
| Total | 5251.142 | 402 | | | |
| Total corrigé | 724.731 | 401 | | | |
| Modèle corrigé (R-deux = .003) | 2.077 | 1 | 2.077 | 1.150 | .284 |
| Constante | 3423.683 | 1 | 3423683 | 1895.059 | .000 |
| Problèmes de santé | 2.077 | 1 | 2.077 | 1.150 | .284 |
| Erreur | 722.655 | 400 | 1.807 | | |
| Total | 5251.142 | 402 | | | |

| | | | | | |
|---|----------|-----|----------|----------|-------------|
| Total corrigé | 724.731 | 401 | | | |
| Modèle corrigé (R-deux = .003) | 15.844 | 1 | 15.844 | 8.940 | .003 |
| Constante | 2446.653 | 1 | 2446.653 | 1380.559 | .000 |
| Régime alimentaire sain | 15.844 | 1 | 15.844 | 8.940 | .003 |
| Erreur | 708.887 | 400 | 1.772 | | |
| Total | 5251.142 | 402 | | | |
| Total corrigé | 724.731 | 401 | | | |
| Modèle corrigé (R-deux = .036) | 25.768 | 1 | 25.768 | 14.746 | .000 |
| Constante | 2306.831 | 1 | 2306.831 | 1320.144 | .000 |
| Habilités culinaires | 25.768 | 1 | 25.768 | 14.746 | .000 |
| Erreur | 698.964 | 400 | 1.747 | | |
| Total | 5251.142 | 402 | | | |
| Total corrigé | 724.731 | 401 | | | |

Tableau 28 : Relation entre les variables sociodémographiques et le développement de l'adoption de stratégies alimentaires santé.

3. Hypothèse relative aux stratégies alimentaires santé et le comportement de manger sainement

H3. Afin de vérifier si les individus qui adoptent des stratégies alimentaires santé sont plus susceptibles de manger sainement, nous avons effectué une régression logistique simple, puis une régression logistique multiple traitant les covariables génération, sexe et indice de masse corporelle (IMC). Utilisée en présence d'une variable dichotomique, la régression logistique permet de voir l'impact de la variable explicative (Desjardins, 2005), soit l'adoption de stratégies alimentaires santé sur la probabilité d'adopter le comportement de manger sainement.

Les résultats indiquent que plus un individu développe et adopte des stratégies alimentaires santé, plus il est susceptible de manger sainement (valeur $p = .000$), tel que montré dans le tableau 29 (H3 confirmée). Les variables génération, sexe et indice de masse corporelle (IMC) ne sont pas significatives (valeur p : génération = .057; sexe = .546; IMC = .989).

| | B | Erreur standard | Wald | ddl | Sig. | Exp (B) |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------|------------|-------------|----------------|
| Régression logistique simple | | | | | | |
| Constante | -1.637 | .299 | 29.973 | 1 | .000 | .195 |
| SAS | .374 | .081 | 21.168 | 1 | .000 | 1.454 |
| Intervalle de confiance (95 %) pour Exp B | Borne inférieure | Borne supérieure | | | | |
| SAS | 1.240 | 1.706 | | | | |
| Régression logistique multiple | | | | | | |
| Constante | -1.848 | .516 | 12.849 | 1 | .000 | .157 |
| SAS | .405 | .088 | 21.125 | 1 | .000 | 1.499 |
| Génération | | | 12.273 | 3 | .057 | |
| Sexe | .140 | .232 | .365 | 1 | .546 | 1.150 |
| IMC | -.002 | .125 | .000 | 1 | .989 | .998 |
| Intervalle de confiance (95 %) pour Exp B | Borne inférieure | Borne supérieure | | | | |
| SAS | 1.261 | 1.781 | | | | |
| Sexe | .731 | 1.811 | | | | |
| IMC | .782 | 1.275 | | | | |

Tableau 29 : Relation entre les scores globaux des stratégies alimentaires santé (SAS) et le comportement de manger sainement (variable dépendante).

Selon Conner et Sparks (2015), l'intention représente un important prédicteur du comportement qui implique directement le développement et l'adoption de stratégies de par leur rôle central dans la phase d'activation de l'intention (Prestwich et coll. 2015). Cette phase renvoie aux actions entreprises par un individu pour faire face aux différentes situations qu'il peut rencontrer (Prestwich et coll. 2015), elle active les buts fixés et spécifiques, et elle organise le « quoi », le « où » et le « quand » à l'avance, influençant le comportement de manière consciente (Custers et Aarts, 2010), ce qui suppose le développement et l'adoption de stratégies. De sorte qu'il existe une relation causale entre l'intention et le comportement, d'après les modèles prédictifs, en particulier les théories de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1977; 1980; 2005) et du comportement planifié (Ajzen, 1991; Ajzen et Madden, 1986), ainsi que le processus de formation des comportements alimentaires sains.

Suivant ces dernières théories et derniers processus tels qu'abordés dans la revue de littérature et nos analyses précédentes (H1a, H1b, H2 et H3), notre modèle stipule que la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) et l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) constituent des déterminants des stratégies alimentaires santé. Elles sont donc des variables prédictives de ces stratégies, conformément aux résultats des équations structurelles (figure 4 et données subséquentes). Ces dernières analyses nous ont permis de tester simultanément les liens entre les hypothèses données (Keppel et Wickens, 2004).

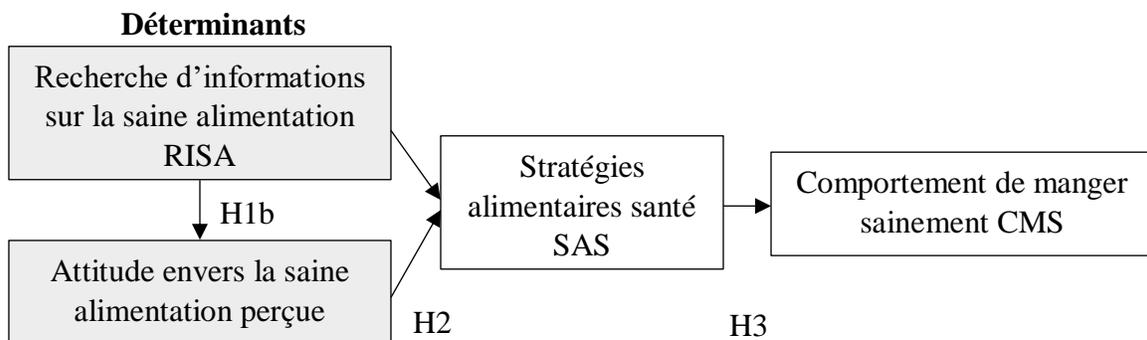


Figure 5 : Déterminants des stratégies alimentaires santé (SAS) validés et relations causales confirmées entre variables.

Les statistiques d'estimations du modèle et les indices « fit » suggèrent l'existence d'un lien bon et significatif entre les variables de notre modèle; le khi carré (χ^2) est de 308.82 avec un degré de liberté de 39 (valeur $p = .000$), l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (RMSEA) est de .080 (modèle correct entre .05 et .10), la moyenne quadratique pondérée (WRMR) est de 1.056 (modèle correct ≥ 1) et l'indice comparatif d'ajustement (CFI) est de .876 (modèle correct $> .85$) (DiStefano et coll. 2017; Hooper, Coughlan et Mullen, 2008). Les statistiques obtenues par équations structurelles illustrées dans le tableau suivant montrent également des liens significatifs entre les différents facteurs du modèle ($p \leq .05$), ce qui nous permet de conclure qu'il existe une relation entre les variables de notre modèle conceptuel (Durand, 2018).

| Facteurs du modèle | H | Coefficients estimés | Erreur type | Erreur type estimé | Valeur P |
|---------------------------|----------|-----------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------|
| RISA → SAS | H1A | .408 | .025 | 16.481 | .000 |
| RISA → HEPAS | H1B | .192 | .044 | 3.696 | .035 |
| HEPAS → SAS | H2 | .365 | .035 | 10.427 | .000 |
| SAS → CMS | H3 | .120 | .058 | 2.087 | .037 |

Tableau 30 : Relations causales entre les facteurs du modèle; significatif lorsque $p \leq .05$.

4. Hypothèses relatives aux générations

Pour tester la série d'hypothèses se rapportant aux générations incluant les milléniaux, plusieurs tests ont été réalisés. Les trois premières hypothèses, soit les milléniaux utilisent davantage les médias numériques que les générations X et baby-boomers pour rechercher des informations sur la saine alimentation (H4a), les milléniaux recherchent davantage d'informations sur la saine alimentation que les générations X et baby-boomers (H4b), les milléniaux ont un niveau d'attitude envers la saine alimentation perçue plus élevé que les générations X et baby-boomers (H4c), ont été soumis à des tests de statistiques descriptives, des tests T de Student et des régressions linéaires multiples pour inclure les variables génération, sexe et indice de masse corporelle (tableaux 31 à 33). Les deux

hypothèses suivantes, soit les milléniaux combinent davantage les stratégies alimentaires santé que les générations X et baby-boomers (H4d), et les milléniaux sont plus susceptibles d'atteindre un niveau de qualité élevé de l'alimentation que les générations X et baby-boomers (H4e), ont été analysées par le biais de régressions logistiques simples puis des régressions logistiques multiples (variables génération, sexe et indice de masse corporelle) (tableaux 34 et 35). La dernière hypothèse relative aux générations voulant que le concept de la génération modère la relation entre l'attitude envers la saine alimentation perçue et les stratégies alimentaires santé (H4f) a été vérifiée par le biais de régressions logistiques avec interaction, en raison de l'étude d'un effet modérateur (tableau 36).

H4a. Les moyennes sont globalement similaires entre les milléniaux et les générations plus âgées (\bar{x} entre 2.60 et 3.86). Or, seul le facteur « médias numériques » est significatif, pour les deux groupes générationnels à l'étude (milléniaux et générations plus âgées : valeur $p = .000$), tel qu'indiqué dans le tableau 31 (H4a confirmée). Les résultats montrent une différence significative entre les groupes d'âge et celui associé à la génération des milléniaux (21-40 ans) (valeur $p = .003$). Les variables sexe et indice de masse corporelle sont par ailleurs non significatives (valeur p : sexe = .0.90; IMC = .187).

| Milléniaux (n=182) vs autres générations (n=220) | | Moyenne | Écart- type | T | Sig. bilatéral |
|---|------------|----------------|------------------------|----------|---------------------------|
| RISA 1 | Autres | 3.86 | 1.85 | | |
| | Milléniaux | 3.82 | 1.96 | .253 | .801 |
| RISA 2 | Autres | 2.60 | 1.659 | | |
| | Milléniaux | 3.22 | 1.858 | 3.58 | .000 |
| | III | ddl | Carré moyen | F | Sig. bilatéral |
| Modèle corrigé (R-deux = .40) | 6.557 | 5 | 1.311 | 3.101 | .009 |
| Constante | 113.662 | 1 | 113.662 | 268.805 | .000 |
| Milléniaux | 3.700 | 1 | 3.700 | 8.751 | .003 |
| Sexe | 1.220 | 1 | 1.220 | 2.885 | .090 |
| IMC | 2.041 | 3 | .680 | 1.609 | .187 |
| Erreur | 156.874 | 371 | .423 | | |
| Total | 429.439 | 377 | | | |
| Total corrigé | 163.430 | 376 | | | |

Tableau 31 : Comparaison des scores globaux des facteurs de la recherche d'information sur la saine alimentation (RISA) en fonction de la génération des milléniaux.

Avec la facilité d'accès à Internet, l'ensemble des générations utilise les médias numériques, et est alors exposé aux mêmes tendances alimentaires lesquelles sont souvent partagées par des influenceurs web (p. ex. blogueurs, You tubeurs, vedettes). En général, ils utilisent les médias numériques pour relayer des informations diverses sur la santé, la nutrition et l'alimentation pouvant parvenir de chroniques télévisuelles et radiophoniques, de documentaires, ou encore d'articles en ligne. Le relayage d'informations permet de partager les tendances liées à la saine alimentation. Selon les données de KPMG (2016) et d'Index for digital life (2014), les tendances affectent particulièrement les milléniaux, où 66 % des milléniaux utilisent la technologie pour obtenir des informations via les médias sociaux, contre 53 % de la génération X et 40 % des baby-boomers. Williams et Page

(2011) reconnaissent que les milléniaux utilisent davantage les médias numériques en général que les générations plus âgées. Notre étude confirme cet usage en ce qui a trait à la recherche d'informations sur la saine alimentation. Nos résultats concordent avec ceux du volet premier, où les milléniaux ($\bar{x} = 4.39$) présentaient des scores plus élevés que les générations plus âgées ($\bar{x} = 3.48$) en regard aux médias numériques. Cette génération semble rechercher davantage d'informations sur la saine alimentation en général, conciliant les deux types de médias.

H4b. Les analyses indiquent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les variables, de sorte que la génération des milléniaux n'est pas différente des générations plus âgées (valeur $p = .684$) (tableau 32) (H4b non confirmée). Les variables sexe et indice de masse corporelle (IMC) ne démontrent également aucun lien significatif en relation avec la recherche d'information sur la saine alimentation (valeur p : sexe = .057; IMC = .128).

| RISA | III | ddl | Carré moyen | F | Sig. bilatéral |
|--|------------|------------|------------------------|----------|---------------------------|
| Modèle corrigé (R-deux = .22) | 3.023 | 5 | .605 | 1.656 | .144 |
| Constante | 179.096 | 1 | 179.096 | 490.665 | .000 |
| Milléniaux | .061 | 1 | .061 | .166 | .684 |
| Sexe | 1.336 | 1 | 1.336 | 3.659 | .057 |
| IMC | 2.087 | 3 | .696 | 1.906 | .128 |
| Erreur | 135.417 | 371 | .365 | | |
| Total | 566.392 | 377 | | | |
| Total corrigé | 138.440 | 376 | | | |

Tableau 32 : Comparaison des scores globaux de l'échelle de la recherche d'informations sur la saine alimentation (RISA) (variable dépendante) en fonction de la génération des milléniaux.

Nos résultats montrent que les milléniaux ne recherchent pas davantage d'informations sur la saine alimentation que les générations plus âgées, lorsqu'on compare la moyenne RISA entre les deux segments de générations. Cette génération n'est possiblement pas forcément plus intéressée et/ou impliquée dans la saine alimentation, contrairement à ce qui est relaté dans les rapports industriels (Food Navigator, 2016; Nielsen, 2015). En clair, elle ne semble pas rechercher davantage d'informations sur la saine alimentation que les générations plus âgées, elle semble le faire différemment en utilisant davantage les médias numériques que les générations plus âgées. Les résultats sont distincts de ceux obtenus dans le volet premier obtenus auprès de l'échantillon de 185 répondants (p. 108), puisqu'on comparait la moyenne des facteurs entre les quatre sous-génération. H4b est quant à elle basée sur un échantillon de 402 répondants et compare plutôt la moyenne de RISA entre deux segments de générations tout en ajustant pour le sexe et l'IMC. Les résultats sont complémentaires. L'ajustement pour deux variables peut montrer que même s'il y a des différences initialement, elles peuvent être attribuables à des facteurs confondants et non à la différence de génération.

H4c. Le tableau 33 indique l'absence de différence de moyennes de l'attitude envers la saine alimentation perçue selon la génération des milléniaux (valeur $p = .251$). Ces derniers ne disposent pas d'une attitude plus positive envers la saine alimentation perçue que les générations plus âgées, infirmant cette hypothèse (H4c non confirmée). Les variables sexe et indice de masse corporelle (IMC) ne sont également pas liées à un niveau d'attitude plus élevé envers la saine alimentation perçue (valeur p : sexe = .117; IMC = .055).

| Milléniaux (n=182) vs autres générations (n=220) | | Moyenne | Écart-type | T | Sig. bilatéral |
|---|------------|----------------|------------------------|----------|---------------------------|
| HEPAS | Autres | 4.48 | 1.241 | 1.15 | |
| | Milléniaux | 4.32 | 1.520 | 5.61 | .251 |
| | III | ddl | Carré moyen | F | Sig. bilatéral |
| Modèle corrigé (R-deux = .29) | 20.229 | 5 | 4.046 | 2.228 | .051 |
| Constante | 3046.099 | 1 | 3046.099 | 1677.220 | .000 |
| Milléniaux | 2.968 | 1 | 2.968 | 1.634 | .202 |
| Sexe | 4.477 | 1 | 4.477 | 2.465 | .117 |
| IMC | 13.925 | 3 | 4.642 | 2.556 | .055 |
| Erreur | 673.795 | 371 | 1.816 | | |
| Total | 7999.074 | 377 | | | |
| Total corrigé | 694.024 | 376 | | | |

Tableau 33 : Comparaison des scores globaux de l'échelle de l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) en fonction de la génération des milléniaux.

En cohérence avec le fait que la génération des milléniaux ne recherche pas davantage d'informations sur la saine alimentation que les générations plus âgées, l'attitude envers la saine alimentation perçue n'est pas significative pour cette génération, suivant la relation causale entre les informations cognitives et affectives issue du processus des comportements alimentaires sains (Conner et Norman, 2015; Fishbein, 1967; Fishbein et Ajzen, 1975). Les préoccupations alimentaires santé ne sont donc pas plus grandes pour cette génération en comparaison avec les générations plus âgées, et n'influencent pas leur attitude à cet égard.

H4d. Dans le tableau suivant, la variable « combinaison de stratégies » a été modélisée de manière binaire, soit « oui » versus « non ». Elle a pris la valeur « oui », lorsque la

moyenne des scores aux deux stratégies est supérieure à 4 sur une échelle de 7; 30.1% de oui, contre 69.9% de non. Les résultats présentés dans le tableau 34 indiquent que les milléniaux ne combinent pas davantage de stratégies alimentaires santé que les générations plus âgées (valeur p = .357) (H4d non confirmée). Les variables sexe et indice de masse corporelle (IMC) ne sont d'ailleurs pas significatives (valeur p : sexe = .118; IMC = .347).

| | B | Erreur standard | Wald | ddl | Sig. | Exp (B) |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------|------------|-------------|----------------|
| Régression logistique simple | | | | | | |
| Constante | -.935 | .150 | 38.965 | 1 | .000 | .392 |
| Milléniaux | .201 | .218 | .848 | 1 | .357 | 1.222 |
| Intervalle de confiance (95 %) pour Exp B | Borne inférieure | Borne supérieure | | | | |
| Milléniaux | .797 | 1.874 | | | | |
| Régression logistique multiple | | | | | | |
| Constante | -1.426 | .279 | 26.128 | 1 | .000 | .240 |
| Milléniaux | .194 | .235 | .682 | 1 | .409 | 1.214 |
| Sexe | .374 | .240 | 2.440 | 1 | .118 | 1.454 |
| IMC | | | 3.304 | 3 | .347 | |
| Intervalle de confiance (95 %) Pour exp B | Borne inférieure | Borne supérieure | | | | |
| Milléniaux | .766 | 1.922 | | | | |
| Sexe | .909 | 2.326 | | | | |

Tableau 34 : Comparaison des combinaisons de stratégies alimentaires santé (SAS) en fonction des milléniaux.

Cependant, dans le but de savoir si les deux types de stratégies alimentaires santé sont déployés différemment par les milléniaux en comparaison avec les générations plus âgées (X et baby-boomers), nous avons ajouté une anova à mesures répétées, comme illustré dans le tableau 35.

| | F | Sig. bilatéral |
|----------------------------------|----------|-----------------------|
| Constante | 2545.133 | .000 |
| Milléniaux | .403 | .526 |
| Strategie_type | 346.879 | .000 |
| Milléniaux*strategie_type | 68.576 | .000 |

Tableau 35 : Comparaison des types de stratégies alimentaires santé (SAS) en fonction de la génération des milléniaux.

Les résultats (valeur $p = .000$) stipulent qu'il existe une interaction entre les milléniaux et le type de stratégies déployées. Les moyennes estimées, ainsi que les comparaisons multiples, comme identifiées dans le tableau 36, montrent que les deux stratégies sont employées par toutes les générations (favoriser des choix alimentaires durables, valeur $p = .000$; limiter/éliminer, valeur $p = .005$). Mais la limitation/élimination est la stratégie la plus développée et adoptée, et de manière plus prononcée chez les générations plus âgées (\bar{x} milléniaux = 3.80 vs \bar{x} générations plus âgées = 4.24). La stratégie visant à favoriser les choix alimentaires durables est quant à elle plus sollicitée par la génération des milléniaux en comparaison avec les générations plus âgées (\bar{x} milléniaux = 3.13 vs \bar{x} générations plus âgées = 2.51). En d'autres termes, les milléniaux utilisent les deux stratégies sans toutefois les combiner davantage que les générations plus âgées.

| Milléniaux | Type de stratégies | Moyenne | Erreur standard | | |
|---|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------|
| Non | Choix durables | 2.51 | .095 | | |
| | Limitation | 4.24 | .107 | | |
| Oui | Choix durables | 3.13 | .104 | | |
| | Limitation | 3.80 | .117 | | |
| Intervalle de confiance 95% pour la différence | | | | | |
| | | Borne inférieure | Borne supérieure | | |
| Milléniaux | Type de stratégies | | | | |
| Non | Choix durables | 2.318 | 2.691 | | |
| | Limitation | 4.033 | 4.452 | | |
| Oui | Choix durables | 2.920 | 3.331 | | |
| | Limitation | 3.563 | 4.024 | | |
| | (I) génération | (J) génération | Différence moyenne (I-J) | Erreur standard | Sig.* |
| Choix durables | Oui | Non | .621 | .141 | .000 |
| Limitation | Oui | Non | -.449 | .158 | .005 |
| Intervalle de confiance | | | | | |
| | Borne inférieure | Borne supérieure | | | |
| Choix durables | .343 | .898 | | | |
| Limitation | -.761 | -.138 | | | |

Tableau 36 : Moyennes du score de stratégies selon le type de stratégies et les générations.

H4e. Les analyses ne démontrent aucune association entre la génération des milléniaux et le fait de manger sainement (valeur p = .117), comme illustré dans le tableau 37 (H4e non confirmée). Cette génération ne mange donc pas plus sainement que les générations plus âgées à l'étude. Les variables sexe et indice de masse corporelle ne sont également aucunement liées au comportement alimentaire sain (valeur p : sexe = .392; IMC = .267).

| | B | Erreur standard | Wald | ddl | Sig. | Exp (B) |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------|------------|-------------|----------------|
| Régression logistique simple | | | | | | |
| Constante | -.219 | .136 | 2.608 | 1 | .106 | .803 |
| Milléniaux | -.321 | .205 | 2.455 | 1 | .117 | .725 |
| Intervalle de confiance (95 %) pour exp B | Borne inférieure | Borne supérieure | | | | |
| Milléniaux | .485 | 1.084 | | | | |
| Régression logistique multiple | | | | | | |
| Constante | -.461 | .244 | 3.577 | 1 | .059 | .631 |
| Milléniaux | -.338 | .218 | 2.402 | 1 | .121 | .713 |
| Sexe | .190 | .222 | .734 | 1 | .392 | 1.209 |
| IMC | | | 3.952 | 3 | .267 | |
| Intervalle de confiance (95 %) pour Exp B | Borne inférieure | Borne supérieure | | | | |
| Milléniaux | .465 | 1.094 | | | | |
| Sexe | .783 | 1.867 | | | | |

Tableau 37 : Relation entre le comportement de manger sainement et la génération des milléniaux.

Les données recueillies vont à l'encontre des données industrielles (Canadian Grocer, 2016; Food Navigator, 2016; Nielsen, 2015), qui mettent de l'avant des choix alimentaires

plus sains chez les milléniaux, de manière générale. Jastran et coll. (2009) indiquent que cette génération dit opter pour un comportement globalement sain pour être en adéquation avec leurs valeurs et idéaux, alors que nos analyses relèvent une incongruence entre le fait de dire qu'ils mangent sainement et leur comportement réel.

H4f. Les résultats précisent l'absence d'effet modérateur du concept de génération dans la relation entre l'attitude envers la saine alimentation perçue et les stratégies alimentaires santé (valeur $p = .472$), comme indiqué dans le tableau 38 (H4f non confirmée). Les variables sexe et indice de masse corporelle ne sont également pas significatives (valeur p : sexe = .284; IMC = .346).

| | III | ddl | Carré moyen | F | Sig. bilatéral |
|---|------------|------------|------------------------|----------|-----------------------|
| Modèle corrigé (R-deux = .557) | 370.499 | 11 | 33.682 | 41.714 | .000 |
| Constante | 1.484 | 1 | 1.484 | 1.838 | .176 |
| attitude_global | 324.777 | 1 | 324.777 | 402.227 | .000 |
| génération * attitude_global | 2.036 | 3 | .679 | .840 | .472 |
| Generation | .572 | 3 | .191 | .236 | .871 |
| Sexe | .935 | 1 | .935 | 1.149 | .284 |
| IMC | 2.680 | 3 | .893 | 1.106 | .346 |
| Erreur | 294.719 | 365 | .807 | | |
| Total | 4851.633 | 377 | | | |
| Total corrigé | 665.218 | 376 | | | |

Tableau 38 : Effet de modulation de la génération dans la relation entre l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) et les stratégies alimentaires santé (SAS) (Variable dépendante).

5. Hypothèses relatives aux situations de consommation

La dernière série d'hypothèses concerne les situations de consommation (semaine vs weekend, foyer vs hors foyer). Les deux premières hypothèses, soit les individus sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé la semaine que le weekend (H5a), et les individus sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé au foyer que hors foyer (H5b), ont été étudiées, d'abord selon des statistiques descriptives présentées pour le nombre de stratégies alimentaires santé sélectionné dans chacune des situations de consommation, et ensuite suivant le test de rangs signés de Wilcoxon (tableau 39). Ce dernier test permet de comparer le nombre de stratégies adoptées la semaine versus le weekend, ainsi qu'à la maison versus hors foyer. La dernière hypothèse, soit les situations de consommation modèrent la relation entre les stratégies alimentaires santé et le comportement de manger sainement (H5c), a été testée à l'aide de régressions logistiques avec interaction (tableau 40).

H5a; H5b. On constate des moyennes plus élevées pour le nombre de stratégies développées et adoptées la semaine versus la fin de semaine ($\bar{x} = 13.55$ vs 10.85) et à la maison versus hors foyer ($\bar{x} = 21.71$ vs 6.19). Ces moyennes concordent avec le test des rangs de Wilcoxon (tableau 39), confirmant que les individus sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé la semaine que le weekend (valeur $p = .000$) (H5a confirmée), et que les individus sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé au foyer que hors foyer (valeur $p = .000$) (H5b confirmée).

| Statistiques descriptives | | | | |
|---|--|--|--------------------------|-----------------------------|
| | situation_ semaine | situation_ weekend | situation_ maison | situation_hors_foyer |
| Moyenne | 13.55 | 10.85 | 21.71 | 6.19 |
| Médiane | 11 | 8 | 21 | 3 |
| Ecart type | 13.46905 | 11.50154 | 14.19815 | 7.91070 |
| Test de rangs signés Wilcoxon | | | | |
| | situation_ semaine vs weekend (H5a) | situation_ maison vs hors foyer (H5b) | | |
| Statistiques de test | 8626 | 643 | | |
| Erreur standard | 1059.975 | 1853.391 | | |
| Statistiques de test standardisées | -5.278 | -15.755 | | |
| Sig. asymptotique (test bilatéral) | .000 | .000 | | |

Tableau 39 : Comparaison des scores globaux des situations de consommation⁹.

Nos résultats sont en adéquation avec la littérature. Selon Sobal et coll. (2006), certains individus mangent sainement en semaine et se permettent des excès la fin de semaine (Sobal et coll. 2006). Leur stratégie est de manger sainement de manière générale tout en gardant une certaine latitude pour faire face à différentes situations qui se produisent la fin de semaine. Suivant cette perspective, le facteur temps « équilibre » leur alimentation, où l'adoption de stratégies alimentaires santé pourrait être favorisée en semaine. D'autres individus consomment des aliments allant à l'encontre de la valeur santé lorsqu'ils se retrouvent au restaurant (Sobal et coll. 2006). Ils « négocient » la valeur santé pour tenir

⁹ Min 0; max 44.

compte des relations interpersonnelles et des lieux de consommation (p. ex. restaurant) souvent propices à la découverte, où l'adoption de stratégies alimentaires santé pourrait être favorisée à la maison. Les valeurs sont donc négociées pour réduire les situations de conflits selon qu'il s'agit de repas pris en semaine versus le weekend, ainsi qu'à la maison vs hors foyer (Blake et coll. 2007; Connors et coll. 2001; Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Furst et coll. 1996; Sobal et coll. 2006; 11).

H5c. Les analyses révèlent qu'il existe un effet de modération positivement « limite » pour la semaine uniquement (valeur $p = .045$) (tableau 40). Les autres situations de consommation se sont avérées non significatives (valeur p : weekend = .581; foyer = 1.000; hors foyer = .900).

Les études antérieures font état d'un ensemble de points de référence situationnels comme le facteur temps (jour, semaine, mois), les repas de la journée (déjeuner, dîner, souper), les occasions (p. ex. anniversaire, fête), les lieux de consommation (p. ex. restaurant, travail, maison), et les relations interpersonnelles (p. ex. seul, couple, amis, famille) qui affectent les stratégies alimentaires santé (Blake et coll. 2007; 2008; Bouwman et coll. 2009; Connors et coll. 2001).

| | | | | | | | Intervalle de confiance (95 %) | |
|---|----------|----------------------------|-------------|------------|-------------|----------------|---|-----------------------------|
| | B | Erreur standard | Wald | ddl | Sig. | Exp (B) | Borne inférieure | Borne supérieure |
| Semaine | | | | | | | | |
| Constante | -2.220 | .413 | 28.877 | 1 | .000 | .109 | | |
| strategies_global | .488 | .115 | 18.172 | 1 | .000 | 1.630 | 1.302 | 2.040 |
| situation_semaine | .061 | .025 | 5.835 | 1 | .016 | 1.063 | 1.012 | 1.117 |
| strategies_global by situation_semaine | -.013 | .006 | 4.023 | 1 | .045 | .987 | .975 | 1.000 |
| Weekend | | | | | | | | |
| Constante | -1.969 | .396 | 24.755 | 1 | .000 | .140 | | |
| strategies_global | .375 | .109 | 11.927 | 1 | .001 | 1.455 | 1.176 | 1.800 |
| situation_weekend | .047 | .034 | 1.921 | 1 | .166 | 1.048 | .981 | 1.120 |
| strategies_global by situation_weekend | -.005 | .009 | .304 | 1 | .581 | .995 | .977 | 1.013 |
| Foyer | | | | | | | | |
| Constante | -1.882 | .452 | 17.344 | 1 | .000 | .152 | | |
| strategies_global | .329 | .130 | 6.419 | 1 | .011 | 1.389 | 1.077 | 1.792 |
| situation_maison | .018 | .020 | .829 | 1 | .363 | 1.018 | .980 | 1.058 |
| strategies_global by situation_maison | .000 | .005 | .000 | 1 | 1.000 | 1.000 | .990 | 1.010 |

| Hors foyer | | | | | | | | |
|---|--------|------|--------|---|------|-------|-------|-------|
| Constante | -1.873 | .364 | 26.505 | 1 | .000 | .154 | | |
| strategies_global | .359 | .098 | 13.401 | 1 | .000 | 1.431 | 1.181 | 1.734 |
| situation_hors_foyer | .039 | .046 | .737 | 1 | .391 | 1.040 | .951 | 1.138 |
| strategies_global by situation_hors_foyer | .002 | .013 | .016 | 1 | .900 | 1.002 | .977 | 1.027 |

Tableau 40 : Effet de modération des situations de consommation dans la relation entre les stratégies alimentaires santé (SAS) et le comportement de manger sainement (Variable dépendante).

Enfin, le tableau suivant rappelle les hypothèses de recherche et souligne la confirmation ou non de chacune des hypothèses émises.

| Hypothèses de recherche | | |
|--|-----|--|
| Recherche d'informations sur la saine alimentation | H1a | Les individus avec un haut niveau de recherche d'informations sur la saine alimentation sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé. CONFIRMÉE |
| | H1b | Les individus avec un haut niveau de recherche d'informations sur la saine alimentation sont plus susceptibles d'avoir une attitude positive envers la saine alimentation perçue. CONFIRMÉE |
| Attitude envers la saine alimentation perçue | | |
| | H2 | Les individus avec un haut niveau d'attitude envers la saine alimentation perçue sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé. CONFIRMÉE |
| Stratégies alimentaires santé Et Comportement de manger sainement | | |
| | H3 | Les individus qui adoptent des stratégies alimentaires santé sont plus susceptibles de manger sainement. CONFIRMÉE |
| Génération | | |
| Génération | H4a | Les milléniaux utilisent davantage les médias numériques que les générations X et baby-boomers pour rechercher des informations sur la saine alimentation. CONFIRMÉE |
| | H4b | Les milléniaux recherchent davantage d'informations sur la saine alimentation que les générations X et baby-boomers. NON-CONFIRMÉE |
| | H4c | Les milléniaux ont un niveau d'attitude envers la saine alimentation perçue plus élevé que les générations X et baby-boomers. NON-CONFIRMÉE |
| | H4d | Les milléniaux combinent davantage les stratégies alimentaires santé que les générations X et baby-boomers. NON-CONFIRMÉE |
| | H4e | Les milléniaux sont plus susceptibles de manger sainement que les générations X et baby-boomers. NON-CONFIRMÉE |
| | H4f | Le concept de génération modère la relation entre l'attitude envers la saine alimentation perçue et les stratégies alimentaires santé. NON-CONFIRMÉE |

| Hypothèses de recherche (suite) | | |
|--|-----|--|
| Situations de consommation | H5a | Les individus sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé la semaine que le weekend. CONFIRMÉE |
| | H5b | Les individus sont plus susceptibles d'adopter des stratégies alimentaires santé au foyer que hors foyer. CONFIRMÉE |
| | H5c | Les situations de consommation modèrent la relation entre les stratégies alimentaires santé et le comportement de manger sainement. PARTIELLEMENT CONFIRMÉE |

Tableau 41 : Synthèse des hypothèses de recherche confirmées ou non confirmées.

Troisième partie

**CHAPITRE 3 :
CADRE CONTRIBUTOIRE
DE LA RECHERCHE**

Conclusion

Implications

Contributions

Limites et futures recherches

CONCLUSION

La présente thèse avait pour but 1) d'identifier les stratégies alimentaires santé qui favorisent de saines habitudes alimentaires chez les milléniaux, 2) de reconnaître les déterminants de ces stratégies, ainsi que 3) d'étudier les impacts modérateurs du concept de la génération dans la relation attitude-stratégies, et des situations de consommation dans la relation stratégies-comportement. Par le biais des stratégies alimentaires santé, l'objectif ultime est de contribuer à la réduction de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité affectant 61.4 % de la population canadienne, dont 42 % des milléniaux (taux combinés; Statistique Canada 2014a; 2015), et ce faisant, d'accroître l'efficacité des interventions en santé publique visant à réduire les problématiques de surpoids au sein des différentes générations. À notre connaissance, il n'existe aucune étude publiée de nature quantitative qui traite à la fois des stratégies alimentaires santé et du profil générationnel. La présente étude s'inscrit dans la continuité des recherches sur les stratégies, qui jusqu'à présent se sont limitées à l'identification, l'application et la formation des stratégies. Elle inclut le développement d'une échelle de mesure fiable et représentative des stratégies déployées par les individus laquelle nous a permis d'identifier trois grandes stratégies : favoriser des choix alimentaires durables, limiter et/ou éliminer les aliments ou ingrédients perçus « mauvais » et planifier la sélection, l'achat et la préparation des aliments, en plus du développement d'une autre échelle sur la recherche d'informations sur la saine alimentation.

Déterminants des stratégies alimentaires santé

Nos analyses démontrent que la recherche d'informations envers la saine alimentation (RISA) et l'attitude envers la saine alimentation perçue (HEPAS) sont des déterminants des stratégies alimentaires santé (SAS), au sein de la population en général, abstraction faite *a priori* du concept de génération. Ils ont donc un rôle essentiel dans le développement

et l'adoption des stratégies, puisque ces dernières reposent sur ces déterminants pour se concrétiser. À présent, les études n'avaient pas établi de liens entre l'ensemble de ces variables et ne figuraient pas dans les modèles prédictifs ni dans la formation des comportements alimentaires sains. L'ajout de ces variables améliore la compréhension de ce qui conduit à l'atteinte de saines habitudes alimentaires. De sorte que la RISA s'inscrit aux informations cognitives déjà identifiées et le HEPAS aux informations affectives. Elles permettent de mieux comprendre sur quelles bases se forment les décisions alimentaires contemporaines, incluant les stratégies et le comportement proprement dit. La recherche d'informations sur la saine alimentation et l'attitude envers la saine alimentation perçue interviennent dans la catégorisation des aliments étant imprégnée de l'accessibilité aux différents médias et des préoccupations associées au contexte alimentaire actuel.

Les stratégies alimentaires santé facilitent le passage de l'intention au comportement, puisqu'elles augmentent les opportunités d'agir, en achetant des aliments sains, les cuisinant et en les consommant au quotidien par exemple. Elles permettent de mieux automatiser le comportement souhaité à long terme, en préconisant la phase essentielle de l'élaboration pour augmenter son efficacité. À cette fin, Hernandez (2019) souligne que les stratégies rapprochent l'objectif de manger sainement par la concrétisation, et sont plus efficaces que l'usage des divers étiquetages et logos colorés que l'on retrouve sur les produits alimentaires.

Facteurs sociodémographiques d'influence

Des facteurs sociodémographiques ont été mis en relief dans notre étude, afin d'établir s'il existe des liens entre ces derniers et les stratégies alimentaires santé, en complément à la littérature sur la saine alimentation et les modèles prédictifs. Bien que la variable sexe ait été identifiée comme une variable importante dans les recherches antérieures (Artsens et coll. 2009; Bellows, Alcaraz et Hallman, 2010; Door et Verhoef, 2011; Smithers, Lamarche et Joseph, 2008; Verbeke, 2005), elle ne s'est pas démarquée dans notre étude. En effet, seules les femmes ont été associées au développement et à l'adoption de la stratégie de la planification de la sélection, de l'achat et de la préparation des aliments (données issues du

volet 1). Ceci peut s'expliquer par le fait que les hommes et les femmes se sentent également concernés par l'embonpoint et l'obésité, touchant plus de 60 % des hommes et 50 % des femmes âgés de 25 à 65 ans au Québec (données 2013-14) (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2018). Pour les hommes, avec la croissance de leur surpoids, l'apparence physique est dorénavant un prédicteur de la satisfaction corporelle (Frederick, 2016).

Quant à l'indice de masse corporelle (IMC), elle n'est également pas ressortie comme une variable dominante. Elle se présente uniquement dans deux situations. En effet, les individus avec un poids jugé insuffisant (<18.5) semblent davantage opter pour la stratégie de la limitation et/ élimination des « mauvais » aliments ou ingrédients perçus que les autres individus, faisant partie des trois dernières catégories de poids (poids normal = 18.5 à 24.9; surpoids = 25 à 29.9; obésité = > 30) ($n = 3/185$) (données issues du volet 1). De sorte que les individus à faible poids pourraient avoir tendance à faire des choix plus restrictifs pour contrôler leur poids. L'IMC se distingue également dans la recherche d'informations envers la saine alimentation, quand celle-ci est associée à une attitude plus positive envers la saine alimentation perçue. L'atteinte d'un poids santé pousse donc certains individus à rechercher des informations sur la saine alimentation affectant favorablement leur attitude envers les choix alimentaires santé.

La situation familiale, le niveau d'éducation, le revenu, les problématiques de santé, le régime alimentaire, ainsi que les habiletés culinaires ont également été prise en compte. Nos résultats ne démontrent aucun lien avec le développement et l'adoption de stratégies alimentaires santé, à l'exception du régime alimentaire sain et des habiletés culinaires. Le fait d'avoir un régime alimentaire sain et de disposer de bonnes habiletés favorisent la formation de stratégies. Nos résultats sont distincts de ceux de Falk, Bisogni et Sobal (2000), indiquant que les problématiques de santé prédisposaient les individus à développer et adopter des stratégies alimentaires santé.

Enfin, le concept de génération s'est avéré significatif et impliqué dans seulement deux situations, soit dans la susceptibilité 1) d'avoir une attitude plus positive envers la saine alimentation lorsque les individus recherchent des informations sur la saine alimentation (pour la génération Z en comparaison avec les baby-boomers), et 2) de développer et d'adopter des stratégies alimentaires santé quant le niveau de l'attitude envers la saine alimentation est élevé (pour la génération Y par rapport aux baby-boomers). Le concept de génération, impliquant l'âge des individus, leur cycle de vie, leurs valeurs et leurs traits communs (Recours et Hébel (2007), affecte donc la consommation alimentaire santé et son processus. Elle ne modère toutefois pas la relation entre l'attitude envers la saine alimentation perçue et les stratégies alimentaires santé.

En particulier, les milléniaux (Y et Z) recherchent davantage d'informations sur la saine alimentation via les médias numériques que les générations plus âgées (X et baby-boomers), sans négliger totalement les médias traditionnels (données validées dans les volets 1 et 2). Cependant, cette génération ne possède pas une attitude envers la saine alimentation perçue plus élevée, ne combine pas davantage de stratégies alimentaires santé, et n'a pas une meilleure qualité de l'alimentation que les générations plus âgées. De sorte que la génération des milléniaux n'est pas si différente des générations plus âgées, contrairement aux récentes données industrielles disponibles sur cette génération (Canadian Grocer, 2016; Food Navigator, 2016; Eaters Digest, 2016; Just Eat-Yougov, 2018; Nielsen, 2015; The Caterer, 2016). Elle met toutefois davantage de l'avant la stratégie visant à favoriser des choix alimentaires durables que les générations plus âgées par rapport à la stratégie de la limitation/ élimination (données validées dans les volets 1 et 2).

Les choix alimentaires des milléniaux pourraient en partie s'expliquer par le fait que la couverture médiatique numérique a tendance à présenter les concepts de l'alimentation durable et que cette génération consomme largement les médias en ligne (Pouget, 2010), ce qui peut affecter le type de stratégies priorisé. Leurs choix peuvent être attribuables aux préoccupations environnementales (réduction des impacts de la production et de la

consommation alimentaire sur l'environnement, et du gaspillage) qui sont particulièrement importantes pour cette génération, de manière générale (Williams et Page, 2011). De par ses choix, cette génération pose un geste qui montre leur responsabilité envers les changements de société (Casini et coll. 2013; Taken Smith et Brower, 2012).

Par ailleurs, le relayage d'articles ou de photos culinaires dans les médias sociaux, particulièrement produit par la génération des milléniaux, n'implique pas nécessairement une meilleure qualité de l'alimentation. Il est possible que « l'image de soi idéale sociale » (l'image que nous aimerions que les autres aient de nous) explique en partie ce besoin de partage (D'Astous et coll. 2014; 53). Les milléniaux, en particulier les Z, se disent concernés par l'image véhiculée en ligne auprès de leurs amis virtuels (Howe et Strauss, 2008). Le foodisme, que l'on associe au relayage et à la génération des milléniaux, peut ainsi être un terme galvaudé, puisqu'il n'est pas lié nécessairement à de meilleures habitudes alimentaires, mais plutôt au besoin d'exprimer ses intérêts pour les expériences culinaires variées (Crop, 2018). Néanmoins, le relayage montre que manger sainement est bien ancré dans le contexte actuel et qu'il constitue une norme sociale (injunctive et descriptive) d'importance. Rappelons que les normes donnent des points de référence et de comparaison pour juger et évaluer les choix individuels, constituent des idéaux à atteindre et influencent la formation de règles alimentaires personnelles (Chapman et Ogden, 2009; Smith et coll. 2006; Sobal et coll. 2006).

Situations de consommation

Différentes situations de consommation ont été prises en compte parmi les plus susceptibles d'affecter le développement et l'adoption de stratégies alimentaires santé (maison vs hors foyer, semaine vs weekend). Notre étude révèle que les individus développent davantage de stratégies à la maison et la semaine que hors foyer et le weekend, en concordance avec la littérature qualitative sur les stratégies alimentaires santé et les fréquences liées aux situations de consommation exposées préalablement (repas pris à la maison vs hors foyer et repas cuisinés) (p. 126). La semaine offre d'ailleurs un effet modérateur limite entre les stratégies développées et adoptées et la qualité de l'alimentation

(comportement de manger sainement). Les individus sont plus enclins de développer des stratégies lorsqu'ils se retrouvent dans un endroit familier et dans une situation de contrôle. Les stratégies développées et adoptées, particulièrement à la maison, leur permettent de mieux négocier les valeurs, réduire les situations de conflits (Blake et coll. 2007; Connors et coll. 2001; Falk, Bisogni et Sobal, 1996; Furst et coll. 1996; Sobal et coll. 2006; 11) et, ce faisant, d'encadrer leurs choix alimentaires santé. Nos résultats permettent de préciser que la situation hebdomadaire constitue un point de référence qui influence la relation stratégies-comportement. Les choix alimentaires se font dans une perspective à la fois journalière et hebdomadaire.

IMPLICATIONS

La santé publique et l'industrie alimentaire ont un rôle important à jouer dans l'atteinte et le maintien de comportements alimentaires sains. Pour augmenter l'efficacité de leurs communications, la santé publique, ainsi que les entreprises offrant une proposition de valeur basée sur la santé, pourraient y intégrer la manière dont les individus recherchent des informations sur la saine alimentation, les composantes de l'attitude envers la saine alimentation perçue et les stratégies alimentaires santé (en éliminant notamment les quelques aliments-items qui « nutritionnellement » ne sont pas réellement meilleurs pour la santé; p. ex. je choisis des poissons sauvages au lieu des poissons d'élevage).

Les interventions actuelles en santé publique sont généralement de nature prescriptive préconisant la consommation de nutriments, vitamines et minéraux pour leurs bénéfices sur la santé globale (Jabs et Devine, 2006; Bisogni et coll. 2007). Or, suivant l'importance consentie aux stratégies alimentaires santé chez les individus déjà acteurs de leur propre santé globale, les interventions futures doivent inclure des outils pour faciliter non seulement le « quoi », mais aussi le « comment » manger sainement afin de réduire la probabilité que les individus préconisent les stratégies à implication négative sur la santé. Ce qui nécessite d'accroître les connaissances nutritionnelles déclaratives et procédurales, et d'introduire les stratégies alimentaires santé. L'objectif est donc d'accentuer les ressources issues du capital intangible et humain (temps, habiletés et connaissances) pour affecter positivement l'attitude envers la saine alimentation en général.

Concrètement, les stratégies alimentaires santé pourraient être utilisées par la santé publique dans le cadre des programmes de coupons alimentaires, communément appelés *Supplemental Nutrition Assistance Program* (SNAP). Ces derniers offrent une subvention à l'achat de fruits et de légumes, dédiée aux personnes à faible revenu. En concomitance avec cette aide financière, les stratégies représenteraient un outil d'aide au développement

d'habiletés et de connaissances nutritionnelles. Elles pourraient être jumelées/intégrées à d'autres programmes gouvernementaux déjà mis en place comme les cuisines collectives (partage de repas cuisinés, de recettes et de trucs santé), les jardins communautaires, les groupes d'achat d'aliments sains, ainsi que les outils d'aide à la décision comme le Guide alimentaire canadien. Les stratégies alimentaires santé pourraient participer à la réduction des inégalités sociales de santé. À présent, les stratégies identifiées et le modèle conceptuel développé préalablement dans cette thèse sont actuellement à l'étude en vue d'être implantés dans l'éventuel programme national des coupons alimentaires de la santé publique québécoise, développé par l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ).

De plus, la santé publique pourrait promouvoir la satisfaction de manger sainement (sentiment de prendre soin de soi), associée aux stratégies alimentaires santé, particulièrement celle de la limitation/élimination. D'Après Mai et Hoffmann (2017), leurs interventions sont plus efficaces lorsqu'elles communiquent un autre but que celui de manger sainement pour être en bonne santé. Manger sainement pour le plaisir et se sentir bien physiquement et mentalement sont des exemples de buts de proximité qui encouragent la réalisation de tâches modérément complexes comme l'atteinte de comportements sains. Ce type de buts favorise la conscience envers la santé à long terme (Seijts et Latham, 2001). Guillemain et coll. (2016) ont d'ailleurs démontré que le bien-être est associé aux comportements sains et englobe les bénéfices immédiats (plaisir, sécurité, relaxation), les bénéfices directs à court terme (digestion et satiété, énergie et psychologie) et les bénéfices indirects à long terme (habitudes alimentaires et santé).

Du côté commercial, une entreprise pourrait communiquer la stratégie visant à favoriser des choix alimentaires durables auprès des milléniaux avec un étiquetage qui utilise des termes liés à cette stratégie, pareillement pour les générations plus âgées et la stratégie de la limitation/élimination. De plus, une entreprise vendant des produits à faible teneur en matières grasses pourrait mettre de l'avant l'absence de culpabilité suivant les portions recommandées, en raison du lien entre la culpabilité et la stratégie de la

limitation/élimination, d'après les corrélations données. Cette intervention pourrait se faire par le biais des médias à la fois traditionnels et numériques. Peu importe l'angle de la stratégie de communication déployée en santé publique ou en commercialisation, les médias traditionnels et numériques doivent être employés, mais les médias numériques devraient être priorités lorsque les milléniaux sont ciblés. Puisque le concept de génération est une variable encline à influencer les stratégies de manière significative, le facteur générationnel devient un élément de ciblage dans les communications, conciliant les particularités des générations (styles de vie, valeurs traits communs, contexte) et leurs préoccupations dans une optique de santé des individus. En complément, les supermarchés pourraient offrir davantage de produits sains disponibles en magasin (p. ex. légumes déjà prêts à manger). L'objectif serait de rendre les produits sains accessibles, pratiques et attrayants en termes d'apparence, de goût et de prix, afin de réduire les perceptions négatives qui peuvent être associées aux produits santé (Wansink, 2017).

Les interventions, tant de l'industrie que de la santé publique, doivent cependant être globalement cohérentes, puisque les individus sont influencés par ces deux parties (Mai et Hoffmann, 2015). L'industrie a donc un rôle qui va au-delà de son rôle commercial en intégrant un rôle « éducatif » et par conséquent social, en concomitance avec la santé publique. La cohérence des discours « publics » pourrait ainsi réduire le nombre de messages contradictoires, le niveau élevé de bruit médiatique, la confusion engendrée par la complexité des étiquetages et les ajouts de notions provenant des industriels. Notre recherche soutient donc cette perspective du discours publics santé, en parallèle aux interventions voulant améliorer l'aménagement des lieux physiques en lien avec le mode de vie (favoriser l'activité physique), l'alimentation des enfants à l'école, l'encouragement à utiliser le transport actif, l'adoption de règlements ou de politiques pour favoriser la présence d'aliments sains dans les organismes publics.

CONTRIBUTIONS

Pour comprendre les comportements sains, des chercheurs ont développé divers modèles en psychologie sociale de la santé (Conner et Armitage, 2006; Conner et Norman, 2015). Plusieurs variables prédictives des comportements sains ont été analysées sous différentes perspectives liées à la santé globale, dont la saine alimentation (Armitage et Conner, 2001; Arvola et coll. 2008; Calder, Davidson et Ho, 2011; Conner et Norman, 2015; Hayes et Ross, 1987). Pour accroître la propension à déployer des comportements sains chez les individus, des chercheurs ont soulevé la pertinence de développer et d'adopter des stratégies individuelles (Conner et Norman, 2015). Or, à notre connaissance, les stratégies alimentaires santé ont été peu étudiées en tant que démarches entreprises par les individus à titre d'acteurs de leur propre santé globale. Force est pourtant de constater que l'efficacité des interventions de la santé publique dépend, à la fois de notre compréhension des variables qui favorisent l'adhésion à des comportements sains (Hoek et Jones, 2011), dont les stratégies alimentaires santé font partie, et des stratégies en elles-mêmes. Merritt, Christopoulos et Thorpe (2009) ajoutent la nécessité de comprendre les divers groupes d'individus au sein de la population pour adapter les interventions. Dans cette perspective, cette thèse apporte une contribution en identifiant les stratégies alimentaires santé développées et adoptées. Avec l'augmentation des problématiques de surpoids, notre recherche contribue au développement d'outils pour favoriser de saines habitudes alimentaires. Notre thèse apporte ensuite deux autres contributions en identifiant des variables qui conduisent au développement et à l'adoption des stratégies alimentaires santé, ainsi que l'impact de la génération et des situations de consommation dans les relations entre attitude-stratégies et stratégies-comportement respectivement. À notre connaissance, aucune étude n'a exploré cette avenue de recherche.

Au niveau théorique, notre recherche s'inscrit dans un objectif de développement des connaissances en psychologie sociale, et plus largement en nutrition de santé publique.

L'adoption du point de vue des individus adhérents à des comportements alimentaires sains via les stratégies alimentaires santé nous a permis d'enrichir la littérature. Aucune étude n'avait identifié les énoncés qui définissent chaque stratégie employée, ce qui donne lieu par le fait même à l'adaptation d'une mesure des stratégies qui tient compte du contexte alimentaire actuel. Notre étude a permis aussi de développer une mesure relative à la recherche d'informations sur la saine alimentation. Jusqu'à présent, cette dernière variable n'a été présentée qu'à titre de limite au processus de formation des comportements alimentaires sains. Enfin, notre recherche a mis en relief le profil générationnel des milléniaux, en comparaison avec les générations X et baby-boomers. Elle s'inscrit dans le mouvement actuel d'études voulant mieux comprendre les motivations, les ressources et les habiletés que dispose ce groupe d'individus au pouvoir de consommation grandissant. Avec l'intégration de la littérature appliquée et fondamentale en psychologie sociale, l'étude se positionne donc dans le courant actuel des recherches qui sont publiées dans les revues scientifiques ayant un haut degré d'impact en nutrition. Principalement, les revues *Appetite* et *Food Quality and Preference* sont ciblées pour la publication des résultats.

Au niveau de la santé publique, une meilleure compréhension des stratégies alimentaires santé permet une meilleure formulation et mise en œuvre des interventions en santé publique, puisqu'il s'agit de l'étude de stratégies individuelles pouvant être utiles à la population en général. Notre recherche améliore la compréhension des nutritionnistes et des conseillers scientifiques spécialisés en santé publique quant à la réalité des individus en regard à la saine alimentation et les situations de consommation. Elle fournit aussi une meilleure compréhension de la manière que les individus recherchent des informations sur la saine alimentation. Ainsi, les types de médias identifiés permettent de mieux cibler les discours destinés aux générations, en particulier les milléniaux. Enfin, l'identification des stratégies alimentaires santé développées et adoptées permet de mieux outiller les individus qui ne maximisent pas ou peu leur apport alimentaire santé, et les individus qui souhaitent développer plus de stratégies et/ou les combiner. Notre recherche peut certes accroître l'efficacité générale des interventions en santé publique. À cet effet, Merritt, Christopoulos et Thorpe (2009) soulignent qu'une simple progression dans l'adoption de comportements alimentaires sains dans la société sert significativement les objectifs de la santé publique.

Au niveau managérial, l'identification des stratégies alimentaires santé développées et adoptées par la génération des milléniaux, ainsi que des déterminants des stratégies est fondamentale pour les entreprises qui se spécialisent dans l'offre de produits alimentaires à valeur santé améliorée. Les stratégies dépendent des choix individuels de consommation des individus, mais plus largement, de l'interdépendance entre les consommateurs qui sous-tendent une demande et les entreprises qui fournissent une offre. De fait, notre recherche permet d'aider les différents acteurs de l'industrie qui mettent en marché des produits en réponse à l'intérêt grandissant des consommateurs. Les connaissances fournies par la présente recherche sont utiles dans l'élaboration des stratégies de communication des produits à valeur santé améliorée.

LIMITES ET FUTURES RECHERCHES

La première limite de l'étude concerne la grande complexité que revêt l'alimentation. Une saine alimentation repose sur une combinaison de décisions conscientes et inconscientes qui s'influencent mutuellement et qui se réalisent dans un contexte alimentaire social plus ou moins favorable (Institut national de santé publique du Québec, 2012). La notion de saine alimentation peut donc faire l'objet de désaccords, y compris entre les différents spécialistes de la nutrition. Même en admettant la possibilité de s'entendre sur une même définition de la saine alimentation, celle-ci peut donner lieu à plusieurs modèles de pratiques alimentaires dans la population (Institut national de santé publique du Québec, 2012). Ce faisant, il est difficile pour cette dernière de définir ce qu'est une saine alimentation, et ainsi les représentations de la saine alimentation peuvent varier d'un individu à un autre au sein de la présente étude (Bisogni et coll. 2012).

La seconde limite est relative à l'usage de données autodéclarées par les participants. Selon Hébert et coll. (1997), les femmes ont tendance à surévaluer leur consommation d'aliments sains par besoin de désirabilité sociale. Au contraire, les hommes ont tendance à sous-estimer leur consommation d'aliments sains par besoin d'approbation sociale (Hébert et coll. 1997). Les évaluations faites par les participants peuvent alors être associées à un décalage entre la réalité et la perception de la consommation alimentaire saine influençant l'exactitude des données recueillies. L'usage de l'arbre décisionnel prédictif de la qualité de l'alimentation permet de comparer les stratégies développées et adoptées et les comportements rapportés, et d'améliorer cette lacune, sans toutefois être une mesure parfaite. Il pourrait être envisageable de répliquer notre étude dans un environnement contrôlé, où la fréquence de consommation et les portions des aliments consommés de manière quotidienne et hebdomadaire sont validées par un professionnel à des fins de mesure additionnelle de contrôle. De même, le tour de taille est une mesure d'adiposité qui

pourrait être prise en compte de manière contrôlée, puisqu'elle permet de mieux évaluer et préciser le degré d'obésité, contrairement à l'indice de masse corporelle (IMC).

La troisième limite renvoie à la situation géographique de notre échantillon. Selon plusieurs chercheurs (Carillo et coll. 2011; Kolodinsky et coll. 2010; Labrecque et coll. 2006), on attribue à la culture une part significative dans la compréhension de la saine alimentation. Certaines études (Kolodinsky et coll. 2010; Labrecque et coll. 2006; Rozin et coll. 1999) indiquent qu'il existe des différences entre les cultures québécoises, canadiennes, américaines et françaises concernant les représentations et les attitudes envers la saine alimentation. Fischler et Masson (2008) précisent à cet effet que les choix alimentaires des Français sont le plus souvent justifiés par une recherche de convivialité, alors que les Américains ont tendance à situer leurs choix dans une recherche de mode de vie sain. Il serait donc intéressant de comparer les stratégies développées et adoptées en fonction d'autres populations occidentales comme le Canada (anglais), les États-Unis et les pays européens. Certaines cultures pourraient être prédisposées à la formation de stratégies alimentaires santé, alors que d'autres pourraient tenir différentes variables explicatives à la prédisposition alimentaire saine qui demeurent jusqu'à présent non soulevées.

La quatrième limite réfère au présupposé de l'accessibilité aux aliments sains. Les recherches indiquent que des individus, particulièrement à faible revenu, rencontrent plus difficilement les recommandations nutritionnelles que les individus ayant un revenu moyen ou élevé. Par exemple, Cleveland et coll. (2000) et Krebs-Smith et Kantor (2001) révèlent que les individus à faible revenu consomment moins de grains entiers, et de fruits et de légumes par jour que les individus à revenu moyen ou élevé. Le prix des aliments, mis en relation avec le revenu des individus, peut jouer un rôle dans la consommation alimentaire santé. On reconnaît que le prix des aliments sains est perçu plus élevé que celui des aliments de moins bonne qualité nutritionnelle (Story et coll. 2008), ce qui peut affecter l'accès aux aliments sains, et donc le développement et l'adoption de stratégies alimentaires santé. Ces dernières pourraient être associées à des inégalités sociales de santé, en raison des ressources multiples qu'elles exigent (Brown et coll. 2019).

En continuité, divers travaux pourraient être menés afin de dégager d'autres variables susceptibles d'expliquer la formation des stratégies alimentaires santé. Par exemple, des études ont démontré que le besoin de cognition (Verain et coll. 2012) pouvait avoir un impact sur la consommation de produits alimentaires liés au développement durable, que la néophobie alimentaire (Eertmans et coll. 2005) jouait un rôle dans la familiarité des choix alimentaires sains, les connaissances nutritionnelles et procédurales (Dickson-Spillmann et Siegrist, 2010) dans la formation de comportements, et enfin l'auto-efficacité dans le maintien de stratégies (Prestwich et coll. 2015; Schwarzer, 2008). Des travaux pourraient également nous informer sur les différences qui existent entre le type de stratégies déployé et l'objectif de maintien ou de changement de comportements.

Enfin, de futures recherches devraient se concentrer sur la manière de présenter l'information alimentaire santé auprès de la population, afin d'accroître l'efficacité des interventions. Les notions de plaisir et de bien-être à court terme pourraient faire partie des discours qui s'adressent à la population et être associées à la valorisation des stratégies alimentaires santé (Block et coll. 2011). Selon Woolley et Fishbach (2016), les notions de plaisir et de bien-être représentent des « récompenses immédiates » favorisant la poursuite à long terme de comportements alimentaires sains.

Dans une perspective complémentaire à celle orientée uniquement vers les comportements des individus, d'autres interventions ciblant les comportements des entreprises doivent aussi être envisagées et étudiées. Améliorer les pratiques alimentaires pour favoriser un style de vie sain, et ainsi réduire les taux d'embonpoint et d'obésité relève d'une meilleure collaboration entre les acteurs de l'industrie et de la santé publique (Larson et Story, 2009). Le rôle des entreprises alimentaires est désormais reconnu au sein des politiques gouvernementales en matière de santé publique. Ceci nécessite cependant une plus grande synergie entre les interventions de la santé publique, et les pratiques industrielles et commerciales (Potvin, McQueen et Hall, 2008).

BIBLIOGRAPHIE

A

- Abraham, C., Sheeran, P., Norman, P., Conner, M., De Vries, N. & Otten, W. (1999). When good intentions are not enough: modeling postdecisional cognitive correlates of condom use. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 2591-2612.
- Abraham, C. & Sheeran, P. (2015). The health belief model. Dans *Predicting and changing health behaviour, Research and practice with social cognition models*. Eds. Conner & Norman, McGraw Hill, 30-69.
- Adriaanse, M.A., Vinkers, C.D.W., de Ridder, D.T.D., Hox, J.J. & de Wit, J.B.F. (2011). Do implementation intentions help to eat a healthy diet? A systematic review and meta-analysis of the empirical evidence. *Appetite*, 56, 183-193.
- Aertsens, J., Verbeke, W., Mondelaers, K. & Van Huylenbroeck, G. (2009). Personal determinants of organic food consumption: A review. *British Food Journal*, 111 (10), 1140-1167.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived control, and recovery from a heart attack. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 356-364.
- Agence de la santé publique du Canada (2011). *Obésité au Canada*. www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf. [Consulté le 30 septembre 2016].
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social Behaviour*. Englewood-Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. https://www.researchgate.net/profile/Icek_Ajzen/publication/264000974_The_Influence_of_Attitudes_on_Behavior/links/00b7d53c7dea81c846000000.pdf. [Consulté le 26 mai 2017].
- Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Alin, A. (2010). Multicollinearity. *Wires Computational Statistics*, 2 (3), 370-374.
- Allard-Poesi, F. et Perret, V. (2014). Fondements épistémologiques de la recherche. Dans *Méthodes de recherche en management*. Éditions Dunod, 14-41.
- Allen, P. et Sachs, C. (2012). Women and food chains: The gendered politics of food. Dans *Taking food public. Redefining foodways in a changing world*. Éditions Psyche Williams-Forsion and Carole Counihan, 23-40.

- Allom, V. & Mullan, B. (2012). Self-regulation versus habit: the influence of self-schema on fruit and vegetable consumption. *Psychology and Health*, 27 (2), 7-24.
- Allom, V. & Mullan, B. (2014). Maintaining healthy eating behaviour: experiences and perceptions of young adults. *Nutrition & Food Science*, 44 (2), 156-167.
- Alreck, P.L. & Settle, R.B. (2004). *The survey research handbook*. Chicago, McGraw-Hill.
- Al-Swidi, A., Huque, S.M.R., Hafeez, M.H. & Shariff, M.N.M. (2014). The role of subjective norms in the theory of planned behavior in the context of organic food consumption. *British Food Journal*, 116 (10), 1561-1580.
- Anderson, E.S., Winett, R.A. & Bickley, P.G. (1997). Improving food purchases: The effectiveness of a public access, multimedia intervention in supermarket settings. *Journal of Health Psychology*, 2, 209-223.
- Anderson, E.S., Richard, E.D., Winett, A. & Wojcik, J.R. (2007). Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: social cognitive theory and nutrition behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 34 (3), 304-312.
- Anderson, E.S., Winett, R.A. & Wojcik, J.R. (2000). Social cognitive determinants of nutrition behavior among supermarket shoppers: A structural equation analysis. *Health Psychology*, 19, 479-486.
- Anderson, E.S., Winett, R.A., Wojcik, J.R., Winett, S.G. & Bowden, T. (2001). A computerized social cognitive intervention for nutrition behavior: Direct and mediated effects of fat, fiber, fruits, and vegetables, self-efficacy and outcome expectations among adults. *Annals of Behavioral Medicine*. 23, 88-100.
- André, M., Lissner, L., Bengtsson, C., Hällström, T., Sundh, V. & Björkelund, C. (2010). Cohort differences in personality in middle-aged women during a 36-year period. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 457-464.
- Andreani J.C. & Conchon F. (2005), Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. *Actes du 4èmes Congrès International sur les Tendances du Marketing en Europe*, Paris, ESCP-EAP.
- Angot, L. & Milano, P. (2003). Comment lier concepts et données? Dans Thiétard et coll. (2003). *Méthodes de recherche en management*. Paris, Dunod.
- Archibald, S. (2013). *Pour en finir avec le porno alimentaire*. http://ici.radio-canada.ca/emissions/medium_large/2011-2012/archives.asp?date=2013-10-17. [Consulté le 30 mai 2017].
- Ardies, J., De Maeyer, S. & Gijbels, D. (2013). Reconstructing the pupils attitude towards technology-survey. *Design and Technology Education: An International Journal*, 18 (1), 8-19.
- Armitage, C.J. (2004). Evidence that implementation intentions reduce dietary fat intake: A randomized trial. *Health Psychology*, 23 (3), 319-323.
- Armitage, C.J. & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health*, 15 (2), 173-189.
- Armitage, C.J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Arvola, A., Vassallo, M., Dean, M., Lampila, P., Saba, A., Lähteenmäki, L. & Shepherd, R. (2008). Predicting intentions to purchase organic food: The role of affective and moral attitudes in the Theory of Planned Behaviour. *Appetite*, 50 (2-3), 443-454.
- Askegaard, S., Jensen, A.F. & Holt, D.B. (1999). Lipophobia. A transatlantic concept? *Advances in Consumer Research*, 26, 331-336.

Association médicale canadienne (2015). L'AMC reconnaît l'obésité comme une maladie. www.cma.ca/Fr/Pages/cma-recognizes-obesity-as-a-disease.aspx. [Consulté le 10 novembre 2017].

Attias-Donfut, C. (1988). *Sociologie des générations*. Paris, Presses universitaires de France.

B

- Bagozzi, R.P. (1992). The self-regulation of attitudes, intentions and behavior. *Social Psychology Quarterly*, 55, 178-204.
- Ball, K. & Crawford, D. (2006). An investigation of psychological, social and environmental correlates of obesity and weight gain in young women. *International Journal of Obesity*, 30, 1240-1249.
- Ball, K., Jeffery, R.W., Abbott, G., McNaughton, S.A. & Crawford, D. (2010). Is healthy behavior contagious: associations of social norms with physical activity and healthy eating. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 86.
- Balogh, M., Kahn, H.A. & Medalie, J.H. (1971). Random repeat 24-hour dietary recalls. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 24 (3), 304-310.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognition means. *Health Education & Behaviour*, 31 (2), 143-164.
- Bandura, A. & Adams, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (4), 287-310.
- Bardin L. (1998), *L'analyse de contenu*. 9ème édition, Paris, PUF.
- Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182.
- Baumard, P., Donada, C., Ibert, L. & Xuereb, L.-M. (2003). La collecte de données et la gestion de leurs sources. Dans Thiétard, & coll. (2003). *Méthodes de recherche en management*. Paris, Dunod.
- Baumeister, R.F. (2002). Yielding to temptation: Self-control failure, impulsive purchasing, and consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 28 (4), 670-676.
- Baumeister, R.F. & Alquist, J.L. (2009). Self-regulation as a limited resource: Strength model of control and depletion. *Psychology of Self-regulation: Cognitive, Affective, and Motivational Processes*, 21-33.
- Bayer, U.C., Achtziger, A., Gollwitzer, P.M. & Moskowitz, G.B. (2009). Responding to subliminal cues: do if-then plans facilitate action preparation and initiation without conscious intent? *Social Cognition*, 27, 183-201.
- Bearden, W.O., Netemeyer, R.G. & Teel, J.E. (1989). Measurement of consumer susceptibility to interpersonal influence. *Journal of Consumer Research*, 15 (4), 473-481.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education & Behavior*, 2 (4), 409-419.

- Beldona, S., Nusair, K. & Demicco, F. (2009). Online travel purchase behavior of generational cohorts: a longitudinal study. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 18 (4), 406-420.
- Béliveau, R. & Gingras, D. (2016). *Les aliments contre le cancer, la prévention du cancer par l'alimentation*. Éditions Trécarré, 213p.
- Bellows, A.C., Alcaraz, G.V. & Hallman, W.K. (2010). Gender and food, a study of attitudes in the USA towards organic, local, U.S. grown, and GM-free foods. *Appetite*, 55, 540-550.
- Benoît-Moreau, F. (2006). *La première rencontre mémorable entre marque et consommateur et son influence sur la relation: exploration par une approche qualitative phénoménologique*. Cahier de recherche no° 354, Centre de recherche DMSP.
- Beydoun, M.A. & Wang, Y. (2008). Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? *Preventive Medicine*, 46 (2), 145-153.
- Bisogni, C.A., Connors, M., Devine, C.M. & Sobal, J. (2002). Who we are and how we eat: A qualitative study of identities in food choice. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34 (3), 128-139.
- Bisogni, C.A., Falk, L.W., Madore, E., Blake, C.E., Jastran, M., Sobal, J. & Devine, C.M. (2007). Dimensions of everyday eating and drinking episodes. *Appetite*, 48, 218-231.
- Bisogni, C.A., Jastran, M. & Blake, C.E. (2011). The construction of eating episodes, food scripts and food routines. Dans *Handbook of behavior, food and nutrition*, Watson & Martin Eds., 987-1009.
- Bisogni, C.A., Jastran, M., Seligson, M. & Thompson, A. (2012). How interpret healthy eating: contributions of qualitative research. *Journal of Education Nutrition and Behavior*, 44 (4), 282-301.
- Blaikie, N.W.H. (1991). A critique of the use of triangulation in social research. *Quality and Quantity*, 25, 115-136.
- Blake, C.E., Bisogni, C.A., Sobal, J., Devine, C.M. & Jastran, M. (2007). Classifying foods in contexts: How adults categorize foods for different eating settings. *Appetite*, 49 (2), 500-510.
- Blake, C.E., Bisogni, C.A., Sobal, J., Jastran, M. & Devine, C.M. (2008). How adults construct evening meals: Scripts for food choice. *Appetite*, 51, 654-662.
- Blake, C.E., Devine, C.M., Wethington, E., Jastran, M., Farrell, T.J. & Bisogni, C.A. (2009). Employed parents' satisfaction with food choice coping strategies. Influence of gender and structure. *Appetite*, 52, 711-719.
- Blake, C.E., Wethington, E., Farrell, T.J., Bisogni, C.A. & Devine, C.M. (2011). Behavioral contexts, food-choice coping strategies, and dietary quality of a multiethnic sample of employed parents. *Journal of the American Dietetic Association*, 111, 401-407.
- Block, G. (1998). *Food Frequency Questionnaire*. Berkeley, Sage Publications.
- Block, L.G., Grier, S.A., Childers, T.L., Davis, B., Ebert, J.E.J., Kumanyika, S., Laczniak, R.N., Machin, J.E., Motley, C.M., Peracchio, L., Pettigrew, S., Scott & van Ginkel Bieshaar, M.N.G. (2011). From nutrients to nurturance: A conceptual introduction to food well-being. *Journal of Public Policy & Marketing*, 30 (1), 5-13.

- Boccia, F. & Sarnacchiaro, P. (2015). Genetically modified foods and consumer perspective. *Recent Patents on Food, Nutrition & Agriculture*, 7 (1), 28-34.
- Botonaki, A. Polymeros, K. Tsakiridou, E. & Mattas, K. (2006). The role of food quality certification on consumers' food choices, *British Food Journal*, 108 (2), 77-90.
- Bouchra, E. (2013). *Épistémologie-méthodologie*, Document pédagogique, Master de recherche en sciences de gestion, 15p.
- Bound, M. (2011). *Qualitative method of research: phenomenological*. http://www.academia.edu/1526812/Qualitative_Research_Phenomenological_Method. [Consulté le 02 février 2013].
- Bourcier, E., Bowen, D.J., Meischke, H. & Moinpour, C. (2003). Evaluation of strategies used by family food preparers to influence healthy eating. *Appetite*, 41, 265-272.
- Bourcier-Béquaert, B. & de Barnier, V. (2010). Pour un cadre élargi du concept de génération en marketing. *Recherche et Applications en Marketing*, 25 (3), 116-135.
- Bouwman, L.I., te Molder, H., Koelen, M.M. & van Woerkum, C.M.J. (2009). I eat healthfully but I am not a freak. Consumers' everyday life perspective on healthful eating. *Appetite*, 53 (3), 390-398.
- Boyd, D. (2010). Ethical determinants for generations X and Y. *Journal of Business Ethics*, 93 (3), 465-469.
- Boylan, S., Louie, J.C.Y. & Gill, T.P. (2012). Consumer response to healthy eating, physical activity and weight-related recommendations: a systematic review. *Obesity Reviews*, 13 (7), 606-617.
- Brandstätter, V., Lengfelder, A. & Gollwitzer, P.M. (2001). Implementation intentions and efficient action initiation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81 (5), 946-960.
- Brassard, D., Laramée, C., Corneau, L., Bégin, C., Bélanger, M., Bouchard, L., Couillard, C., Desroches, S., Houlelnf, J., Langlois, F., Provencher, V., Rabasa-Lhoret, R., Vohl, M-C., Robitaille, J., Lemieux, S. et Lamarche, B. (2018). Poor adherence to dietary guidelines among French-speaking adults in the province of Quebec, Canada: the predise study. *Canadian Journal of Cardiology*, 34, 1665-1673.
- Braunsberger, K., Wybenga, H. & Gates, R. (2007). A comparison of reliability between telephone and web-based surveys. *Journal of Business Research*, 60 (7), 758-764.
- Bredahl, L. (1999). Consumers' cognitions with regard to genetically modified foods. Results of a qualitative study in four countries. *Appetite*, 33 (3), 343-360.
- Brown, A.F., Ma, Gx, Miranda, J. et coll. (2019). Structural interventions to reduce and eliminate health disparities. *American Journal of Public Health*, 109 (S1), 72-80.
- Brown, K.A., Timotijevic, L., Barnett, J., Shepherd, R., Lahteenmaki, L. & Raats, M. (2011). A review of consumer awareness, understanding and use of food-based dietary guidelines. *British Journal of Nutrition*, 106, 15-26.
- Brown, U.K. (2011). *Qualitative methodology: ethnography, phenomenology, grounded theory and more*. <http://www.brown.uk.com/teaching/qualitativepostgrad/handout.pdf>. [Consulté le 02 février 2013].
- Browne, M.W. (2001). An overview of analytic rotation in exploratory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 36 (1), 111-150.
- Brug, J. (2008). Determinants of healthy eating: motivation: abilities and environmental opportunities. *Family practice*, 25 (1), 50-55.

- Bublitz, M.G., Peracchio, L.A., Andreasen, A.R., Kees, J., Kidwell, B., Miller, E.G., Motley, C.M., Peter, P.C. & Rajagopal, P. (2013). Promoting positive change: advancing the food well-being paradigm. *Journal of Business Research*, 66, 1211-1218.
- Bucic, T., Harris, J. & Arli, D. (2012). Ethical consumers among the millennials: A cross-national study. *Journal of Business Ethics*, 110 (1), 113-131.
- Bukowska-Durawa, A., Haynes, C. & Luszczynska, A. (2010). Plans not needed if you have high and stable self-efficacy: planning intervention and snack intake in the context of self-efficacy trajectories. *Polish Psychological Bulletin*, 41 (3), 91-97.
- Burner, T.A., Van der Horst, K. & Siegrist, M. (2010). Convenience food products. Drivers for consumption. *Appetite*, 55 (3), 498-506.

C

- Cade, J.E. & Margetts, B.M. (1980). Nutrient sources in the English diet: Quantitative data from three English towns. *International Journal of Epidemiology*, 17, 844-848.
- Calder, S.C., Davidson, G.R. & Ho, R. (2011). Intentions to consume omega-3 fatty acids: a comparison of protection motivation theory and ordered protection motivation theory. *Journal of Dietary Supplements*, 8, 115-134.
- Calle, E.E., Thun, M.J., Petrelli, J.M., Rodriguez, C. & Heath, C.W. (1999). Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *The new England Journal of Medicine*, 341, 1097-1105.
- Canadian Grocer (2016). *Ways millennials will change the grocery industry forever*. <http://www.canadiangrocer.com/research/25-ways-millennials-will-change-the-grocery-industry-forever-72962>. [Consulté le 26 février 2018].
- Carels, R.A., Konrad, K. & Harper, J. (2007). Individual differences in food perceptions and calorie estimation: an examination of dieting status, weight, and gender. *Appetite*, 49, 450-458.
- Carins, J.E. & Rundle-Thiele, S.R. (2014). Eating for the better: a social marketing review (2000-2012). *Public Health Nutrition*, 17 (7), 1628-1639.
- Carrigan, M., Szmigin, I. & Wright, J. (2004). Shopping for a better world? An interpretative study of the potential for ethical consumption within the older world. *Journal of Consumer Marketing*, 21 (6), 401-417.
- Carrillo, E., Varela, P., Salvador, A. & Fiszman, S. (2011). Main factors underlying consumers' food choice: A first step for the understanding of attitudes toward "healthy eating". *Journal of Sensory studies*, 26 (2), 85-95.
- Casini, L., Contini, C., Marone, E. & Romano, C. (2013). Food habits. Changes among young Italians in the last 10 years. *Appetite*, 68 (1), 21-29.
- Cecchini, M., Sassi, F., Lauer, J.A., Lee, Y.Y., Guajardo-Barron, V. & Chisholm, D. (2010). Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *The Lancet*, 376 (9754), 1775-1784.
- Centre d'études sur les médias (2014). *Les médias en quelques statistiques*. <http://www.cem.ulaval.ca/pdf/Les%20medias%20en%20chiffres.pdf>. [Consulté le 6 juillet 2018].

- Chan, R.S.M. & Woo, J. (2010). Prevention of overweight and obesity: How effective is the current public health approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7 (3), 765-783.
- Chapman, K. & Ogden, J. (2009). A qualitative study exploring how mothers manage their teenage children's diets. *Vulnerable Child and Youth Studies*, 4, 90-100.
- Charlebois, S. (2018). *Les moins de 35 ans plus susceptibles d'avoir une alimentation sans viande*. Le Journal de Québec. <http://www.journaldequebec.com/2018/03/14/les-moins-de-35-ans-plus-susceptibles-davoir-une-alimentation-sans-viande>. [Consulté le 1er juin 2018].
- Chauvel (1998). *Le destin des générations*. Paris, Presses universitaires de France.
- Chen, M.-F. (2009). Attitude toward organic foods among Taiwanese as related to health consciousness, environmental attitudes, and the mediating effects of a healthy lifestyle. *British Food Journal*, 111 (2), 165-178.
- Chen, M.-F. (2011). The joint moderating effect of health consciousness and healthy lifestyle on consumers' willingness to use functional foods in Taiwan. *Appetite*, 57 (1), 253-262.
- Chiuve, S.E., Fung, T.T., Rimm, E.B., Hu, F.B., McCullough, M.L. & Wang, M. (2012). Alternative dietary indices both strongly predict risk of chronic disease. *Journal of Nutrition*, 142 (6), 1009-1018.
- Chrysochou, P., Askegaard, S., Grunert, K.G. & Kristensen, D.B. (2010). Social discourses of healthy eating. A market segmentation approach. *Appetite*, 55 (2), 288-297.
- Cleland, V.J., Ball, K., Salmon, J., Timperio, A.F. & Crawford, D.A. (2010). Personal social and environmental correlates of resilience to physical inactivity among women from socio-economically disadvantaged backgrounds. *Health Education Research*, 25, 268-281.
- Cleveland, L.E., Moshfegh, A.J., Albertson, A.M. & Goldman, J.D. (2000). Dietary intake of whole grains. *Journal of American College Nutrition*, 19 (3), 331-338.
- Cohen, A. & Daniels, V. (2005). Review of literature: Responses to empirical and hermeneutic approaches to phenomenological research in psychology, a comparison. *Gestalt*, 5 (2), 1-4.
- Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie (2016). *L'obésité au Canada, Une approche pansociétale pour un Canada en meilleure santé*. www.senate-senat.ca/social.asp. [Consulté le 1er août 2016].
- Condrasky, M., Graham, K. & Kamp, J. (2006). Cooking with a chef: An innovative program to improve mealtime practices and eating behaviors of caregivers of preschool children. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 38, 324-325.
- Conner, M. & Armitage, C.J. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28 (15), 1429-1464.
- Conner, M. & Armitage, C.J. (2006). Social psychological models of food choice. Dans *The psychology of food choice*. Eds. Shepherd & Raats, 41-57.
- Conner, M., Martin, E. & Silverdale, N. (1996). Dieting in adolescence: an application of the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 1, 315-325.
- Conner, M. & Norman, P. (2015). Predicting and changing health behaviour: a social cognition approach. Dans *Predicting and changing health behaviour, Research and practice with social cognition models*, McGraw-Hill, 1-29.

- Conner, M., Norman, P. & Bell, R. (2002). The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology*, 21 (2), 194-201.
- Conner, M.T., Perugini, M., O’Gorman, R., Ayres, K. & Prestwich, A. (2007). Relations between implicit and explicit measures of attitudes and measures of behavior: Evidence of moderation by individual difference variables. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33 (12), 1727-1740.
- Conner, M. & Sparks, P. (2015). Theory of planned behaviour and the reasoned action approach. Dans *Predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models*. Eds. Conner & Norman. Open University Press, 142-188.
- Connors, M., Bisogni, C.A., Sobal, J. & Devine, C.M. (2001). Managing values in personal food systems. *Appetite*, 36 (3), 189-200.
- Conrey, F.R. & Smith, E.R. (2007). Attitude representation: attitudes as patterns in a distributed connectionist system. *Social cognition*, 25, 718-735.
- Contini, C., Casini, L., Stefan, V., Romano, C., Juhl, H.J., Lähteenmäki, Scozzafava, G. & Grunert, K.G. (2015). Some like it healthy: can socio-demographic characteristics serve as predictors for a healthy food choice?. *Food Quality and Preference*, 46, 103-112.
- Cornillon, P.-A. & Matzner-Løber, E. (2011). *Régression avec R*. International, Springer.
- Coveney, J. (2000). Food security and sustainability: Are we selling ourselves short? *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 9 (S1), S97-S100.
- Coveney, J. (2005). A qualitative study exploring socio-economic differences in parental lay knowledge of food and health. Implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition*, 8 (3), 290-297.
- Craeynest, M., Crombez, G., de Houwer, J., Deforche, B., Tanghe, A. & Bourdaudhuij, I.D. (2005). Explicit and implicit attitudes towards food and physical activity in childhood obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (9), 1111-1120.
- Craeynest, M., Crombez, G., Haerens, L. & De Bourdaudhuij, I. (2007). Do overweight youngsters like food more than lean peers? Assessing their implicit attitudes with a personalized implicit association task. *Food Quality and Preference*, 18 (8), 1077-1084.
- Crane, A. (2001). Unpacking the ethical product. *Journal of Business Ethics*, 30 (4), 361-373.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. London, Sage Publications.
- Crop (2018). *Dans l’assiette des Canadiens*. <https://lactualite.com/societe/dans-lassiette-des-canadiens/>. [Consulté le 16 septembre 2019].
- Custers, R. & Aarts, H. (2010). The unconscious will: how the pursuit of goals operates outside of conscious awareness. *Science*, 329, 47-50.
- Czyzewska, M. & Graham, R. (2008). Implicit and explicit attitudes to high-and low-calorie food in female with different BMI status. *Eating Behaviors*, 9 (3), 303-312.
- Czyzewska, M., Graham, R. & Ceballos, N.A. (2011). Explicit and implicit attitudes to food. *Handbook of Behavior, Food and Nutrition*, 45, 673-692.

D

- Dammann, K.W. & Smith, C. (2009). Factors affecting low-income women's food choices and the perceived impact of dietary intake and socioeconomic status on their health and weight. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 41, 242-253.
- D'Astous, A., Balloffet, P., Daghfous, N. & Boulaire, C. (2014). *Comportement du consommateur*, Éditions Chenelière Éducation, 154-161.
- Deci, E.L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105-115.
- Deci, E.L. (1972). Intrinsic motivation, extrinsic motivation, and inequity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 113-120.
- Desjardins, J. (2005). L'analyse de la régression logistique. *Tutorial in Quantitative Methods for Psychology*, 1(1), 35-41.
- Deutsch, R. & Strack, F. (2010). Building blocks of social behavior: Reflective and impulsive processes. Dans *Handbook of implicit social cognition*, Gawronski & Payne Eds. Guilford, 62-79.
- Devine, C.M. (2005). A life course perspective: understanding food choices in time, social location, and history. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37, 121-128.
- Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J. & Bisogni, C.A. (2003). Spillover of work on to food choices and family roles in low – and moderate – income urban households. *Social Science & Medicine*, 56, 617-630.
- Devine, C.M., Farrell, T.J., Blake, C.E., Jastran, M., Wethington, E., Bisogni, C.A. (2009) Work conditions and the food choice coping strategies of employed parents. *Journal of Nutrition Education Behaviour*, 41, 365-370.
- Devine, C.M., Jastran, M., Jabs, J., Wethington, E., Farrell, T.J. & Bisogni, C.A. (2006). A lot of sacrifices: “work-family spillover and the food choice coping strategies of low-wage employed parents. *Social Science & Medicine*, 63, 2591-2603.
- De Vriendt, T., Matthys, C., Verbeke, W., Pynaert, I. & De Henauw, S. (2009). Determinants of nutrition knowledge in young and middle-aged Belgian women and the association with their dietary behaviour. *Appetite*, 52 (3), 788-792.
- Dholakia, U.M., gopinath, M., Bagozzi, R.P. & Natarajan, R. (2006). The role of regulatory focus in the experience and self-control of desire for temptations. *Journal of Consumer Psychology*, 16 (2), 163-175.
- Dickson-Spillmann, M. & Siegrist, M. (2010). Consumers' knowledge of healthy diets and its correlation with dietary behaviour. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24 (1), 54-60.
- Dickson-Spillmann, M., Siegrist, M. & Keller, C. (2011). Development and validation of a short, consumer-oriented nutrition knowledge questionnaire. *Appetite*, 56 (3), 617-620.
- Dietrich, M., Fischer, M. & Walcher, D. (2017). *Vegan design, Do conscious nutrition groups, such as flexitarians, vegetarians and vegan have special design needs?, An empirical consumer study on kitchen design*. Australia, Lulu Press.
- DiStefano, C., Liu, J., Jiang, N. & Shi, D. (2017). Examination of the weighted root mean square residual: Evidence for trustworthiness? *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 25 (3), 453-466.

- Divine, R.L. & Lepisto, L. (2005). Analysis of the healthy lifestyle consumer. *Journal of Consumer Marketing*, 22 (5), 275-283.
- Door, J.V. & Verhoef, P.C. (2011). Willingness to pay for organic products: Differences between virtue and vice foods. *International Journal of Research in Marketing*, 28, 167-180.
- Dormann, C.F., Elith, J., Bacher, S., Buchmann, C., Carl, G., Carré, G., García Marquéz, J.R., Gruber, B., Lafourcade, B. & Leitão, P.J. (2013). Collinearity: a review of methods to deal with it and a simulation study evaluating their performance. *A Journal of Space and Time in Ecology*, 36 (1), 27-46.
- Doucerain, M. & Fellows, L.K. (2012). Eating right: Linking food-related decision-making concepts from neuroscience, psychology, and education. *Mind, Brain, and Education*, 6, 206-220.
- Dowd, K. & Burke, K.J. (2013). The influence of ethical values and food choice motivations on intentions to purchase sustainably sourced foods. *Appetite*, 69, 137-144.
- Dubé, L. Lebel, J. & Lu, J. (2005). Affect asymmetry and comfort food consumption. *Physiology & Behavior*, 86 (4), 559-567.
- Dumont, M.E. (2017). *Plus de viande pour les jeunes au resto*. <http://www.journaldemontreal.com/2017/01/30/plus-de-viande-pour-les-jeunes-au-resto>. [Consulté le 6 juillet 2018].
- Dunlap, R.E. (2010). The New Environmental Paradigm scale: From marginality to worldwide use. *The Journal of Environmental Education*, 40 (1), 3-18.
- Dunlap, R.E., Van Liere, K.D., Mertig, A.G. & Emmet Jones, R. (2002). New trends in measuring environmental attitudes: Measuring endorsement of the new ecological paradigm: A revised NEP scale. *Journal of Social Issues*, 56 (3), 425-442.
- Dunne, J.B., Chambers, K.J., Giombolini, K.L. & Sheridan Schlegel, A. (2010). What does "local" mean in the grocery store? Multiplicity in food retailers' perspectives on sourcing and marketing local foods. *Renewable Agriculture and Food Systems*, 26 (1), 46-59.
- Durand, C. (2003). L'analyse factorielle et l'analyse de fidélité, notes de cours et exemples. <http://www.mapageweb.umontreal.ca/durandc/Enseignement/MethodesQuantitatives/FACTEUR9.pdf>. [Consulté le 1er juin 2019].
- Durif, F. (2014). Tendances 2014 en consommation locale et responsable, Observation de la consommation responsable, *Congrès québécois du commerce de détail*, 2 mars 2014, <https://fr.slideshare.net/secret/5iMDYS61P5fj5U>. [Consulté le 1er août 2017].
- Dussart, C. (1983). *Comportement du consommateur et stratégie de Marketing*. McGraw-Hill, 554p.
- Dutta-Bergman, M. (2003). Trusted online sources of health information: Differences in demographics, health beliefs, and health information orientation. *Journal of Medical Internet Research*, 5 (3), e21.

E

- Eastman, J.K., Iyer, R. & Thomas, S.P. (2012). The impact of shopping styles on status consumers: An exploratory look at the millennial generation. *Annals of the society for marketing advances*, Shanahan (Eds.), 1, 231-232.
- Eastman, J.K., Iyer, R. & Thomas, S.P. (2013). The impact of status consumption on shopping styles: An exploratory look at the millennial generation. *Marketing Management Journal*, 23 (1), 57-73.
- Eater's Digest (2016). *The future of food*. <http://mag.havasww.com/wp-content/uploads/2016/07/Eaters-Digest.pdf>. Consulté le 1er août 2016].
- Edison, S.W. & Geissler, G.L. (2003). Measuring attitudes towards general technology: Antecedents, hypotheses and scale development. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 12 (2), 137-156.
- Eertmans, A., Victoir, A., Vansant, G. & Van den Bergh, O. (2005). Food-related personality traits, food choice motives and food intake: Mediator and moderator relationships. *Food Quality and Preference*, 16 (8), 714-726.
- Eglem, E. (2010). Les logiques de catégorisation dans la consommation des produits et services de santé holiste. *Actes de la 1ère Journée Internationale du Marketing Santé*, IAE Université de Lille 1.
- El Dahr, H. (2007). *Rôle des buts personnels, de leur hiérarchie et des processus catégoriels dans l'évaluation d'un produit : une application à la catégorie des aliments santé* (Thèse de doctorat. Université Montpellier 1, 435 p.
- Elfhag, K. & Morey, L.C. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9 (3), 285-293.
- Elfhag, K. & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6, 67-85.
- Emmons, K.M., Barbeau, E.M., Gutheil, C., Stryker, J.E. & Stoddard, A.M. (2007). Social influences, social context, and health behaviors among working-class, multi-ethnic adults. *Health Education & Behavior*, 34 (2), 315-334.
- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2018). *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe – Tout le Québec*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/surplus-de-poids/>. [Consulté le 16 septembre 2019].
- Epstein, M. & Howes, P. (2006). The millennial generation: recruiting, retaining, and managing. *Today's CPA*, 24-27.
- Essoussi, L.H. & Zahaf, M. (2009). Exploring the decision-making process of Canadian organic food consumers. *Qualitative Market Research, An International Journal*, 12 (4), 443-459.
- Étiévant, P., Bellisle, F., Dallongeville, J., Etilé, F., Guichard, E., Padilla, M. & Romon-Rousseaux, M. (2010). *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants? Quelles actions, pour quels effets?* Expertise scientifique collective, rapport, INRA (France), 275p.
- Evrard, Y., Pras, B. Roux, E., Desmet, P., Dussaix, A.-M. & Lilien, G.L. (2009). *Market - Fondements et méthodes des recherches en marketing*. Paris, Dunod.

F

- Fagerli, R.A. & Wandel, M. (1999). Gender differences in opinions and practices with regard to a healthy diet. *Appetite*, 32, 171-190.
- Falk, L.W., Bisogni, C.A. & Sobal, J. (1996). Food choice processes of older adults. *Journal of Nutrition Education*, 28, 257-265.
- Falk, L.W., Bisogni, C.A. & Sobal, J. (2000). Personal, social, and situational influences associated with diet changes of participants, in an intensive heart program. *Journal of Nutrition Education*, 32, 251-260.
- Falk, L.W., Sobal, J., Bisogni, C.A., Connors, M. & Devine, C.M. (2001). Managing health eating: Definitions, classifications, and strategies. *Health Education & Behavior*, 28 (4), 425-439.
- Fanning, J., Marsh, T. & Stiegert, K. (2010). Determinants of US fast food consumption 1994-1998. *British Food Journal*, 112 (1), 5-20.
- Fayers, P.M. & Machin, D. (2013). *Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Angleterre, Wiley.
- Fazio, R.H. (2007). Attitudes as object-evaluation associations of varying strength. *Social Cognition*, 25, 603-637.
- Fazio, R.H., Sanbonmatsu, D.M., Powell, M.C. & Kardes, F.R. (1986). On the automatic activation of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 229-238.
- Fenneteau, H. (2002). *Enquête: entretien et questionnaire*. Dans Jolibert, A. & Jourdan, P. (2006). *Marketing research*. Paris, Dunod.
- Filser, M. (2002). Le marketing de la production d'expérience: statut théorique et implications managériales. *Décisions Marketing*, 28, 13-22.
- Finch, J.E. (2005). The impact of personal consumption values and beliefs on organic food purchase behavior. *Journal of Food Products Marketing*, 11 (4), 63-76.
- Finstad, K. (2010). Response interpolation and scale sensitivity: evidence against 5 points scales. *Journal of Usability Studies*, 5 (3), 104-110.
- Fischler, C. (2001). *L'omnivore*. Paris, Odile Jacob, 440p.
- Fischler, C. & Masson, E. (2008). *Manger. Français, Européens et Américains face à l'alimentation*. Paris, Odile Jacob.
- Fishbein, M. (1967). *Readings in attitude theory and measurement*. Oxford.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading mass. : Addison-Wesley.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.
- Fisher, J.O., Mitchell, D.C., Smiciklas-Wright, H. & Birch, L.L. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 102 (1), 58-64.
- Fiske, S.T. & Taylor, S.E. (1991). *Social cognition*. New-York, McGraw-Hill, 717p.
- Fitzgerald, N., Damio, G., Segura-Pérez, S. & Pérez-Escamilla, R. (2008). Nutrition knowledge, food label use, and food intake patterns among latinas with and without type 2 diabetes. *Journal of the American Dietetic Association*, 108 (6), 960-967.
- Fitzgerald, A., Heary, C., Kelly, C., Nixon, E. & Shevlin, M. (2013). Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. *Appetite*, 63, 48-58.

- Food Navigator (2016). *Generation Y is driving food trends, says report*. <http://www.foodnavigator-usa.com/Suppliers2/Generation-Y-is-driving-food-trends-says-report>. [Consulté le 21 avril 2017].
- Forsch, T., Schloffer, J., Maloles, C. & Chia, S.L. (2009). Assessing the outcomes of Generation Y customers' loyalty. *International Journal of Bank Marketing*, 27 (3), 218-241.
- Fortin, M.F., Côté, J. & Filion, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodologies quantitatives et qualitatives*. Montréal, Chenelière.
- Foucart, T. (2006). *Colinéarité et régression linéaire, Mathématiques et sciences humaines*. <http://journals.openedition.org/msh/2963>. [Consulté le 28 août 2019].
- Frederick, D.A., Sandhy, G., Morse, P.J. & Swami, V. (2016). Correlates of appearance and weight satisfaction in a U.S. national sample: Personality, attachment style, television viewing, self-esteem, and life satisfaction. *Body Image*, 17, 191-203.
- Freeland-Graves, J. & Nitzke, S. (2013). Position of the American Dietetic Association: Total diet approach to communicating food and nutrition information. *Journal of the American Dietetic Association*, 102 (1), 100-108.
- Friese, M., Hofmann, W. & Wanke, M. (2008). When impulses take over: Moderated predictive validity of explicit and implicit attitude measures in predicting food choice and consumption behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 47 (3), 397-419.
- Furst, T., Connors, M., Bisogni, C.A., Sobal, J. & Winter Falk, L. (1996). Food choice: A conceptual model of the process. *Appetite*, 26 (3), 247-266.
- Furst, T., Connors, M., Sobal, J., Bisogni, C. & Winter Falk, L. (2000). Food classifications: Levels and categories. *Ecology of Food and Nutrition*, 39 (5), 331-355.

G

- Gallen, C. (2005). Le rôle des représentations mentales dans le processus de choix, une approche pluridisciplinaire appliquée au cas des produits alimentaires. *Recherche et Applications Marketing*, 59-76.
- Gans, K.M., Risica, P.M., Wylie-Rosett, J., Ross, E.M., Strolla, L.O. & McMurray, J. (2006). Development and evaluation of the nutrition component of the Rapid Eating and Activity Assessment for Patients (REAP): a new tool for primary care providers. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 38 (5), 286-292.
- Gawronski, B. & Bodenhausen, G.V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132, 692-731.
- Geeroms, N., Verbeke, W. & Kenhove, P.V. (2008a). Health advertising to promote fruit and vegetable intake. Application of health-related motive segmentation. *Food Quality and Preference*, 19 (5), 481-497.
- Geeroms, N., Verbeke, W. & Kenhove, P.V. (2008b). Consumers' health-related motive orientations and ready meal consumption behaviour. *Appetite*, 51 (3), 704-712.

- Gerend, M.A. & Shepherd, J.E. (2012). Predicting human papillomavirus vaccine uptake in young adult women: comparing the health belief model and theory of planned behavior. *Annals of Behavioral medicine*, 44, 171-180.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Stock, M.L. & Finneran, S.D. (2015). Dans *Predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models*. Eds. Conner & Norman. Open University Press, 189-224.
- Gil, J.M., Gracia, A. & Sanchez, M. (2000). Market segmentation and willingness to pay for organic products in Spain. *International Food and Agribusiness Management Review*, 3,207-226.
- Givens, D.I. (2010). Milk and meat in our diet. Good or bad for your health? *Animal*, 4 (12), 1941-1952.
- Glanz, K., Basil, M., Maibach, E., Goldberg, J. & Snyder, D. (1998). Why Americans eat what they do: Taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption. *Journal of the American Dietetic Association*, 98 (10), 1118-1126.
- Glasman, L.R. & Albarracín, D. (2006). Forming attitudes that predict future behavior: A meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological Bulletin*, 132 (5), 778-822.
- Gollwitzer, P.M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. *European Review of Social Psychology*, 4, 141-185.
- Gottlieb, N.H. & Baker, J.A. (1988). The relative influence of health beliefs, parental and peer behaviours and exercise program participation on smoking, alcohol use and physical activity. *Social Science and Medicine*, 22, 915-927.
- Gouvernement du Canada, (2015). *Le gouvernement du Canada appuie la recherche sur le traitement de l'obésité*. <http://news.gc.ca/web/article-fr.do;jsessionid=3dda3a86c868d892617efd662b395e4cf1672472bf0f72215c3550cc8ee7c772.e38RbhaLb3qNe38Pahn0?mthd=tp&crtr.page=43&nid=968819&crtr.tp1D=1>. [Consulté le 1er mai 2017].
- Greenberg, K. (2009). *Ford uses social media to target younger buyers*. <http://www.mediapost.com/publications/article/112172/ford-uses-social-media-to-target-younger-buyers.html>. [Consulté le 2 mars 2017].
- Gruson, E. & Romon, M. (2007). Méthodologie des enquêtes alimentaires. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 42 (5), 276-284.
- Guenther, P.M., Helen, R.D., Jensen, H., Batres-Marquez, P., Chun, M.S. & FuChen, M.S. (2005). Sociodemographic, knowledge, and attitudinal factors related to meat consumption in the United States. *Journal of the American Dietetic Association*, 105 (8), 1266-1275.
- Guenther, P.M., Hiza, H.A.B., Kuczynski, K.J., Casavale, K.O., Reedy, J., Kirkpatrick, S.I., Krebs-Smith, S.M. & Kahle, L.L. (2013). Update of the Healthy Eating Index: HEI-2010. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 113 (4). 569-580.
- Guillemin, I., Marrel, A., Arnould, B., Capuron, L., Dupuy, A., Ginon, E., Layé, S., Lecerf, J-M., Prost, M., Rogeaux, M., Urdapilleta, I. & Allaert, F-A. (2016). How French subjects describe well-being from food and eating habits? Development, item reduction and scoring definition of the well-being related to food questionnaire. *Appetite*, 96, 333-346.

- Gujarati, D.N. & Porter, D.C. (2010). *Essentials of Econometrics*, 4ième édition, International, McGraw-Hill.
- Gupta, S. (2014). *Eating out costs you 200 calories*. <http://www.cnn.com/2014/08/07/health/restaurant-fast-food-calories/>. [Consulté le 1er mai 2017].
- Gurãu, C. (2012). A life-stage analysis of consumer loyalty profile: comparing generation X and millennial consumers. *Journal of Consumer Marketing*, 29 (2), 103-113.
- Gustin, L. & Ha, Y. (2014). Effect of environmental product information and ethnicity on millennials' brand attitude and purchase intention. *International Journal of Science Commerce and Humanities*, 2 (6), 77-88.

H

- Hagger, M.S. & Chatzisarantis, N.L.D. (2007). Advances in self-determination theory research in sport and exercise, *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 597-599.
- Hagger, M.S. & Chatzisarantis, N.L.D. (2009). Integrating the theory planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: a meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 14, 275-302.
- Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D. & Biddle, S. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24, 3-32.
- Hagger, M.S., Koch, S. & Chatzisarantis, N.L.D. (2015). The effect of causality orientations and positive competence-enhancing feedback on intrinsic motivation: a test of additive and interactive effects. *Personality and Individual Differences*, 72, 107-111.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. & Black, W.C. (1998). *Multivariate data analysis*. New Jersey, Prentice Hall.
- Hall, M.C. (2008). The marketing of organic products: An instrumental/ symbolic perspective. *Journal of Food Products Marketing*, 14 (3), 1-11.
- Hamzaoui, L. & Zahaf, M. (2008). Decision making process of community organic food consumers: An exploratory study. *Journal of Consumer Marketing*, 25 (2), 95-104.
- Hansen, T., Møller Jensen, J. & Stubbe Solgaard, H. (2004). Predicting online grocery buying intention: a comparison of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior. *International Journal of Information Management*, 24 (6), 539-550.
- Harrison, M., Lois, M.A. & Jackson, A. (2009). Meanings that you associate with healthy and unhealthy food. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 70 (1), 6-12.
- Hauser, M., Nussbeck, F.W. & Jonas, K. (2013). The impact of food-related values on food purchase behavior and the mediating role of attitudes: A Swiss study. *Psychology & Marketing*, 30 (9), 765-778.
- Hayes, D. & Ross, C.E. (1987). Concern with appearance, health beliefs, and eating habits. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, (2), 120-130.

- Hearty, A.P., McCarthy, S.N., Kearney, J.M. & Gibney, M.J. (2007). Relationship between attitudes towards healthy eating and dietary behaviour, lifestyle and demographic factors in a representative sample of Irish adults. *Appetite*, 48 (1), 1-11.
- Hébel, P. & Pilorin, T. (2012). Comment les discours nutritionnels influencent-ils les représentations de l'alimentation? *Société Française de Nutrition*, 43-49.
- Hébert, J.R., Ma, Y., Clemow, L., Ockene, I.S., Saperia, G., Stanek, E.J., Merriam, P.A. & Ockene, J.K. (1997). Gender differences in social desirability and social approval bias in dietary self-report. *American Journal of Epidemiology*, 146 (12), 1046-1055.
- Heerwegh, D. (2009). Mode differences between face-to-face and web surveys: An experimental investigation of data quality and social desirability effects. *International Journal of Public Opinion Research*, 21(1), 111-121.
- Herman, C.P. & Polivy, J. (2005). Normative influences on food intake, *Physiology Behavior*, 86, 762-772.
- Herman, C.P., Roth, D.A. & Polivy, J. (2003). Effects of the presence of others on food intake: a normative interpretation. *Psychology Bulletin*, 129, 873-886.
- Hernandez, J. (2019). Les meilleures stratégies pour manger sainement. <https://www.lanutrition.fr/les-meilleures-strategies-pour-manger-sainement?fbclid=IwAR3NbSkBJZZ9hI5UXz48IZFWLOvkTmuXW3UE9fmTiqJrr27z-bldBUrnpZA>. [Consulté le 12 septembre 2019].
- Higgins, E.T. (1998). Promotion and prevention: Regulatory focus as a motivational principle. *Advances in Experimental Social Psychology*, 30, 1-46.
- Higgs, S. (2015). Social norms and their influence on eating behaviours. *Appetite*, 86 (1), 38-44.
- Hjelmar, U. (2011). Consumers' purchase of organic food products. A matter of convenience and reflexive practices. *Appetite*, 56 (2), 336-344.
- Hoefling, A. & Strack, F. (2008). The tempting effect of forbidden foods. High calorie content evokes conflicting implicit and explicit evaluations in restrained eaters. *Appetite*, 51 (3), 681-689.
- Hoek, J. & Jones, S.C. (2011). Regulation, public health and social marketing: a behaviour change trinity. *Journal of Social Marketing*, 1 (1), 32-44.
- Hoek, A.C., Luning, P.A., Stafleu, A. & de Graaf, C. (2004). Food-related lifestyle and health attitudes of Dutch vegetarians, non-vegetarian consumers of meat substitutes, and meat consumers. *Appetite*, 42 (3), 265-272.
- Hofmann, W., Gschwendner, T., Friese, M., Wiers, R.W. & Schmitt, M. (2008). Working memory capacity and self-regulatory behavior: Toward an individual differences perspective on behavior determination by automatic versus controlled processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95 (4), 962-977.
- Hollands, G.J., Prestwich, A. & Marteau, T.M. (2011). Using aversive images to enhance healthy food choices and implicit attitudes: An experimental test of evaluative conditioning. *Health Psychology*, 30 (2), 195-203.
- Hooper, D., Coughlan, J. & Mullen, M. (2000). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6 (1), 53-60.
- Howe, N. & Strauss, W. (2007). The next 20 years: how customer and workforce attitudes will evolve. *Harvard Business Review*, 85 (7/8), 41-52.

- Howlett, E., Burton, S. & Kozup, J. (2008). How modification of the nutrition facts panel influences consumers at risk for heart disease: The case of Trans fat. *Journal of Public Policy & Marketing*, 27 (1), 83-97.
- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Hughner, S.R., McDonagh, P., Prothero, A., Shultz, C.J. & Stanton, J. (2007). Who are organic food consumers? A compilation and review of why people purchase organic food. *Journal of Consumer Behaviour*, 6 (2-3), 94-110.
- Hughner, R.S. & Schutz, S. (2004). Views of health in the lay sector. A compilation and review of how individuals think about health. *Health*, 8 (4), 395-422.
- Hunter, M.S., Grunfeld, E.A. & Ramirez, A.J. (2003). Help-seeking intentions for breast-cancer symptoms: a comparison of the self-regulation model and the theory of planned behavior. *British Journal of Health Psychology*, 8, 319-333.
- Huntley, R. (2006). *The world according to Y: Inside the new adult generation*. Crow's Nest Australia. Eds. Allan & Unwin.
- Husserl, E. (1970). *Trans D Carr, Logical investigations*. New York, Humanities Press.

I

- Index for digital life (2014). *The world through the eyes of millennials, vision and values*. <http://indexdigitallife.telefonica.com/?s=millennials>. [Consulté le 26 février 2014].
- Infopresse (2017). *Sylvain Allard : L'emballage est souvent le porte-parole de la marque*. <https://www.infopresse.com/article/2017/4/22/sylvain-allard-l-emballage-c-est-l-artefact-de-notre-vie>. [Consulté le 12 juin 2019].
- Inglis, V., Ball, K. & Crawford, D. (2005). Why do women of low socioeconomic status have poorer dietary behaviours than women of higher socioeconomic status? A qualitative exploration. *Appetite*, 45, 334-343.
- Institut de la statistique du Québec (2018a). *Le Québec, chiffres en main*. http://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2018_fr.pdf. [Consulté le 27 janvier 2019].
- Institut de la statistique du Québec (2018b). *Population du Québec par âge et sexe, 1996 à 2018*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/>. [Consulté le 14 juillet 2019].
- Institut national de la santé publique du Québec (2009). *Résumé du rapport « la consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois », Coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois*. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/983_NutritionResume_FNL.pdf. [Consulté le 15 août 2019].
- Institut national de santé publique du Québec (2012). *Les normes sociales et l'alimentation, Analyse des écrits scientifiques*. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1486_NormesSocialesAliment_AnalyEcritsScient.pdf. [Consulté le 1er décembre 2016].
- Institut national de santé publique du Québec (2013). *Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois : portrait et évolution de 1987 à 2010 – Document synthèse*.

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1631_SurvStatPondAdultQc_PortrEvol1987A2012_Synth.pdf. [Consulté le 24 avril 2018].
Institut national de santé publique du Québec (2016). *L'efficacité du marketing social en promotion des saines habitudes de vie*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2141>. [Consulté le 1er septembre 2016].

J

- Jabs, J. & Devine, C.M. (2006). Time scarcity and food choices: an overview. *Appetite*, 47, 196-204.
- Jackson, V., Stoel, L. & Brantley, A. (2011). Mall attributes and shopping value: differences by gender and generational cohort. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 18 (1), 1-9.
- James, L.R. & Brett, J.M. (1984). Mediators, moderators, and tests for mediation. *Journal of Applied Psychology*, 69, 307-321.
- Janas, B., Bisogni, C. & Sobal, J. (1996). Cardiac patients' mental representations of diet. *Journal of Nutrition Education*, 28 (4), 223-229.
- Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education & Behavior*, 11 (1), 1-47.
- Jastran, M., Bisogni, C.A., Blake, C., Sobal, J. & Devine, C.M. (2009). Eating routines: Embedded, value based, modifiable, and reflective. *Appetite*, 52, 127-136.
- Jaworski, B. & Sauer, W.J. (1985). Cohort variation. Dans *Advances in Consumer Research*. Eds. Hirschman & Holbrook, 32-36.
- Jean, E. (2015). Les enjeux liés à la collecte de données en ligne. Le cas d'une recherche auprès de gestionnaires, *La Revue des Sciences de Gestion*, 2 (272), 13-21.
- Jensen, J. (2012). *Les familles québécoises depuis la Révolution tranquille. Mutations sociales, mobilisation des mouvements, transformations politiques*. <https://slideplayer.fr/slide/1148442/>. [Consulté le 19 juillet 2018].
- Jorgensen, B. (2003). Baby boomers, generation X and generation Y? Policy implications for defence forces in the modern era. *Journal of Consumer Marketing*, 5 (1), 41-49.
- Johansen, A., Rasmussen, S. & Madsen, M. (2006). Health behaviour among adolescents in Denmark: Influence of school class and individual risk factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34 (1), 32-40.
- Johnson, R.A. & Wichern, D.W. (1998). *Applied multivariate statistical analysis*. New Jersey, Prentice Hall.
- Joinson, A. (1999). Social desirability, anonymity, and Internet-based questionnaires. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 31(3), 433-438.
- Jolibert, A. & Jourdan, P. (2006). *Marketing Research. Méthodes de recherche et d'études en marketing*. Paris, Dunod.

K

- Kahneman, D. & Frederick, S. (2002). Representativeness revisited: Attribute substitution in intuitive judgment. Dans *Heuristic of intuitive judgment: extensions and applications*. Eds. Gilovich, Griffin & Kahneman. 1-30.

- Kanchanapibul, M., Lacka, E., Wang, X. & Chan, H.K. (2014). An empirical investigation of green purchase behaviour among the young generation. *Journal of Cleaner Production*, 66, 528-536.
- Kang, J., Jun, J.S. & Arendt, S. (2015). Understanding customers' healthy food choices at casual dining restaurants: using the value attitude-behavior model. *International Journal of Hospitality Management*, 48, 12-21.
- Karimi-Shahanjarini, A., Rashidian, A., Omidvar, N. & Majdzadeh, R. (2013). Assessing and comparing the short-term effects of TPB only and TPB plus implementation intentions interventions on snacking behavior in Iranian adolescent girls: A cluster randomized trial. *American Journal of Health Promotion*, 27 (3), 152-161.
- Keppel, G. & Wickens, T.D. (2004). *Design and analysis, a researcher's handbook*. New Jersey, Pearson.
- Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2000). *Foundations of behavioral research*. FL: Fort Worth.
- Kessous, A & Chalamon, I. (2013). Représentations mentales de la consommation et des pratiques alimentaires : approche par le carré sémiotique « bon/mauvais ». *La Revue des Sciences de Gestion*, 3 (261/262), 51-58.
- Kim, D.H. & Jang, S.C. (2014). Motivational drivers for status consumption: A study of generation Y consumers. *International Journal of Hospitality Management*, 38, 39-47.
- Kirkpatrick, S.L., Vanderlee, L., Raffoul, A., Stapleton, J., Csizmadi, I., Boucher, B.A. (2017). Self-report dietary assessment tools used in Canadian research: A scoping review. *Advances in Nutrition*, 18 (2), 276-289.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Klohe-Lehman, D.M., Freeland-Graves, J., Anderson, E.R., McDowell, T., Clarke, K.K., Hanss-Nuss, H., Cai, G., Puri, D. & Milani, T. (2006). Nutrition knowledge is associated with greater weight loss in obese and overweight low-income mothers. *Journal of the American Dietetic Association*, 106 (1), 65-75.
- Koestner, R., Lekes, N., Powers, T. A. & Chicoine, E. (2002). Attaining personal goals: Self-concordance plus implementation intentions equals success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (1), 231-244.
- Kolodinsky, J., Labrecque, J., Doyon, M., Reynolds, T., Oble, F., Bellavance, F. & Marquis, M. (2008). Sex and cultural differences in the acceptance of functional foods: a comparison of American, Canadian, and French college students. *Journal of American College Health*, 57 (2), 143-149.
- Köster, E.P. & Mojet, J. (2006). Theories of food choice development. Dans *Understanding consumers of food products*. Eds. Frewer & Van Trijp. 154p.
- Köster, E.P. (2009). Diversity in the determinants of food choice: A psychological perspective. *Food Quality and Preference*, 20 (2), 70-82.
- KPMG (2016). *Tendances au détail et en consommation: Comment s'y retrouver?* http://www.aqinac.com/client/publications/Conference_KPMG_14_juin_2016_2.pdf. [Consulté le 26 février 2018].
- Kraft, F.B. & Goodell, P.W. (1993). Identifying the health conscious consumer. *Journal of Health Care Marketing*, 13 (3), 18-25.
- Krebs-Smith, S.M. & Kantor, L.S. (2001). Choose a variety of fruits and vegetables daily: understanding the complexities. *Journal of Nutrition*, 131, 487-501.

- Kristensen, D.B., Askegaard, S. & Jeppesen, L.H. (2013). "If it makes you feel good it must be right": Embodiment strategies for healthy eating and risk management. *Journal of Consumer Behaviour*, 12, 243-252.
- Kristensen, D.B., Askegaard, S., Jeppesen, L.H. & Anker, T.B. (2010). Promoting health, producing moralism? *Advances in Consumer Research*, 37, 168-183.
- Krystallis, Maglaras & Mamalis, (2008). Motivations and cognitive structures of consumers in their purchasing of functional foods. *Food Quality and Preference*, 19 (6), 525-538.
- Kushi, L.H., Byers, T., Doyle, C., Bandera, E.V., McCullough, M., Gansler, T., Andrews, K.S. & Thun, M.J. (2006). American cancer society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *Cancer Journal for Clinicians*, 56 (5), 254-281.
- Kuzel, A. (1992). Sampling in qualitative inquiry. Dans *Doing qualitative research*, Crabtree & Miller, 31-44.

L

- Labrecque, J. (2012). *Commerce de détail, gestion et tendances*. Éditions JFD, Québec.
- Labrecque, J., Doyon, M., Bellavance, F. & Kolodinsky, J. (2006). Acceptance of functional foods: A comparison of French, American, and French Canadian consumers. *Canadian Journal of Agricultural Economics*, 54 (4), 647-661.
- Labrecque, J., Lessard, S., Bellavance, F., Pistien, C. & Pons, F. (en soumission). Healthy Eating Attitude Scale: A multidimensional measurement tool adapted to a changing food landscape, *Appetite*.
- Lafrenière, J., Harrison, S., Laurin, D., Brisson, C., Talbot, D., Couture, P., Lemieux S. & Lamarche, B. (2019). Development and validation of a brief diet quality assessment tool in the French-speaking adults from Quebec. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16 (61).
- Laisney, C. (2011). L'évolution de l'alimentation en France, Panorama des tendances Lourdes. *Médecine & Nutrition*, 47 (1), 4-13.
- Lake, A., Hyland, R.M., Rugg-Gunn, A.J., Wood, C.E., Mathers, J.C. & Adamson, A.J. (2007). Healthy eating: Perceptions and practice (the ASH30 study). *Appetite*, 48 (2), 176-182.
- Landström, E., Koivisto Hursti, U., Becker, W. & Magnusson, M. (2007). Use of functional foods among Swedish consumers is related to health-consciousness and perceived effect. *British Journal of Nutrition*, 98 (5), 1058-1069.
- Larson, E.B., Bergman, J. & Heidrich, F. (1982). Do postcard reminders improve influenza vaccination compliance? *Journal of Medical Care*, 20, 639-648.
- Larson, N. & Story, M. (2009). A review of environmental influences on food choices. *Annals of Behavioral Medicine*, 38 (1), S56-S73.
- Läuter, J. (1978). Sample size requirements for the T² Test of Manova (Tables for One-Way Classification). *Biometrical Journal*, 20, 389-406.
- Lawrence, W. & Barker, M. (2009). A review of factors affecting the food choices of disadvantaged women: Workshop on 'Changing nutrition behaviour to improve maternal and fetal health'. *Proceedings of the Nutrition Society*, 68 (2), 189-194.

- Lee, N. & Lings, I. (2008). *Doing Business Research, A Guide to Theory and Practice*. London, Sage.
- Le Moigne, J-L. (2012). *Les épistémologies constructivistes : « Que sais-je? »*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 128 p.
- Lester, S. (1999). *An introduction to phenomenological research*. www.sld.demon.co.uk/resmethy.pdf. [Consulté le 02 février 2013].
- Lindsay, A.C., Sussner, K.M., Greaney, M.L. & Peterson, K.E. (2009). Influence of social context on eating, physical activity and sedentary behaviors of Latina mothers and their preschool-age children. *Health Education Behaviour*, 39, 134-141.
- L'observatoire des seniors (2017). *Deux générations de seniors bien différentes*. <http://observatoire-des-seniors.com/deux-generations-de-seniors-bien-differentes/>. [Consulté le 1er février 2018].
- Lorey, T. & Albouy, J. (2015). Perspective générationnelle de la consommation de vin en France: une opportunité pour la segmentation. *Décisions Marketing*, 79, 93-112.
- Lundkvist, P., Fjellström, C., Sidenvall, B., Lumbers, M. & Raats, M. (2010). Management of healthy eating in everyday life among senior Europeans. *Appetite*, 55 (3), 616-622.
- Lupton, D. (1996). *Food, the body and the self*. Sage, 170 p.
- Lusk, J.L. (2011). External validity of the food values scale. *Food Quality and Preference*, 22 (5), 452-462.
- Lusk, J.L. & Briggeman, B.C. (2009). Food values. *American Journal of Agricultural Economics*, 91 (1), 184-196.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2015). Social cognitive theory. Dans *Predicting and changing health behaviour, Research and practice with social cognition models*, McGraw-Hill, 225-251.

M

-
- Maddux, J.E. & Rogers, R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19 (5), 469-479.
- Magnusson, M.K., Arvola, A., Koivisto Hursti, U-K., Aberg, L. & Sjöden, P.O. (2001). Attitudes towards organic foods among Swedish consumers. *British Food Journal*, 103 (3), 209-226.
- Mahon, D., Cowan, C. & McCarthy, M. (2006). The role of attitudes, subjective norm, perceived control and habit in the consumption of ready meals and takeaways in Great Britain. *Food Quality and Preference*, 17 (6), 474-481.
- Mai, R. & Hoffmann, S. (2015). How to combat the unhealthy – tasty intuition: the influencing role of health consciousness. *American Marketing Association*, 34 (1), 63-83.
- Mai, R. & Hoffmann, S. (2017). Indirect ways to foster healthier food consumption patterns: health-supportive side effects of health-unrelated motives. *Food Quality and Preference*, 52, 54-68.
- Maison, D., Greenwald, A.G. & Bruin, R. (2001). The Implicit Association Test as a measure of implicit consumer attitudes. *Polish Psychological Bulletin*, 32 (1), 1-9.

- Makatouni, A. (2002). What motivates consumers to buy organic food in the UK? : Results from a qualitative study”, *British Food Journal*, 104, 345-352.
- Malinaukas, B.M., Raedeke, T.D., Aeby, V.G., Smith, J.L. & Dallas, M.B. (2006). Dieting practices, weight perceptions, and body composition: A comparison of normal weight, overweight, and obese college females. *Nutrition Journal*, 5 (11).
- Manpower (2007). *Generation Y in the workplace*, www.manpower.cz/images/GenerationYintheWorkplace.pdf. [Consulté le 11 février 2018].
- Marchand, A., Roberge, M. & Trudel, G. (1978). Effect of level of fear, type of instructions, and a retest at the time of a behavioral approach test]. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 10 (1), 28-37.
- Margetts, B.M., Cade, J.E. & Osmond, C. (1989). Comparison of a Food Frequency Questionnaire with a Diet Record. *International Journal of Epidemiology*, 18 (4), 868-873.
- Maronick, T.J. (2009). The role of the Internet in survey research: guidelines for researchers and experts. *Journal of Global Business and Technology*, 5 (1), 18-31.
- Marquis, M. (2008). *Exemples canadiens d'éducation alimentaire*. Éduquer les mangeurs, De l'éducation nutritionnelle à l'éducation alimentaire. Colloque de l'Institut Français pour la Nutrition, Paris, 57-62.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. (2011). *Designing qualitative research*. Californie, Sage.
- Martins, Y. & Pliner, P. (1998). The development of the food motivation scale. *Appetite*, 30 (1), 94.
- Maskarinec, G., Novotny, R. & Tasaki, K. (2000). Dietary Patterns Are Associated with Body Mass Index in Multiethnic Women. *The Journal of Nutrition*, 130 (12), 3068-3072.
- McGowan, L., Caraher, M., Raats, M., Lavelle, F., Hollywood, L., McDowell, D., Spence, M., McCloat, A., Mooney, E. & Dean, M. (2015). Domestic cooking and food skills: A review. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 57 (11), 2412-2431.
- Meredith, G. & Schewe, C.D. (1991). The power of cohorts. *American Demographics*, 16 (12), 22-31.
- Merritt, R., Christopoulos, A. & Thorpe (2009). Where are all the products? Are we really doing social marketing or are we doing social sales? *Social Marketing Quarterly*, 15 (2), 5-13.
- Michaelidou, N. & Hassan L.M. (2008). The role of health consciousness, food safety concern and ethical identity on attitudes and intentions towards organic food. *International Journal of Consumer Studies*, 32 (1), 163-170.
- Michie, S. & Abraham, C. (2004). Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychology & Health*, 19 (1), 29-49.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis*, London, Sage Publications.
- Miles M.B. & Huberman A.M. (2003), *Analyse de données qualitatives, Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles, De Boeck.
- Millennial Marketing (2016). *Gen Y Food Preferences: You Are What You Eat | Millennial Marketing*. <http://www.millennialmarketing.com/2009/08/gen-y-food-preferences-you-are-what-you-eat/>. [Consulté le 21 avril 2017].

- Monsivais, P., Aggarwal, A. & Drewnowski, A. (2014). Time spent on home food preparation and indicators of healthy eating. *American Journal of Preventive Medicine*, 47 (6), 796-802.
- Monteiro, C.A., Moubarac, J-C., Cannon, G., Ng, S.N. & Popkin, B. (2013). Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity Reviews*, 14 (S2), 21-28.
- Moore, A. (2007). They've never taken a swim and thought about jaws: understanding the millennial generation. *College and University*. 82 (4), 41-48.
- Moore, M. & Carpenter, J.M. (2008). Intergenerational perceptions of market cues among US apparel consumers. *Journal of Fashion Marketing and Management*, 12 (3), 323-337.
- Moorman, C. & Matulich, E. (1993). A model of consumers' preventive health behaviors: The role of health motivation and health ability. *Journal of Consumer Research*, 20 (2), 208-228.
- Morel, J. (2016). *Internet est-il un media?* <https://www.linkedin.com/pulse/internet-est-il-un-m%C3%A9dia-jimmy-morel/>. [Consulté le 12 juin 2019].
- Morgan, D.L. (1997). *Focus group as qualitative research*, *Qualitative Research Methods*. Californie, Sage.
- Morin, P., Demers, K., Turcotte, S. & Mongeau, L. (2013). Association between perceived self-efficacy related to meal management and food coping strategies among working parents with preschool children. *Appetite*, 65, 43-50.
- Moubarac, J-C., Bortoletto Martins, A-P., Moreira Clara, R., Bertazzi Levy, R., Cannon, G. & Monteiro, C.A. (2013). Consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health. Evidence from Canada. *Public Health Nutrition*, 16 (12), 2240-2248.

N

- Naspetti, S. & Zanolli, R. (2009). Organic food quality and safety perception throughout Europe. *Journal of Products Marketing*, 15, 249-266.
- Nederkoorn, C., Houben, K., Hofmann, W., Roefs, A., & Jansen, A. (2010). Control yourself or just eat what you like? Weight gain over a year is predicted by an interactive effect of response inhibition and implicit preference for snack foods. *Health Psychology*, 29, 389-393.
- Netemeyer, R.G., Johnston, M.W. & Burton, S. (1990). Analysis of role conflict and role ambiguity in a structural equations framework. *Journal of Applied Psychology*, 75, 148-157.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. & Standish, A.R. (2012). Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. *Journal of Adolescent Health*, 50 (10). 80-86.
- Nie, C. & Zepeda, L. (2011). Lifestyle segmentation of US food shoppers to examine organic and local food consumption. *Appetite*, 57, 28-37.
- Nielsen (2015). *We are what we eat. Healthy eating trends around the world.* <https://www.nielsen.com/content/dam/niensenglobal/eu/nielseninsights/pdfs/Nielsen%20Global%20Health%20and%20Wellness%20Report%20-%20January%202015.pdf>. [Consulté le 1er septembre 2016].

- Noar, S.M. & Zimmerman, R.S. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20, 275-290.
- Noble, S.M. & Schewe, C.D. (2003). Cohort segmentation: an exploration of its validity. *Journal of Business Research*, 56 (12), 979-987.
- Nosek, B.A. (2005). Moderators of the relationship between implicit and explicit evaluation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 134 (4), 565-584.
- Nunes, K (2015). *Clean label goes mainstream*. *Food Business News*. <http://www.foodbusinessnews.net/Opinion/Keith%20Nunes/Clean%20label%20goes%20mainstream.aspx?cck=1/>. [Consulté le 1er septembre 2016].

O

- Oakes, M.E. & Slotterback, C.S. (2002). The good, the bad, and the ugly. Characteristics used by young, middle-aged, and older men and women, dieters and non-dieters to judge healthfulness of foods. *Appetite*, 38 (2), 91-97.
- Oakes, M.E. & Slotterback, C.S. (2004). Prejudgments of those who eat a "healthy" versus and "unhealthy" food for breakfast. *Current Psychology*, 23, 267-278.
- O’Cass, A. & Siahtiri, V. (2013). In search of status through brands from Western and Asian origins: examining the changing face of fashion clothing consumption in Chinese young adults. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 20 (6), 505-515.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology. A textbook*. Open University Press, 4th Eds. 528p.
- Ollivier, D. & Tanguy, C. (2010). *Génération Y, mode d’emploi*. Bruxelles, Éditions de Boeck.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2000). *Obesity: preventing and managing the global obesity*. Rapport de consultation 894. Editions TSO, Genève.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2016). *Obésité et surpoids*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>. [Consulté le 1er septembre 2016].
- Oude Ophuis, P.A.M. (1989). Measuring health orientation and health consciousness as determinants of food choice behavior: development and implementation of various attitudinal scales, Dans *Marketing Thought and Practice in the 1990s*, EMAC XVIII, Eds. Avlonitis, Papavasiliou & Kouremenos. Athens School of Economics and Business, 1723-1725.

P

- Packaged Facts (2016). Millennial menus: Culinary trend tracking series. <http://www.prnewswire.com/news-releases/millennial-menus-culinary-trend-tracking-series-300266974.html>. [Consulté le 25 mai 2017].
- Padel, S. & Foster, C. (2005). Exploring the gap between attitudes and behavior: Understanding why consumers buy or do not buy organic food. *British Food Journal*, 107 (8), 606-625.

- Paisley, J., Sheeshka, J. & Daly, K. (2001). Qualitative investigation of the meanings of eating fruits and vegetables for adult couples. *Journal of Nutrition Education*, 33, 199-207.
- Papies, E.K., Stroebe, W. & Aarts, H. (2009). Who likes it more? Restrained eaters' implicit attitudes towards food. *Appetite*, 53 (3), 279-287.
- Paquette, M.-C. (2005). Perceptions of healthy eating: State of knowledge and research gaps. *Canadian Journal of Public Health*, 96 (3), S15-S19.
- Paquette, M.-C. & Devine, C.M. (2000). Dietary trajectories in the menopause transition among Québec women. *Journal of Nutrition Education*, 32, 320-328.
- Parasuraman, A. (2000) Technology readiness index (TRI): A multiple item scale to measure readiness to embrace new technologies. *Journal of Services Research*, 2 (4), 307-320.
- Parks-Leduc, Feldman, & Bardi, (2015). Personality traits and personal values: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 19 (1), 3-29.
- Patterson, R.E., Satia, J.A., Kristal, A.R., Neuhouser, M.L. & Drewnowski, A. (2001). Is there consumer backlash against the diet and health message? *Journal of the American Dietetic Association*, 101, 37-41.
- Patton, M.Q. *Qualitative research and evaluation methods*. London, Sage.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 (1), 2-21.
- Peskett, S. (2006). Under-30s are the big spenders in UK market. *Harpers*, vol.10, p. 26.
- Peter J.P. (1979). Reliability: A review of psychometric basics and recent marketing practices. *Journal of Marketing Research*, 1 (6), 6- 17.
- Peterson, R.A. (1994). Une méta-analyse du coefficient alpha de Cronbach. *Recherche et Applications en marketing*, 21 (2), 381-391.
- Pettigrew, S. (2016). Pleasure: An under-utilised “P” in social marketing for healthy eating. *Appetite*, 104 (1), 60-69.
- Petty, R.E., Fazio, R.H. & Brinol, P. (2009). Implicit ambivalence: a meta-cognitive approach. Dans *Attitudes: insights from the new implicit measures*. Psychology Press, 119-161.
- Pew Research Center (2010). *Generations 2010*. <http://www.pewinternet.org/2010/12/16/generations-2010/>. [Consulté le 25 mai 2017].
- Pieniak, Z., Verke, W., Scholderer, J., Brunsø, K. & Olsen, S.O. (2008). Impact of consumers' health beliefs, health involvement and risk perception on fish consumption, A study in five European countries. *British Food Journal*, 110 (9), 898-915.
- Plaisent, M., Bernard, P., Zuccaro, C. & Daghfous, N. (2004). *SPSS 12.0 pour Windows, Guide d'autoformation*. Canada, Presses de l'Université du Québec.
- Plotnikov, R.C., Lubans, D.R., Penfold, C.M. & Courneya, K.S. (2014). Testing the utility of three social-cognitive models for predicting objective and self-report physical activity in adults with type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 19, 329-346.
- Plummer, K. (1983). *Documents of Life: An introduction to the problems and literature of a humanistic method*. London, Unwin Hyman.
- Pollan, M. (2008). *In defense of food*. Allen Lane, 244 p.

- Pomarici, E. & Vecchio, R. (2014). Millennial generation attitudes to sustainable wine: an exploratory study on Italian consumers. *Journal of Cleaner Production*, 66, 537-545.
- Pomerleau, J., Lock, K., Knai, C. & McKee, M. (2005). Interventions designed to increase adult fruit and vegetable intake can be effective: A systematic review of the literature. *Journal of Nutrition*, 135 (10), 2486-2495.
- Popkin, B. M., Zizza, C. & Siega-Riz, A.M. (2003). Who is leading the change? : US dietary quality comparison between 1965 and 1996. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (1), 1-8.
- Potvin, L., McQueen, D.V. & Hall, M. (2008). Introduction. Aligning evaluation research and health promotion values: practices from the Americas. Dans *Health promotion evaluation practices in the Americas, values and practices*. Springer, 334p.
- Pouget, J. (2010). *Intégrer et manager la génération Y*. Paris, Vuibert.
- Poulain, J.P. (2002). *Sociologies de l'alimentation, Les mangeurs et l'espace social alimentaire*. Presses Universitaires de France, 147p.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R. & Shepherd, R. (1998). Interpretation of healthy and unhealthy eating, and implications for dietary change. *Health Education Research*, 13 (2), 171-183.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R. & Shepherd, R. (2000). Application of the theory of planned behaviour to two dietary behaviours: roles of perceived control and self-efficacy. *British Journal of Health Psychology*, 5, 121-139.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R. & Shepherd, R. (2007). The theory of planned behaviour and healthy eating: Examining additive and moderating effects of social influence variables. *Psychology & Health*, 14 (6), 991-1006.
- Power, E.M. (2005). Determinants of healthy eating among low-income Canadians. *Canadian Journal of Public Health*, 96 (3), S37-S42.
- Préel, B. (2000). *Le choc des générations*. Paris, La Découverte.
- Prescott, J., Young, O., O'Neill, L., Yau, N.J.N. & Stevens, R. (2002). Motives for food choice: a comparison of consumers from Japan, Taiwan, Malaysia and New Zealand. *Food Quality and Preference*, 13 (7-8), 489-495.
- Prestwich, A., Hurling, R. & Baker, S. (2011). Implicit shopping: attitudinal determinants of the purchasing of healthy and unhealthy foods. *Psychology & Health*, 26 (7), 875-885.
- Prestwich, A., Sheeran, P., Webb, T.L. & Gollwitzer, P.M. (2015). Implementation intentions. Dans *Predicting and changing health behaviour*, Eds. Conner et Norman, 321-358.
- Prinsen, S., de Ridder, D.T.D. & de Vet, E. (2013). Eating by example. Effects of environmental cues on dietary decisions. *Appetite*, 70, 1-5.
- Provencher, V., Bégin, C., Gagnon-Girouard, M.-P., Tremblay, A., Boivin, S. & Lemieux, S. (2008). Personality traits in overweight and obese women: Associations with BMI and eating behaviors. *Eating Behaviors*, 9 (3), 294-302.

R

-
- Raine, K.D. (2005). Determinants of healthy eating in Canada: An overview and synthesis. *Canadian Journal of Public Health*, 96 (3), S8-S14.

- Recours, F. & Hébel, P. (2007). Évolution des comportements alimentaires : le rôle des générations. *Cahiers d'économie et sociologie rurales*, 82/83, 1-30.
- Recours, F., Hébel, P. & Berger, R. (2008). *Effets de générations, d'âge et de revenus sur les arbitrages de consommation*. Cahier de recherche, Credoc, 258.
- Reeves, T.C. & Oh, E. (2008). Generational differences. Dans *Handbook of research on educational communications and technology*. Eds. Spector, Merrill, Merriënboer & Driscoli, p. 295-304.
- Rekhy, R. & McConchie, R. (2014). Promoting consumption of fruit and vegetables for better health. Have campaigns delivered on the goals? *Appetite*, 79, 113-123.
- Renaud, L. (2010). *Les médias et la santé*, Presses de l'Université du Québec, 448 p., <http://www.puq.ca/catalogue/livres/les-medias-sante-438.html>.
- Renner, B. (2016). *Consumer products industry outlook*. <http://www2.deloitte.com/us/en/pages/consumer-business/articles/consumer-products-industry-outlook.html?nc=1/>. [Consulté le 1er septembre 2016].
- Reynolds, T.C. & Olson, J.C. (2001). *Understanding consumer decision-making: the means-end approach to marketing and advertising strategy*. Eds. Lawrence Erlbaum, 3-24.
- Riddell, L.J., Ang, B., Keast, R.S.J. & Hunter, K.W. (2011). Impact of living arrangements and nationality on food habits and nutrient intakes in young adults. *Appetite*, 56 (3), 726-731.
- Ristovski-Slijepcevic, S., Chapman, G.E. & Beagan, B.L. (2008). Engaging with healthy eating discourse (s): Ways of knowing about food and health in three ethnocultural groups in Canada. *Appetite*, 50 (1), 167-178.
- Ristovski-Slijepcevic, S., Chapman, G.E. & Beagan, B.L. (2010). Being a good mother: dietary governmentality in the family food practices of three ethnocultural groups in Canada. *Health*, 14, 467-483.
- Robson, C. (2002). *Real world research: A resource for social scientists and practitioner researchers*. Massachusetts, Blackwell.
- Robinson, E., Fleming, A. & Higgs, S. (2014). Prompting healthier eating: Testing the use of health and social norm based messages. *Health Psychology*, 33 (9), 1057-1064.
- Robinson, R. & Smith, C. (2002). Psychological and demographic variables associated with consumer intention to purchase sustainable produced foods as defined by the Midwest Food Alliance. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 34 (6), 316-325.
- Rogers, R.W. & Deckner, C.W. (1975). Effects of fear appeals and physiological arousal upon emotion, attitudes and cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 222-230.
- Roininen, K., Arvola, A. & Lähteenmäki, L. (2006). Exploring consumers' perceptions of local food with two different qualitative techniques: Laddering and word association. *Food Quality and Preference*, 17 (1-2), 20-30.
- Roininen, K., Lähteenmäki, L. & Tuorila, H. (1999). Quantification of consumer attitudes to health and hedonic characteristics of foods. *Appetite*, 33 (1), 71-88.
- Roininen, K., Tuorila, H., Zandstra, E.H., de Graaf, C., Vehkalahti, K., & Stubenitsky, K. (2001). Differences in health and tastes attitudes and reported behaviour among Finnish, Dutch and British consumers. A cross-national validation of the health and taste attitude scales (HTAS). *Appetite*, 37 (1), 33-45.

- Rolls, B.J., Roe, L.S., Kral, T.V.E., Meengs, J.S. & Wall, D.E. (2004). Increasing the portion size of a packaged snack increases energy intake in men and women. *Appetite*, 42 (1), 63-69.
- Ronteltap, A., Sijtsema, S.J., Dagevos, H. & de Winter, M.A. (2012). Construal levels of healthy eating. Exploring consumers' interpretation of health in the food context. *Appetite*, 59 (2), 333-340.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 1-8.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15 (2), 175-183.
- Rossiter, M.D., Evers, S.E. & Pender, A.C. (2012). Adolescents' diets do not comply with 2007 Canada's food guide recommendations. *Appetite*, 59, 668-672.
- Royer, I. & Zarlowski, P. (2003). *Méthodes de recherche en management*. Paris, Dunod.
- Rozin, P. (2007). Food choice: An introduction. Dans *Understanding consumers of food choice*, Eds. Frewer & Van Trijp, 1-29.
- Rozin, P., Fischler, C., Imada, S., Sarubin, A. & Wrzesniewski, A. (1999). Attitudes to food and the role of food in life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France: Possible implications for the diet-health debate. *Appetite*, 33 (2), 163-180.
- Rugimbana, R. (2007). Generation Y: How cultural values can be used to predict their choice of electronic financial services. *Journal of Financial Services Marketing*, 11 (4), 301-214.

S

- Saba, A. & Vassallo, M. (2012). The influence of health involvement and satisfaction on healthy food choices among people over 60 years. *International Journal of Consumer Studies*, 36 (1), 44-53.
- Sabbagh, C. & Etiévant, P. (2012). Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions pour les faire évoluer vers une meilleure adéquation avec les recommandations nutritionnelles ? Les conclusions de l'expertise scientifique collective conduite par l'INRA en 2010. *OCL*, 261-269.
- Sahay, T.B., Ashbury, F.D., Roberts, M. & Rootman, I. (2006). Effective components for nutrition interventions: A review and application of the literature. *Health Promotion Practice*, 7 (4), 418-427.
- Salmon, S.J., Fennis, B.M., de Ridder, D.T.D., Adriaanse, M.A. & de Vet, E. (2014). Health on impulse: When low self-control promotes healthy food choices. *Health Psychology*, 33 (2), 103-109.
- Santé Canada (2016). *Guide alimentaire canadien*. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>. [Consulté le 30 mars 2017].
- Santos, J.R.A. (1999). Cronbach's alpha: A tool for assessing the reliability of scales. *Journal of Extension*, 37 (2).
- Satalic, Z., Baric, I.C. & Keser, I. (2007). Diet quality in Croatian university students: Energy, macronutrient and micronutrient intakes according to gender. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 58 (5), 398-410.
- Schubert, L. (2008). Household food strategies and the reframing of ways of understanding dietary practices. *Ecology of Food and Nutrition*, 47 (3), 254-279.

- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model, Dans *Self-efficacy: Thought control of action*. Eds. Schwarzer, 217-243.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57 (1), 1-29.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995). Self-efficacy and health behaviours. Dans *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Eds. Conner & Norman, 107-141.
- Schwarzer, R. & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors, the health action process approach. *European Psychologist*, 13, 141-151.
- Schwarzer, R. & Luszczynska, A. (2015). Health action process approach. Dans *Predicting and changing health behaviour, Research and practice with social cognition models*, McGraw-Hill, 1-29.
- Schwarzer, R., Mueller, J. & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress & Coping*, 12 (2), 145-161.
- Scrinis, G. (2008). On the ideology of nutritionism. *Gastronomica*, 8 (1), 39-48.
- Seijts, G.H. & Latham, G.P. (2001). The effect of distal learning, outcome, and proximal goals on a moderately complex task. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 291-307.
- Shahar, D., Fraser, D., Shai, I. & Vardi, H. (2003). Development of a Food Frequency Questionnaire (FFQ) for an elderly population based on a population survey. *Journal of Nutrition*, 133 (11), 3625-3629.
- Sheeran, P. (2002). Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, 12 (1), 1-36.
- Shepherd, R. & Raats, M. (2006). *The psychology of food choice*, Eds. Shepherd & Raats, 399p.
- Seijts, G.H. & Latham, G. P. (2001). The effect of distal learning, outcome, and proximal goals on a moderately complex task. *Journal of Organizational Behavior*, 22 291-307.
- Sheeran, P. & Webb, T.L. (2016). The intention-behavior gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 10 (9), 503-518.
- Shields, A. (2015). *La consommation de viande menace la planète*. Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/societe/environnement/447718/consommation-de-viande>. [Consulté le 1er décembre 2017].
- Siipi, H. (2012). Is natural food healthy? *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, 26, 797-812.
- Smart, L.R. & Bisogni, C.A. (2001). Personal food systems of college hockey players. *Appetite*, 37, 57-70.
- Smith, S.L., Quandt, S.A., Arcury, T.A., Wetmore, L.K., Bell, R.A. & Vitolins, M.Z. (2006). Aging and eating in the rural, southern United States: beliefs about salt and its effects on health. *Social Science of Medicine*, 62, 189-198.
- Smithers, J., Lamarche, J. & Joseph, A.E. (2008). Unpacking the terms engagement with local food at the farmers' market, Insights from Ontario. *Journal of Rural Studies*, 24, 337-350.

- Sniehotta, F.F., Schwarzer, R., Scholz, U. & Schüz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35 (4), 565-576.
- Snyder, L.B. (2007). Health communication campaigns and their impact on behavior. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39 (2), S32-S40.
- Sobal, J. & Bisogni, C.A. (2009). Constructing food choice decisions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38 (1), 37-46.
- Sobal, J., Bisogni, C.A., Devine, C.M. & Jastran, M. (2006). A conceptual model of the choice process over the life course. Dans *The psychology of food choice*, Eds. Shepherd & Raats, 1-18.
- Sobal, J., Bisogni, C.A. & Jastran, M. (2014). Food choice is multifaceted, contextual, dynamic, multilevel, integrated, and diverse. *Mind, Brain and Education*, 8 (1), 6-12.
- Sobal, J. & Nelson, M. (2003). Commensal eating patterns: A community study. *Appetite*, 41 (2), 181-190.
- Sobal, J. & Wansink, B. (2007). Built environments and obesity. Dans *Obesity: causes, mechanisms, treatment, and prevention*. Éditions Blass, 1-32.
- Sommet sur l'alimentation (2017). *À l'écoute des consommateurs d'aujourd'hui et de demain*. www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/Cahier1_Sommet_Alimentation.pdf. [Consulté le 1er décembre 2017].
- Sorensen, G., Stoddard, A.M., Dubowitz, T., Barbeau, E.M., Bigby, J. & Emmons, K.M. (2007). The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: Results of the healthy directions studies. *American Journal of Public Health*, 97 (7), 1216-1227.
- Stacy, R.D. & Lloyd, B.H. (1990). An investigation of beliefs about smoking among diabetes patients: information for improving cessation efforts. *Journal of Patient Education and Counselling*, 15, 181-189.
- Stancu, V., Haugaard, P. & Lähtenmäki, L. (2016). Determinants of consumer food waste behavior: Two routes to food waste. *Appetite*, 96, 7-17.
- Stanley, L. & Wise, S. (1993). *Breaking out again: feminist ontology and epistemology*. London, Routledge.
- Statistique Canada. (2014a). *Embonpoint et obésité chez les adultes (mesures autodéclarées)*, 2014. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14185-fra.htm>. [Consulté le 1er février 2017].
- Statistique Canada (2014b). *Section 2 : Population selon l'âge et le sexe*. <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2014000/part-partie2-fra.htm>. [Consulté le 1er août 2017].
- Statistique Canada. (2015). *Obésité et embonpoint chez les jeunes, (mesures autodéclarées)* 2014. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14186-eng.htm>. [Consulté le 1er juin 2017].
- Statistique Canada (2017). *Pyramide de comparaison des âges*. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/pyramid/pyramide.cfm?type=2&geo1=01&geo2=01>. [Consulté le 1er février 2018].

- Stefan, V., Herpen, E. & Tudoran, A.A. & Lähteenmäki, L. (2013). Avoiding food waste by Romanian consumers: The importance of planning and shopping routines. *Food Quality and Preference*, 28 (1), 375-381.
- Step toe, A., Pollard, T.M. & Wardle, J. (1995). Development of a measure of the motives underlying the selection of food: the food choice questionnaire. *Appetite*, 25 (3), 267-284.
- Step toe, A., Wardle, J., Vinck, J., Tuomisto, M., Holte, A. & Wichstrøm, L. (1994). Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychology & Health*, 9 (5), 331-343.
- Stewart, K.D. & Bernhardt, P.C. (2010). Comparing millennials to pre-1987 students and with one another. *North American Journal of Psychology*, 12, 579-602.
- Stok, F.M., de Vet, E., de Ridder, D.T.D. & de Wit, J.B.F. (2012). I should remember I don't want to become fat: Adolescents' views on self-regulatory strategies for healthy eating. *Journal of Adolescence*, 5, 67-75.
- Storfer-Isser, A. & Musher-Eizenman, D. (2013). Measuring parent time scarcity and fatigue as barriers to meal planning and preparation: quantitative scale development. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45 (2), 176-182.
- Story, M., Kaphingst, K.M., Robinson-O'Brien, R. & Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, 29, 253-272.
- Strack, F. & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8 (3), 220-247.
- Strauss, W. & Howe, N. (1998). *The fourth turning*. NY, Broadway Books.
- Strecher, V.J., McEvoy DeVellis, B., Becker, M.H. & Rosenstock, I.M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education & Behaviour*, 13 (1), 73-92.
- Suki, N.M. (2013). Young consumer ecological behaviour: The effects of environmental knowledge, healthy food, and healthy way of life with the moderation of gender and age. *Management of Environmental Quality: An International Journal*, 24 (6), 726-737.
- Sun, Y. (2008). Health concern, food choice motives, and attitudes toward healthy eating: The mediating role of food choice motives. *Appetite*, 51 (1), 42-49.
- Sun Park, H. & Smith, S.W. (2007). Distinctiveness and influence of subjective norms, personal descriptive and injunctive norms, and societal descriptive and injunctive norms on behavioral intent: A case of two behaviors critical to organ donation. *Human Communication Research*, 33, 194-218.
- Sutin, A.R., Ferrucci, L., Zonderman, A.B. & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101 (3), 579-592.
- Sutton, S. (2001). Health behavior: Psychosocial theories. Dans *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*, Eds. Smelser & Baltes, Oxford, 6499-6506.
- Swinburn, B.A. & Egger, G. (2002). Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*, 3 (4), 289-301.
- Swinburn, B.A., Sacks, G., Hall, K.D., McPherson, K., Finegood, D.T., Moodie, M.L. & Gortmaker, S.L. (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378 (9793), 804-814.

T

- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics*. Californie, Pearson.
- Taken Smith, K. & Brower, T.R. (2012). Longitudinal study of green marketing strategies that influence Millennials. *Journal of Strategic Marketing*, 20 (6), 535-551.
- Tarkiainen, A. & Sundqvist, S. (2005). Subjective norms, attitudes and intentions of Finnish consumers in buying organic food. *British Food Journal*, 107 (11), 808-822.
- Teixeira, P.J., Palmeira, A. & Vansteenkiste, M. (2012). The role of self-determination theory and motivational interviewing in behavioral nutrition, physical activity, and health: an introduction to the IJBNPA special series. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 17.
- The Caterer (2016). *Elior reveals insight into Generation Y food attitude*. <https://www.thecaterer.com/articles/356682/elior-reveals-insight-into-generation-y-food-attitude>. [Consulté le 21 avril 2017].
- Thietart, R.A. (2007). *Méthodes de recherche en management*. Paris, Dunod.
- Thøgersen, J. (2017). Sustainable food consumption in the nexus between national context and private lifestyle: A multi-level study. *Food Quality and Preference*, 55, 16-25.
- Thompson C.J., Locander, W.B. & Pollio, H.R. (1989). Putting consumer experience back into consumer research: The philosophy and method of existantial-phenomenology. *Journal of Consumer Research*, 16 (3), 133-146.
- Thompson, C.J. & Troester, M. (2002). Consumer value systems in the age of post-modern fragmentation. The case of the natural health microculture. *Journal of Consumer Research*, 28 (4), 550-571.
- Trends Active, International trend interpretation agency (2016). Generations Trends, <https://www.trendsactive.com/>. [Consulté le 30 janvier 2018].
- Tulloch, H., Reida, R., D'Angelo, M.S., Plotnikoff, R.C., Morrina, L. & Beaton, L. et al. (2009). Predicting short- and long-term exercise intentions and behaviour in patients with coronary artery disease: a test of protection motivation theory. *Psychology and Health*, 24, 255-269.
- Twenge, J.M. & Campbell, W.K. (2010). Birth cohort differences in the monitoring the future dataset and elsewhere: further evidence for generation me. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 81-88.
- Twenge, J.M., Campbell, W.K. & Freeman, E.C. (2012). Generational differences in young adults' life goals, concern for others, and civic orientation, 1966-2009. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102 (5), 1045-1062.

U

- Urala, N. & Lähteenmäki, L. (2003). Reasons behind consumers' functional food choices. *Nutrition & Food Science*, 33 (4), 148-158.
- Urala, N. & Lähteenmäki, L. (2007). Consumers' changing attitudes towards functional foods. *Food Quality and Preference*, 18 (1), 1-12.

V

- Valentine, D.B. & Powers, T.L. (2013). Generation Y values and lifestyle segments. *Journal of Consumer Marketing*, 30 (7), 597-606.
- Van Dillen, S.M.E., Hiddick, G.J., Koelen, M.A., de Graaf, C. & Van Woerkum, C.M.J. (2004). Perceived relevance and information needs regarding food topics and preferred information sources among Dutch adults: Results of a quantitative consumer study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 1306-1313.
- Variyam, J.N. & Gola, E. (2002). New health information is reshaping food choices. *Food Review*, 25 (1), 13-18.
- Vartanian, L.R., Herman, C.P. & Wansink, B. (2008). Are we aware of the external factors that influence our food intake? *Health Psychology*, 27, 533-538.
- Verain, M.C.D., Bartels, J., Dagevos, H., Sijtsema, S.J., Onwezen, M.C. & Antonides, G. (2012). Segments of sustainable food consumers: a literature review. *International Journal of Consumer Studies*, 36 (2), 123-132.
- Verbeke, W. (2005). Consumer acceptance of functional foods: socio-demographic, cognitive and attitudinal determinants. *Food Quality and Preference*, 16 (1), 45-57.
- Verbeke, W. (2006). Functional foods: Consumer willingness to compromise on taste for health? *Food Quality and Preference*, 17 (1-2), 126-131.
- Verbeke, W. (2008). Impact of communication on consumers' food choices: Plenary lecture. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67 (3), 281-288.
- Verbeke, W., Sioen, I., Pieniak, Z., Van Camp, J. & De Henauw, S. (2005). Consumer perception versus scientific evidence about health benefits and safety risks from fish consumption. *Public Health Nutrition*, 8 (4), 422-429.
- Verbeke, W., Scholderer, & Lähteenmäki, (2009). Consumer appeal of nutrition and health claims in three existing product concepts. *Appetite*, 52 (3), 684-692.
- Vermeir, I. & Verbeke, W. (2006). Sustainable food consumption: exploring the consumer « attitude-behavioral intention » gap. *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, 19 (2), 169-194.
- Vermeir, I. & Verbeke, W. (2008). Sustainable food consumption among young adults in Belgium: Theory of planned behaviour and the role of confidence and values. *Ecological Economics*, 64, 542-553.
- Vermillion, L.J & Peart, J. (2010). Green marketing: Making sense of the Situation. *Proceedings of the Academy of Marketing Studies*, 15 (1), 68-72.
- Verplanken, B. & Faes, S. (1999). Good intentions, bad habits, and effects of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of social Psychology*, 29, 591-604.
- Vidgen, H.A. & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76 (1), 50-59.
- Von Essen, E. & Englander, M. (2013). Organic food as a healthy lifestyle: A phenomenological psychological analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8, 1-10.

W

- Wallston, B.S., Wallston, K.A., Kaplan, G.D. & Maides, S.A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (4), 580-585.
- Walter, C., Willett, L., Sampson, M.J., Stampfer, B., Rosner, C., Witschi, J., Hennekens, C. & Speizer, F.E. (1985). Reproducibility and validity of a semiquantitative Food Frequency Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 122 (1), 51-65.
- Wansink, B., Tal, A. & Brumberg, A. (2014). Ingredient-based food fears and avoidance: antecedents and antidotes. *Food Quality and Preference*, 38, 40-48.
- Wansink, B. (2017). Healthy profits: an interdisciplinary retail framework that increases the sales of healthy foods. *Journal of Retailing*, 93 (1), 65-78.
- Wardle, J., Haase, A.M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K. & Bellis, F. (2004). Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27 (2), 107-116.
- Wardle, J., Parmenter, K. & Waller, J. (2000). Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*, 34 (3), 269-275.
- Wardle, J. & Steptoe, (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57 (6), 440-443.
- Webb, T.L. & Sheeran, P. (2003). Can implementation intentions help to overcome ego-depletion? *Journal of Experimental Social Psychology*, 39 (3), 279-286.
- Webb, T.L. & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132, 249-268.
- Webb, T.L. & Sheeran, P. (2008). Mechanisms of implementation intention effects: the role of goals intentions, self-efficacy, and accessibility of plan components. *British Journal of Social Psychology*, 47, 373-395.
- Wieber, F. Odenthal, G. & Gollwitzer, P. (2010). Self-efficacy feelings moderate implementation intention effects. *Self and Identity*, 9, 177-194.
- Wigfield, A. Tonks, S. & Lutz Klauda, S. (2009). Expectancy-value theory. Dans *Handbook of motivation at school*. Eds. Wentzel & Wigfield, 55-75.
- Williams, K.C. & Page, R.A. (2011). Marketing to generations. *Journal of Behavioral Studies in Business*, 1-17.
- Wilson, H.S. & Hutchinson, S.A. (1991). Triangulation of qualitative methods: Heideggerian hermeneutics and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 1 (2), 263-276.
- Winograd, M. & Hais, M.D. (2011). *Millennial momentum, how a new generation is remaking America*. London, Rutgers University Press.
- Woolley, K. & Fishbach, A. (2016). For the fun of it: Harnessing immediate rewards to increase persistence in long-term goals. *Journal of Consumer Research*, 42 (6), 952-966.
- Worsley, A. (2002). Nutrition knowledge and food consumption: can nutrition knowledge change food behaviour? *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11 (3), S579-S585.

X

- Xia, Y. & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, 51, 409-428.

Y

- Yach, D., Stuckler, D. & Brownell, K.D. (2006). Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. *Nature Medicine*, 12, 62-66.
- Yergeau, E. & Poirier, M. (2013). *SPSS à l'UdeS*. www.spss.espaceweb.usherbrooke.ca. [Consulté le 10 juin 2019].
- Yoquinto, L. (2010). *25% of calories now come from snack*. <http://www.livescience.com/14769-snacking-calories-increase.html>. [Consulté le 30 mai 2017].
- Young, A.M. & Hinesly, M.D. (2012). Identifying millennials' key influences from early childhood: insights into current consumer preferences. *Journal of Consumer Marketing*, 29 (2), 146-155.
- Young, M.E. & McCoy, A.W. (2016). Millennials and chocolate product ethics: Saying one thing and doing another. *Food Quality and Preference*, 49, 42-53.
- Yue, C., Jensen, H., Mueller, D., Nonnecke, G., Bonnet, D. & Gleason, M. (2007). Estimating consumers' valuation of organic and cosmetically damaged apples. *Horticultural Science*, 42 (6), 1366-1371.
- Yun, D. & Silk, K.J. (2011). Social norms, self-identity and attention to social comparison information in the context of exercise and healthy diet behavior. *Health Communication*, 26, 275-285.

Z

- Zanna, M. & Rempel, J. K. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. Dans *The social psychology of knowledge*. Eds. Bar-Tal & Kruglanski, 315-333).
- Zanoli, R. & Naspetti, S. (2002). Consumer motivations in the purchase of organic food: A means-end approach. *British Food Journal*, 104, 643-653.
- Zepeda, L. & Li, J. (2006). Who buy local food? *Journal of Food Distribution Research*, 37 (3), 1-11.

ANNEXE 1 : Formulaire de consentement

1. Renseignements sur le projet de recherche

Vous avez été approché(e) pour participer au projet de recherche suivant :

Le développement et l'adoption de stratégies alimentaires santé visant à favoriser de saines habitudes alimentaires chez les milléniaux.

Ce projet est réalisé par :

Stéphanie Lessard, chargée de cours & doctorante, stephanie.lessard.8@ulaval.ca.

Résumé :

Les problématiques de surpoids ont été associées aux pratiques alimentaires individuelles en concomitance avec le contexte alimentaire actuel. Pour réduire ces problématiques, des études soulignent la nécessité d'accroître l'efficacité des interventions de la santé publique par 1) l'identification de facteurs qui influencent le développement et l'adoption de démarches entreprises par l'individu pour atteindre ou maintenir des comportements alimentaires sains, et 2) la segmentation approfondie de groupes cibles au sein de la population. Suivant les conclusions de ces recherches, notre étude propose d'identifier les stratégies alimentaires santé développées et adoptées par les milléniaux afin de favoriser de saines habitudes alimentaires.

2. Aspect éthique

Votre participation à ce projet de recherche doit être totalement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions. Il est aussi entendu que vous pouvez demander de mettre un terme à la rencontre, ce qui interdira au doctorant d'utiliser l'information recueillie. N'hésitez pas à lui poser toutes les questions que vous jugerez pertinentes.

3. Confidentialité des renseignements personnels obtenus

Vous devez vous sentir libre de répondre franchement aux questions qui vous seront posées. Le doctorant s'engage à protéger les renseignements personnels obtenus en assurant la protection et la sécurité des données recueillies, en conservant tout enregistrement dans un lieu sécuritaire, en n'utilisant pas les données qu'un participant aura explicitement demandé d'exclure du projet de recherche.

4. Protection des renseignements personnels lors de la publication des résultats

Les renseignements que vous avez confiés seront utilisés pour la préparation d'un rapport. Les informations brutes resteront confidentielles, mais le doctorant utilisera ces informations lors de la présentation de celui-ci à ses pairs ou aux entreprises concernées.

- **Niveau de confidentialité**
 - J'accepte de participer à ce projet.**

Si vous cochez cette case, aucune information relative à votre nom ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats. Vous pourrez compter sur la protection de votre anonymat.

- **Consentement à l'enregistrement audio de l'entrevue :**
 - J'accepte que le doctorant procède à l'enregistrement audio de cette entrevue à des fins de transcription uniquement.**

SIGNATURE DU PARTICIPANT À L'ENTREVUE :

Prénom et nom : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

SIGNATURE DU DOCTORANT :

Prénom et nom : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Merci de votre généreuse collaboration!

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

INTRODUCTION

Présentation de la méthode d'entretien

Pas de bonnes ni de mauvaises réponses.

Discussion enregistrée pour la transcription.

45-60 minutes.

Présentation de l'interviewé

Âge, éducation, situation matrimoniale, nombre de personnes dans le foyer incluant enfants et leur âge, problème de santé affectant l'alimentation, régime alimentaire.

A – PLANIFICATION DES REPAS À DOMICILE

- Comment organisez-vous la planification de vos repas à la maison en général? Différence entre semaine et fin de semaine?
- Quels sont vos critères de planification (temps, argent, santé, goût, plaisir de manger sainement, etc.)? De quelle manière vous les intégrer à votre planification?
- Quelle(s) stratégie(s) (moyens) employez-vous pour planifier vos repas? Comment? Exemples (cuisiner le weekend, préparer à l'avance, déterminer le menu à l'avance, achat de repas prêts à manger et proportionnés, congeler les restes, doubler les recettes, rédiger une liste d'épicerie, etc.). Intégrez-vous des aliments congelés, préparés ou/et transformés? Fréquence? Pourquoi?

B – STRATÉGIES SANTÉ DÉVELOPPÉES À DOMICILE ET HORS FOYER

- Comment définissez-vous la santé (saine alimentation)? Quelle importance y attachez-vous au quotidien? (indicateurs santé : aliments frais, bio, locaux, ethniques, fonctionnels, réduits en gras, sucre et sel).
- Comment intégrez-vous la santé dans votre alimentation?
- Quelle(s) stratégie(s) (moyen) employez-vous pour l'intégrer? Comment? Dans une semaine donnée, exemples pour chaque stratégie suivante si développée :

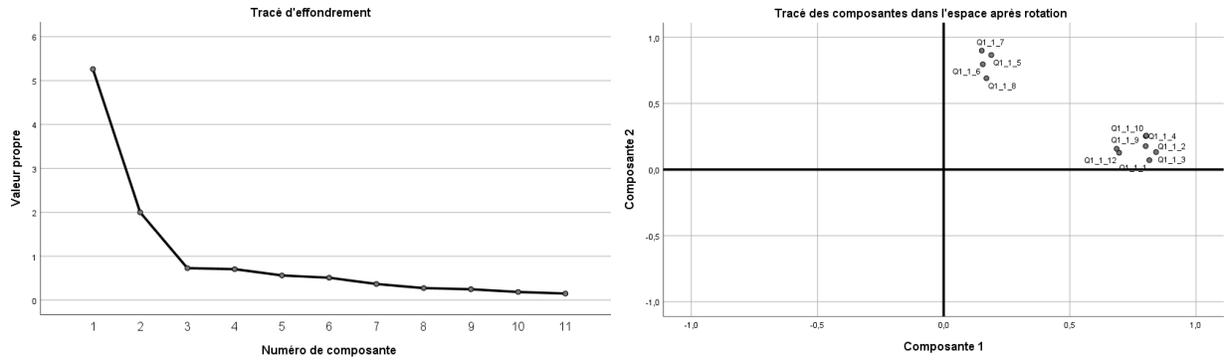
- Emphase mise sur une valeur (équilibre, variété, etc.), routine, élimination, limitation, substitution, addition, modification, autres.
- Y-a-t-il une différence entre les stratégies santé de semaine versus de fin de semaine? Au resto versus à la maison? Famille versus seul? Si oui, de quelle manière? Pourquoi?

C – RECHERCHE D’INFORMATIONS SUR LA SAINE ALIMENTATION

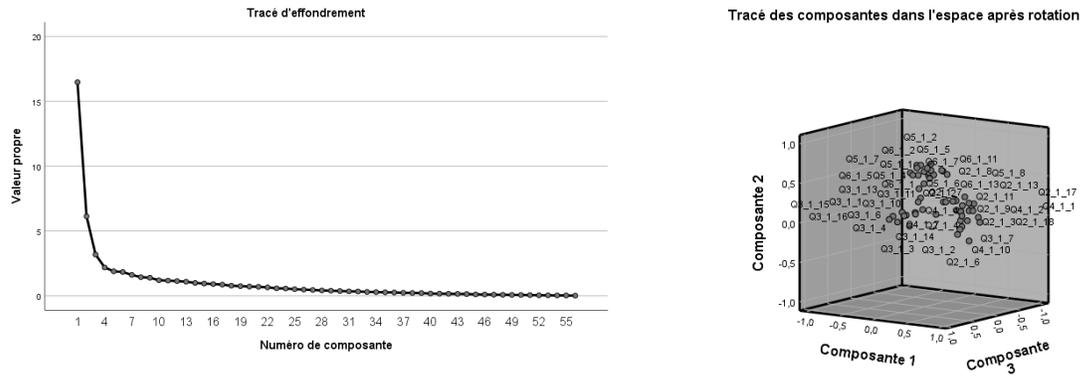
- Comment obtenez-vous des informations sur la saine alimentation? Quelles sont vos sources et pourquoi? Émissions culinaires, magazines, livres, journaux, nutritionnistes, web, influenceurs-bloggeurs-stars, entourage, magasins, etc.
- Est-ce que les réseaux sociaux vous informent sur la saine alimentation? Lesquels et comment? (Partage, publications-photos, texte, vidéos, autres).
- Suivez-vous un nutritionniste sur les réseaux sociaux ou êtes-vous suivi en consultation privée? Si oui, qui sur quel réseau? Pourquoi?
- Comment vous informez-vous avant d’acheter un nouvel aliment, s’il y a lieu? Étiquettes, web, etc. Utilisez-vous les « guides étoile » implantés par les supermarchés pour vous aider à faire des choix plus santé?
- Disposez-vous d’une ou plusieurs applications santé sur votre téléphone intelligent? Si oui, laquelle ou lesquelles? Pourquoi?

ANNEXE 3 : Tracés d'effondrement des échelles

Recherche d'informations sur la saine alimentation



Stratégies alimentaires santé



Annexe 4 : Résultats de l'analyse des données de la collecte 2 (échelles de mesure; n = 485)

| RISA | Moyenne | Écart-type | Coefficient de saturation (« loading ») | Coefficient de saturation après rotation | Alpha de Cronbach |
|---|---------|------------|---|--|-------------------|
| Facteur 1 | 4.13 | 1.583 | | | 0.921 |
| 1. Je compare les étiquettes pour choisir le produit le plus nutritif | 4.69 | 1.822 | 0.645 | 0.767 | |
| 2. Je consulte des documentaires pour m'informer sur la saine alimentation | 4.07 | 1.940 | 0.760 | 0.744 | |
| 3. Je lis des articles sur la nutrition dans les magazines, les livres et (ou) les journaux | 4.13 | 2.083 | 0.751 | 0.787 | |
| 4. Je lis des chroniques sur la nutrition dans des livres et (ou) sites web de recettes | 4.00 | 2.119 | 0.748 | 0.770 | |
| 5. Je prends les conseils de mon entourage sur la saine alimentation | 4.05 | 1.914 | 0.647 | 0.579 | |
| 6. Je regarde les émissions culinaires et (ou) alimentaires qui m'informent sur l'alimentation et la santé | 4.10 | 2.030 | 0.639 | 0.611 | |
| 7. J'écoute les conseils de spécialistes de la santé (nutritionniste, médecin, naturopathe) dans des chroniques à la télévision, à la radio et (ou) dans les journaux | 3.88 | 2.125 | 0.711 | 0.743 | |
| 8. Il est important pour moi de rester à l'affût des informations concernant l'alimentation et la santé | 4.16 | 1.949 | 0.749 | 0.811 | |
| 9. Je lis plus d'articles sur la santé qu'il y a 3 ans | 4.09 | 2.172 | 0.660 | 0.711 | |
| Facteur 2 | 2.86 | 1.823 | | | 0.881 |
| 10. Je m'informe sur la nutrition et la santé via les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Pinterest, autres) | 3.10 | 2.173 | 0.717 | 0.628 | |
| 11. Je suis des influenceurs web (blogueur, chef cuisinier, personnalité connue, coach, nutritionniste, naturopathe, ostéopathe, autres) concernant la saine alimentation | 2.63 | 2.092 | 0.713 | 0.757 | |

| | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|-------|
| 12. Je suis les tendances alimentaires santé sur les médias sociaux (Facebook, Instagram et Pinterest, autres) | 2.76 | 2.079 | 0.712 | 0.712 | |
| 13. J'écoute des vidéos sur You Tube véhiculés par des gens qui partagent leurs expériences personnelles sur la saine alimentation | 2.96 | 2.145 | 0.740 | 0.678 | |
| Facteur 3 | 3.09 | 1.583 | | | 0.571 |
| 14. Je consulte ou j'ai déjà consulté un nutritionniste en clinique pour manger plus sainement | 3.32 | 2.369 | 0.576 | 0.367 | |
| 15. Je m'informe sur la nutrition et la santé via des cours de cuisine santé ou des ateliers de fabrication culinaire | 2.77 | 2.006 | 0.767 | 0.750 | |
| 16. Je ne suis pas intéressé par les informations qui sont diffusées à la télévision concernant l'alimentation et la santé | 3.18 | 2.085 | 0.626 | 0.599 | |
| SAS | | | | | |
| Facteur 1 | 3.10 | 1.456 | | | 0.975 |
| 1. Au restaurant, je remplace les frites et/ou le riz par les légumes et/ou la salade | 3.85 | 2.024 | 0.629 | 0.517 | |
| 2. Je choisis des produits laitiers biologiques au lieu des produits laitiers conventionnels | 2.84 | 2.054 | 0.640 | 0.680 | |
| 3. Je choisis des viandes nourries à l'herbe au lieu des viandes nourries aux grains | 3.43 | 2.001 | 0.638 | 0.552 | |
| 4. Je choisis du yogourt plein gras au lieu du yogourt sans gras (0% de matière grasse) | 3.64 | 2.172 | 0.381 | 0.418 | |
| 5. Je remplace la crème fraîche par le yogourt grec dans mes soupes, sauces et/ou purées de pommes de terre | 3.28 | 2.136 | 0.666 | 0.554 | |
| 6. Je remplace la crème glacée par la crème glacée végé ex. nice cream (dessert glacé à base de bananes) | 2.51 | 1.991 | 0.607 | 0.752 | |
| 7. Je remplace la crème sure par le yogourt grec dans mes salades de patates, fajitas, pommes de terre au four et/ou salades chou | 3.13 | 2.050 | 0.682 | 0.565 | |
| 8. Je remplace la mayonnaise par le yogourt grec dans mes trempettes et/ou vinaigrettes crémeuses | 2.99 | 2.040 | 0.709 | 0.663 | |
| 9. Je remplace la viande conventionnelle par la viande biologique | 2.85 | 2.031 | 0.643 | 0.679 | |
| 10. Je remplace le beurre et/ou la margarine par le yogourt grec dans mes recettes de desserts | 2.70 | 2.009 | 0.679 | 0.705 | |

| | | | | |
|---|------|-------|-------|-------|
| 11. Je remplace le dessert (gâteau, muffin, biscuit, crème glacée, compote, barre tendre) par un yogourt nature grec | 3.13 | 2.072 | 0.712 | 0.568 |
| 12. Je remplace le lait et le fromage de vache par la boisson de protéines végétales (p. ex. soya, riz, amandes, cachou, coco) et/ou un fauxmage à base de noix ou d'avoine | 2.82 | 2.106 | 0.631 | 0.642 |
| 13. Je remplace le pain de blé entier et les pâtes alimentaires de blé entier par le pain et les pâtes alimentaires sans gluten | 2.67 | 2.007 | 0.664 | 0.712 |
| 14. Je remplace les biscuits, les barres tendres et/ou les muffins par des barres protéinés | 3.35 | 2.095 | 0.688 | 0.583 |
| 15. Je remplace les pâtes alimentaires blanches par les pâtes végétales (p. ex. lentilles, pois chiches, haricots, kamut, riz, épeautre, quinoa) | 3.03 | 2.064 | 0.752 | 0.668 |
| 16. Je remplace l'huile de canola par le lait de coco dans mes recettes de desserts | 2.78 | 2.100 | 0.680 | 0.734 |
| 17. Je commande des paniers biologiques et/ou locaux et je planifie mes repas en fonction des aliments qui s'y trouvent | 2.60 | 2.024 | 0.635 | 0.779 |
| 18. Je vais majoritairement dans des épiceries santé pour planifier des repas santé (p. ex. Tau, Avril, Rachel Béry, Le végétarien, La Moisson) | 2.67 | 1.968 | 0.667 | 0.795 |
| 19. Je prépare moi-même des aliments de base et des accompagnements (p. ex. pâtes, pain, yogourt, fromage, humus, sauces, vinaigrettes, trempettes) | 3.56 | 2.107 | 0.648 | 0.575 |
| 20. Je prépare la cuisson à l'avance des féculents (riz, pâtes, etc.) | 3.35 | 2.125 | 0.576 | 0.634 |
| 21. Je prépare la cuisson à l'avance des protéines animales (p. ex. pré-cuisson poisson et viande, cuisson œuf à la coque) | 3.22 | 2.141 | 0.590 | 0.637 |
| 22. J'adhère à un régime alimentaire (ex. végétarisme, flexitarisme) qui diminue ou élimine ma consommation de protéines animales (viandes et produits laitiers) | 2.57 | 2.082 | 0.644 | 0.687 |
| 23. Je choisis des aliments biologiques pour les aliments que je consomme le plus souvent | 2.98 | 1.991 | 0.729 | 0.690 |
| 24. Je débute un repas par une salade ou des crudités | 3.57 | 1.946 | 0.693 | 0.564 |
| 25. Je mange cinq (5) ou six (6) petits repas par jour | 2.89 | 2.045 | 0.506 | 0.616 |
| 26. Je prends un smoothie par jour | 2.48 | 1.990 | 0.567 | 0.732 |
| 27. J'achète des paniers biologiques ou locaux pour varier mon alimentation | 2.60 | 2.028 | 0.633 | 0.774 |

| | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|-------|
| 28. J'utilise les boîtes prêtes à cuisiner pour varier mes repas (p. ex. GoodFood, MissFresh) | 2.39 | 1.958 | 0.508 | 0.739 | |
| 29. J'élimine les ingrédients, aliments et produits non biologiques (conventionnels) | 3.04 | 1.978 | 0.650 | 0.663 | |
| 30. J'élimine les produits laitiers | 2.88 | 2.086 | 0.529 | 0.599 | |
| 31. Au restaurant, j'ajoute une salade en entrée à mon repas | 3.96 | 2.073 | 0.548 | 0.418 | |
| 32. J'ajoute de la protéine végétale à mes smoothies (p. ex. levure nutritionnelle, protéine de riz brun) | 2.82 | 2.091 | 0.629 | 0.711 | |
| 33. J'ajoute des graines (p. ex. chia, chanvre, lin, tournesol) à mes smoothies, salades, yogourts, pâtes alimentaires et/ou muffins | 3.48 | 2.284 | 0.711 | 0.599 | |
| 34. J'ajoute des herbes fraîches à mes salades, sautées et/ou smoothies | 3.61 | 2.182 | 0.681 | 0.520 | |
| 35. J'ajoute des légumes colorés à mes smoothies et/ou mes repas | 3.76 | 2.242 | 0.633 | 0.423 | |
| 36. J'ajoute des noix à mes desserts | 3.78 | 2.104 | 0.669 | 0.488 | |
| 37. J'ajoute des noix à mes smoothies, salades, yogourts, céréales, pâtes alimentaires et/ou muffins | 3.46 | 2.163 | 0.702 | 0.569 | |
| 38. J'ajoute des protéines végétales (ex. pois chiches, lentilles, légumineuses, quinoa) à mes salades | 3.61 | 2.172 | 0.733 | 0.560 | |
| 39. J'ajoute du curcuma à mon riz, mes sauces et/ou mes pâtes | 3.12 | 2.172 | 0.666 | 0.636 | |
| 40. J'ajoute du gingembre, du curcuma, de la chlorophylle, de la spiruline et/ou de l'aloès à mes smoothies | 2.71 | 2.050 | 0.641 | 0.753 | |
| 41. J'ajoute du gingembre, du curcuma, de la chlorophylle, de la spiruline et/ou de l'aloès à mes tisanes | 2.70 | 2.078 | 0.621 | 0.766 | |
| 42. J'ajoute du miel, du citron, de la lime, des bâtonnets de cannelle, de la spiruline, de la chlorophylle et/ou de l'aloès à mon eau plate | 3.05 | 2.158 | 0.600 | 0.635 | |
| 43. Je prends des suppléments alimentaires pour augmenter mon apport en vitamines et minéraux | 3.52 | 2.371 | 0.523 | 0.486 | |
| Facteur 2 | 4.62 | 1.285 | | | 0.952 |
| 44. J'achète beaucoup d'aliments frais (fruits et légumes, protéines) pour avoir un frigo et congélateur bien rempli | 5.30 | 1.721 | 0.487 | 0.662 | |
| 45. J'achète des aliments santé de base faciles, rapides et versatiles à cuisiner (p. ex. légumes, protéines, féculents) | 4.98 | 1.733 | 0.594 | 0.648 | |
| 46. Je fais et je suis ma liste d'épicerie pour éviter les tentations pour des aliments moins santé | 4.52 | 2.015 | 0.568 | 0.501 | |

| | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|
| 47. Je fais un inventaire général de mon réfrigérateur avant d'aller à l'épicerie | 5.10 | 1.893 | 0.425 | 0.615 |
| 48. Je planifie mes repas en fonction des aliments sains qui m'inspirent à l'épicerie | 4.38 | 1.951 | 0.624 | 0.600 |
| 49. Je structure mes achats alimentaires en fonction de mon menu de la semaine | 4.56 | 1.989 | 0.505 | 0.546 |
| 50. J'apporte au travail un lunch que j'ai préparé moi-même | 4.88 | 2.167 | 0.446 | 0.599 |
| 51. J'apporte des collations santé lorsque je suis en déplacement | 4.48 | 1.977 | 0.667 | 0.618 |
| 52. J'utilise mes restes de repas pour mes lunchs au travail | 5.11 | 2.037 | 0.433 | 0.619 |
| 53. J'apprête (transforme) moi-même les repas et les collations (p. ex. barres tendres, muffins) | 4.10 | 2.069 | 0.644 | 0.527 |
| 54. Je compose de nouveaux repas à partir de restes de table | 4.56 | 1.985 | 0.526 | 0.570 |
| 55. Je compose mes repas en fonction des aliments disponibles de saison | 4.79 | 1.862 | 0.614 | 0.608 |
| 56. Je congèle mes restes de table et/ou mes surplus d'aliments que j'ai préparés (p. ex. sauce à spaghetti, chili, potages) | 4.99 | 2.048 | 0.403 | 0.559 |
| 57. Je décongèle le matin un aliment à consommer pour le repas du soir (p. ex. viande, poisson) | 5.10 | 1.844 | 0.401 | 0.612 |
| 58. Je double mes recettes pour avoir des repas prêts à manger pour d'autres occasions | 4.94 | 1.998 | 0.520 | 0.633 |
| 59. Je lave et je coupe mes légumes d'avance | 4.14 | 2.132 | 0.499 | 0.486 |
| 60. Je planifie mon menu de la semaine de manière globale ou en détail le weekend | 4.02 | 2.105 | 0.577 | 0.512 |
| 61. Je prépare plusieurs repas à partir d'un aliment vedette de la semaine (p. ex. poulet - sandwich, salade, poulet rôti) | 4.29 | 1.972 | 0.599 | 0.597 |
| 62. Je choisis des ingrédients de base (fruits, légumes, protéines, féculents, épices) pour cuisiner les repas | 4.95 | 1.795 | 0.614 | 0.642 |
| 63. Je cuisine les repas les soirs de semaine | 4.77 | 2.006 | 0.337 | 0.477 |
| 64. Je mange au moins un fruit par jour | 4.95 | 2.082 | 0.546 | 0.518 |
| 65. Je mange sainement dans 90 % du temps dans la semaine | 4.37 | 1.964 | 0.745 | 0.526 |
| 66. Je mange trois (3) repas par jour | 4.76 | 2.172 | 0.393 | 0.403 |
| 67. Je mange une à deux collation (s) santé par jour | 3.85 | 2.028 | 0.621 | 0.492 |
| 68. Je mange une portion de yogourt par jour | 3.72 | 2.208 | 0.586 | 0.402 |
| 69. Je me permets un (1) aliment « gâterie » une fois par semaine | 4.73 | 2.078 | 0.480 | 0.553 |

| | | | | | |
|---|------|-------|-------|-------|-------|
| 70. Mes repas sont composés de légumes colorés, ou d'une salade et d'une protéine animale ou végétale | 4.35 | 2.039 | 0.681 | 0.604 | |
| 71. J'alterne mes repas préparés et mes restants au courant de la semaine pour manger varier | 4.56 | 1.917 | 0.560 | 0.626 | |
| 72. Je varie les légumes consommés au courant de la semaine | 4.64 | 1.909 | 0.607 | 0.689 | |
| 73. Je varie les protéines animales et/ou végétales au courant de la semaine | 4.58 | 1.916 | 0.606 | 0.619 | |
| 74. J'ajoute des légumes aux recettes que j'essaie | 4.76 | 1.934 | 0.583 | 0.535 | |
| Facteur 3 | 4.34 | 1.427 | | | 0.951 |
| 75. Je limite la consommation de repas hors foyer (restaurant en tout genre, cantine, food truck) | 4.74 | 1.979 | 0.559 | 0.523 | |
| 76. Je limite les desserts (p. ex. gâteau, barres tendres, biscuits, pudding) | 4.49 | 1.990 | 0.624 | 0.599 | |
| 77. Je limite ma consommation d'alcool (vin, bière et spiritueux) | 4.90 | 2.041 | 0.356 | 0.460 | |
| 78. Je limite ma consommation de charcuterie | 4.66 | 2.008 | 0.551 | 0.667 | |
| 79. Je limite ma consommation de fruits à trois (3) par jour | 3.44 | 2.049 | 0.489 | 0.457 | |
| 80. Je limite ma consommation de jus de fruits | 4.64 | 2.183 | 0.536 | 0.609 | |
| 81. Je limite ma consommation de produits contenant de l'huile de palme | 4.55 | 2.148 | 0.581 | 0.620 | |
| 82. Je limite ma consommation de produits que je considère malsains à des occasions spéciales | 4.44 | 2.048 | 0.682 | 0.693 | |
| 83. Je limite ma consommation de viande et de viande rouge | 3.71 | 2.226 | 0.581 | 0.577 | |
| 84. Je réduis la quantité de beurre dans les recettes de desserts | 4.10 | 2.136 | 0.615 | 0.589 | |
| 85. Je réduis la quantité de sucre dans les recettes de desserts | 4.31 | 2.111 | 0.646 | 0.670 | |
| 86. J'élimine l'ajout de sel dans les recettes, même si indiqué | 4.36 | 2.203 | 0.566 | 0.496 | |
| 87. J'élimine les boissons énergisantes | 5.65 | 2.006 | 0.416 | 0.429 | |
| 88. J'élimine les boissons gazeuses (exclut l'eau gazéifiée) | 4.73 | 2.104 | 0.559 | 0.529 | |
| 89. J'élimine les charcuteries qui contiennent des nitrites et des nitrates | 4.41 | 2.120 | 0.648 | 0.669 | |
| 90. J'élimine les produits congelés déjà préparés et prêts-à-manger | 4.23 | 2.138 | 0.580 | 0.561 | |
| 91. J'élimine les produits dont la liste d'ingrédients est trop longue | 4.14 | 2.144 | 0.703 | 0.655 | |
| 92. J'élimine les produits hydrogénés (p. ex. margarine) | 3.98 | 2.189 | 0.653 | 0.582 | |
| 93. J'élimine les produits industriels contenant du sucralose, du galactose, | 4.24 | 2.097 | 0.692 | | |

| | | | | | |
|---|------|-------|-------|-------|-------|
| du glucose et des édulcorants artificiels | | | | 0.646 | |
| 94. J'élimine la tartinade industrielle au chocolat | 4.44 | 2.273 | 0.568 | 0.565 | |
| 95. J'élimine les produits contenant du glutamate monosodique (MSG) | 4.11 | 2.156 | 0.648 | 0.605 | |
| 96. J'élimine les yogourts sans sucre, sans gras et sans calorie | 3.42 | 2.144 | 0.467 | 0.432 | |
| 97. J'élimine les produits que je qualifie de mauvais pour la santé afin d'éviter les tentations | 4.17 | 2.046 | 0.687 | 0.631 | |
| 98. J'évite de grignoter entre les repas | 4.03 | 2.090 | 0.515 | 0.534 | |
| 99. J'évite les excès alimentaires | 4.65 | 2.009 | 0.530 | 0.595 | |
| Facteur 4 | 3.97 | 1.608 | | | 0.814 |
| 100. Dans mes collations, je remplace le chocolat au lait par le chocolat noir | 3.97 | 2.282 | 0.568 | 0.350 | |
| 101. Je choisis des poissons sauvages au lieu des poissons d'élevage (de culture) | 3.57 | 2.074 | 0.605 | 0.392 | |
| 102. Je choisis du pain de blé entier au lieu du pain blanc | 4.29 | 2.332 | 0.512 | 0.450 | |
| 103. Je remplace la tartinade de chocolat par le beurre d'amandes et/ou d'arachides | 4.08 | 2.298 | 0.563 | 0.478 | |
| 104. Je remplace le sucre blanc raffiné par le sucre naturel (p. ex. stevia, coco, miel, sirop d'érable, compote de pommes) dans mes recettes de desserts | 3.75 | 2.172 | 0.685 | 0.487 | |
| 105. Je remplace les aliments biologiques par les aliments locaux en période estivale | 4.19 | 2.236 | 0.551 | 0.423 | |

ANNEXE 5 : Résultats de l'analyse des données de la collecte 3 (échelles de mesure; n = 389)

| RISA | Moyenne | Écart-type | Coefficient de saturation (« loading ») | Coefficient de saturation après rotation | Alpha de Cronbach |
|--|---------|------------|---|--|-------------------|
| Facteur 1 | 4.10 | 1.577 | | | 0.909 |
| 1. Je compare les étiquettes pour choisir le produit le plus nutritif | 4.82 | 1.740 | 0.630 | 0.747 | |
| 2. Je consulte des documentaires pour m'informer sur la saine alimentation | 4.05 | 1.944 | 0.754 | 0.751 | |
| 3. Je lis des articles sur la nutrition dans les magazines, les livres et (ou) les journaux | 3.83 | 2.033 | 0.808 | 0.803 | |
| 4. Je lis des chroniques sur la nutrition dans des livres et (ou) sites web de recettes | 3.73 | 2.026 | 0.840 | 0.783 | |
| 5. J'écoute les conseils de spécialistes de la santé (nutritionniste, médecin, naturopathe) dans des chroniques à la télévision, à la radio et (ou) dans les journaux | 3.74 | 2.034 | 0.757 | 0.686 | |
| 6. Il est important pour moi de rester à l'affût des informations concernant l'alimentation et la santé | 4.28 | 1.871 | 0.821 | 0.818 | |
| 7. Je lis plus d'articles sur la santé qu'il y a 3 ans | 4.29 | 2.074 | 0.699 | 0.715 | |
| Facteur 2 | 2.67 | 1.638 | | | 0.844 |
| 8. Je m'informe sur la nutrition et la santé via les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Pinterest, autres) | 3.07 | 2.098 | 0.712 | 0.689 | |
| 9. Je suis des influenceurs web (blogueur, chef cuisinier, personnalité connue, coach, nutritionniste, naturopathe, ostéopathe, autres) concernant la saine alimentation | 2.37 | 1.904 | 0.550 | 0.809 | |
| 10. Je suis les tendances alimentaires santé sur les médias sociaux (Facebook, Instagram et Pinterest, autres) | 2.66 | 1.951 | 0.681 | 0.864 | |
| 11. J'écoute des vidéos sur You Tube véhiculés par des gens qui partagent leurs expériences personnelles sur la saine alimentation | 2.59 | 1.986 | 0.657 | 0.666 | |

| SAS | Moyenne | Écart-type | Coefficient de saturation (« loading ») | Coefficient de saturation après rotation | Alpha de Cronbach |
|--|---------|------------|---|--|-------------------|
| Facteur 1 | 2.78 | 1.369 | | | 0.966 |
| 1. Je choisis des poissons sauvages au lieu des poissons d'élevage (de culture) | 3.54 | 1.947 | 0.620 | 0.492 | |
| 2. Je choisis des produits laitiers biologiques au lieu des produits laitiers conventionnels | 2.62 | 1.908 | 0.689 | 0.757 | |
| 3. Je choisis des viandes nourries à l'herbe au lieu des viandes nourries aux grains | 3.08 | 1.884 | 0.633 | 0.650 | |
| 4. Je remplace la crème glacée par la crème glacée végé ex. nice cream (dessert glacé à base de bananes) | 2.41 | 1.916 | 0.548 | 0.720 | |
| 5. Je remplace la crème sure par le yogourt grec dans mes salades de patates, fajitas, pommes de terre au four et/ou salades chou | 3.15 | 2.073 | 0.690 | 0.560 | |
| 6. Je remplace la mayonnaise par le yogourt grec dans mes trempettes et/ou vinaigrettes crémeuses | 3.04 | 2.279 | 0.634 | 0.565 | |
| 7. Je remplace la viande conventionnelle par la viande biologique | 2.58 | 1.865 | 0.652 | 0.741 | |
| 8. Je remplace le beurre et/ou la margarine par le yogourt grec dans mes recettes de desserts | 2.44 | 1.875 | 0.634 | 0.702 | |
| 9. Je remplace le lait et le fromage de vache par la boisson de protéines végétales (p. ex. soya, riz, amandes, cachou, coco) et/ou un fauxmage à base de noix ou d'avoine | 2.75 | 2.024 | 0.647 | 0.644 | |
| 10. Je remplace le pain de blé entier et les pâtes alimentaires de blé entier par le pain et les pâtes alimentaires sans gluten | 2.48 | 1.931 | 0.600 | 0.705 | |
| 11. Je remplace les biscuits, les barres tendres et/ou les muffins par des barres protéinés | 3.10 | 1.994 | 0.611 | 0.585 | |
| 12. Je remplace les pâtes alimentaires blanches par les pâtes végétales (p. ex. lentilles, pois chiches, haricots, kamut, riz, épeautre, quinoa) | 2.89 | 1.940 | 0.668 | 0.641 | |
| 13. Je remplace l'huile de canola par le lait de coco dans mes recettes de desserts | 2.44 | 1.895 | 0.653 | 0.766 | |
| 14. Je commande des paniers biologiques et/ou locaux et je planifie mes repas en fonction des aliments qui s'y trouvent | 2.34 | 1.882 | 0.626 | 0.757 | |

| | | | | | |
|---|------|-------|-------|-------|-------|
| 15. Je vais majoritairement dans des épiceries santé pour planifier des repas santé (p. ex. Tau, Avril, Rachel Béry, Le végétarien, La Moisson) | 2.40 | 1.800 | 0.668 | 0.799 | |
| 16. J'adhère à un régime alimentaire (p. ex. végétarisme, flexitarisme) qui diminue ou élimine ma consommation de protéines animales (viandes et produits laitiers) | 2.33 | 1.895 | 0.557 | 0.646 | |
| 17. Je choisis des aliments biologiques pour les aliments que je consomme le plus souvent | 2.90 | 1.958 | 0.712 | 0.752 | |
| 18. Je débute un repas par une salade ou des crudités | 3.55 | 1.905 | 0.663 | 0.464 | |
| 19. Je mange cinq (5) ou six (6) petits repas par jour | 2.63 | 1.923 | 0.465 | 0.588 | |
| 20. Je mange une à deux collation (s) santé par jour | 3.99 | 1.983 | 0.508 | 0.422 | |
| 21. Je prends un smoothie par jour | 2.34 | 1.938 | 0.543 | 0.677 | |
| 22. J'achète des paniers biologiques ou locaux pour varier mon alimentation | 2.45 | 1.941 | 0.638 | 0.772 | |
| 23. J'ajoute de la protéine végétale à mes smoothies (p. ex. levure nutritionnelle, protéine de riz brun) | 2.54 | 1.946 | 0.624 | 0.522 | |
| 24. J'ajoute du miel, du citron, de la lime, des bâtonnets de cannelle, de la spiruline, de la chlorophylle et/ou de l'aloès à mon eau plate | 2.99 | 2.126 | 0.573 | 0.623 | |
| Facteur 2 | 4.55 | 1.319 | | | 0.941 |
| 25. Je limite la consommation de repas hors foyer (restaurant en tout genre, cantine, food truck) | 5.08 | 1.811 | 0.451 | 0.524 | |
| 26. Je limite les desserts (p. ex. gâteau, barres tendres, biscuits, pudding) | 4.70 | 1.938 | 0.511 | 0.527 | |
| 27. Je limite ma consommation de charcuterie | 4.76 | 1.920 | 0.432 | 0.649 | |
| 28. Je limite ma consommation de jus de fruits | 4.70 | 2.100 | 0.503 | 0.580 | |
| 29. Je limite ma consommation de produits contenant de l'huile de palme | 4.62 | 2.121 | 0.547 | 0.650 | |
| 30. Je limite ma consommation de produits que je considère malsains à des occasions spéciales | 4.73 | 1.892 | 0.596 | 0.703 | |
| 31. Je limite ma consommation de viande et de viande rouge | 3.83 | 2.184 | 0.495 | 0.534 | |
| 32. Je réduis la quantité de sucre dans les recettes de desserts | 4.53 | 1.930 | 0.638 | 0.589 | |
| 33. J'élimine l'ajout de sel dans les recettes, même si indiqué | 4.50 | 2.118 | 0.501 | 0.506 | |
| 34. J'élimine les boissons énergisantes | 5.65 | 1.972 | 0.414 | 0.509 | |
| 35. J'élimine les boissons gazeuses (exclut l'eau gazeifiée) | 4.98 | 1.986 | 0.449 | 0.554 | |

| | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|-------|
| 36. J'élimine les charcuteries qui contiennent des nitrites et des nitrates | 4.64 | 1.961 | 0.573 | 0.712 | |
| 37. J'élimine les produits congelés déjà préparés et prêts-à-manger | 4.53 | 2.029 | 0.495 | 0.682 | |
| 38. J'élimine les produits dont la liste d'ingrédients est trop longue | 4.37 | 1.978 | 0.620 | 0.690 | |
| 39. J'élimine les produits hydrogénés (p. ex. margarine) | 3.99 | 2.104 | 0.549 | 0.585 | |
| 40. J'élimine les produits industriels contenant du sucralose, du galactose, du glucose et des édulcorants artificiels | 4.20 | 1.985 | 0.616 | 0.724 | |
| 41. J'élimine la tartinaie industrielle au chocolat | 4.36 | 2.245 | 0.537 | 0.593 | |
| 42. J'élimine les produits contenant du glutamate monosodique (MSG) | 4.11 | 2.029 | 0.617 | 0.693 | |
| 43. J'élimine les produits que je qualifie de mauvais pour la santé afin d'éviter les tentations | 4.32 | 1.870 | 0.658 | 0.720 | |
| 44. J'évite de grignoter entre les repas | 4.21 | 1.909 | 0.423 | 0.565 | |
| Facteur 3 | 4.66 | 1.151 | | | 0.912 |
| 45. J'achète beaucoup d'aliments frais (fruits et légumes, protéines) pour avoir un frigo et congélateur bien rempli | 5.28 | 1.656 | 0.490 | 0.543 | |
| 46. Je fais et je suis ma liste d'épicerie pour éviter les tentations pour des aliments moins santé | 4.49 | 1.963 | 0.543 | 0.573 | |
| 47. Je fais un inventaire général de mon réfrigérateur avant d'aller à l'épicerie | 5.29 | 1.716 | 0.406 | 0.609 | |
| 48. Je structure mes achats alimentaires en fonction de mon menu de la semaine | 4.56 | 1.875 | 0.464 | 0.650 | |
| 49. J'utilise mes restes de repas pour mes lunchs au travail | 5.39 | 1.852 | 0.388 | 0.607 | |
| 50. J'apprête (transforme) moi-même les repas et les collations (p. ex. barres tendres, muffins) | 4.02 | 2.068 | 0.639 | 0.571 | |
| 51. Je compose mes repas en fonction des aliments disponibles de saison | 4.89 | 1.714 | 0.603 | 0.587 | |
| 52. Je congèle mes restes de table et/ou mes surplus d'aliments que j'ai préparés (p. ex. sauce à spaghetti, chili, potages) | 5.19 | 1.910 | 0.401 | 0.586 | |
| 53. Je décongèle le matin un aliment à consommer pour le repas du soir (ex. viande, poisson) | 5.16 | 1.726 | 0.358 | 0.546 | |
| 54. Je double mes recettes pour avoir des repas prêts à manger pour d'autres occasions | 4.97 | 1.863 | 0.358 | 0.592 | |
| 55. Je planifie mon menu de la semaine de manière globale ou en détail le weekend | 4.03 | 2.032 | 0.528 | 0.602 | |

| | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|--|
| 56. Je prépare plusieurs repas à partir d'un aliment vedette de la semaine (p. ex. poulet - sandwich, salade, poulet rôti) | 4.30 | 1.960 | 0.545 | 0.606 | |
|--|------|-------|-------|-------|--|

ANNEXE 6 : Enquête

Bonjour,

Nous menons un projet de recherche visant à identifier les saines pratiques alimentaires en fonction des différentes générations d'individus et des situations de consommation.

Dans le cadre de cette étude, nous cherchons des participants dont :

- La langue maternelle est le français;
- Leur lieu de résidence est la province de Québec;
- Les achats alimentaires sont leur responsabilité.

Si vous correspondez aux trois critères énoncés précédemment, vous êtes invités à compléter le présent questionnaire en ligne, d'une durée approximative de 15 minutes. Le questionnaire satisfait aux normes éthiques en recherche auprès des êtres humains de l'Université Laval (N° d'approbation 2013-259).

Les renseignements recueillis sont anonymes et resteront confidentiels; ils ne seront utilisés que pour l'avancement des connaissances et la diffusion des résultats globaux dans des forums savants ou professionnels.

Si vous désirez de plus amples informations, veuillez communiquer avec madame Stéphanie Lessard, doctorante à l'Université Laval : stephanie.lessard.8@ulaval.ca.

Merci de votre précieuse collaboration!

BLOC 1

QAA

Votre langue maternelle :

- Français
- Autres langues

→ **Condition : Français n'est pas sélectionné. Passez à : Fin de l'enquête.**

_____ **Saut de page** _____

QBB

Votre lieu de résidence :

- Province de Québec
- Autres provinces

→ **Condition : Province de Québec n'est pas sélectionné. Passez à : Fin de l'enquête.**

_____ **Saut de page** _____

QCC

Êtes-vous responsable des achats alimentaires au sein de votre foyer?

- Oui
- Non

→ **Condition : Non n'est pas sélectionné. Passez à : Fin de l'enquête.**

_____ **Saut de page** _____

QDD

Votre sexe :

Oui

Non

_____ **Saut de page** _____

QEE

Votre année de naissance (indiquez l'année au complet. Ex. 1985) :

_____ **Saut de page** _____

N.B. Les items de chacune des mesures présentés subséquemment sont placés de manière aléatoire dans l'enquête en ligne, à l'exception de ceux de la mesure de la qualité alimentaire, où l'arbre de décision a été respecté (bloc 4; Q4A à Q4T).

BLOC 2 (Stratégies alimentaires santé)

QFF – Réponses multiples pour les situations de consommation seulement

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en DÉSAccORD et 7 totalement en ACCORD, veuillez encercler votre degré d'accord avec les affirmations suivantes, et veuillez cocher TOUTES les situations de consommation se rapportant à chaque énoncé:

| | Tout à fait en DÉSAccORD | | | | Tout à fait en ACCORD | | Semaine | Weekend | à la maison | Hors foyer | |
|---|-----------------------------|---|---|---|--------------------------|---|---------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
| 1. Je choisis des poissons sauvages au lieu des poissons d'élevage (de culture) | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Je choisis des produits laitiers biologiques au lieu des produits laitiers conventionnels | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Je choisis des viandes nourries à l'herbe au lieu des viandes nourries aux grains | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Je remplace la crème glacée par la nice cream (dessert glacé à base de bananes) | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Je remplace la crème sure par le yogourt grec dans mes salades de patates, fajitas, pommes de terre au four et/ou salades chou | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Je remplace la mayonnaise par le yogourt grec dans mes trempettes et/ou vinaigrettes crémeuses | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Je remplace la viande conventionnelle par la viande biologique | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Je remplace le beurre et/ou la margarine par le yogourt grec dans mes recettes de desserts | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Saut de page

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en **DÉSACCORD** et 7 totalement en **ACCORD**, veuillez encercler votre degré d'accord avec les affirmations suivantes, et veuillez cocher TOUTES les situations de consommation se rapportant à chaque énoncé :

| | Tout à fait en DÉSACCORD | | | | | | | Tout à fait en ACCORD | | | | | | | Semaine | Weekend | à la maison | Hors foyer |
|--|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 9. Je remplace le lait et le fromage de vache par la boisson de protéines végétales (p. ex. soya, riz, amandes, cachou, coco) et/ou un fauxmage à base de noix | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Je remplace le pain de blé entier et les pâtes alimentaires de blé entier par le pain et les pâtes alimentaires sans gluten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Je remplace les biscuits, les barres tendres et/ou les muffins par des barres protéinés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Je remplace les pâtes alimentaires blanches par les pâtes végétales (p. ex. lentilles, pois chiches, haricots, kamut, riz, épeautre, quinoa, insectes) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Je remplace l'huile de canola par le lait de coco dans mes recettes de desserts | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Je commande des paniers biologiques et/ou locaux et je planifie mes repas en fonction des aliments qui s'y trouvent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Je vais majoritairement dans des épiceries santé pour planifier des repas santé (p. ex. Tau, Avril, Rachel Béry) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Saut de page

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en **DÉSACCORD** et 7 totalement en **ACCORD**, veuillez encercler votre degré d'accord avec les affirmations suivantes, et veuillez cocher TOUTES les situations de consommation se rapportant à chaque énoncé:

| | Tout à fait en DÉSACCORD | | | | Tout à fait en ACCORD | | Semaine | Weekend | à la maison | Hors foyer | |
|---|------------------------------------|---|---|---|---------------------------------|---|---------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 16. J'adhère à un régime alimentaire (p. ex. végétarisme, flexitarisme) qui diminue ou élimine ma consommation de protéines animales (viandes et produits laitiers) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Je choisis des aliments biologiques pour les aliments que je consomme le plus souvent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Je débute un repas par une salade ou des crudités | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Je mange cinq (5) ou six (6) petits repas par jour | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Je mange une à deux collation (s) santé par jour | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Je prends un smoothie par jour | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. J'achète des paniers biologiques ou locaux pour varier mon alimentation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. J'ajoute de la protéine végétale à mes smoothies (p. ex. levure nutritionnelle, protéine de riz brun) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Saut de page

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en **DÉSACCORD** et 7 totalement en **ACCORD**, veuillez encercler votre degré d'accord avec les affirmations suivantes, et veuillez cocher TOUTES les situations de consommation se rapportant à chaque énoncé:

| | Tout à fait en DÉSACCORD | | | | | | | Tout à fait en ACCORD | | | | | | | Semaine | Weekend | à la maison | Hors foyer | | | |
|---|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|---------|---------|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 24. J'ajoute du miel, du citron, de la lime, des bâtonnets de cannelle, de la spiruline, de la chlorophylle et/ou de l'aloès à mon eau plate <i>Spécifier lesquels :</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Je limite la consommation de repas hors foyer (restaurant en tout genre, cantine, food truck) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Je limite les desserts (p. ex. gâteau, barres tendres, biscuits, pudding) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Je limite ma consommation de charcuterie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Je limite la consommation de repas hors foyer (restaurant en tout genre, cantine, food truck) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Je limite les desserts (p. ex. gâteau, barres tendres, biscuits, pudding) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Je limite ma consommation de charcuterie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Je limite ma consommation de jus de fruits industriels | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Je limite ma consommation de produits contenant de l'huile de palme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Saut de page

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en **DÉSACCORD** et 7 totalement en **ACCORD**, veuillez encercler votre degré d'accord avec les affirmations suivantes, et veuillez cocher TOUTES les situations de consommation se rapportant à chaque énoncé :

| | Tout à fait en DÉSACCORD | | | | | | | Tout à fait en ACCORD | | | | | | | Semaine | Weekend | à la maison | Hors foyer |
|---|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 30. Je limite ma consommation de produits que je considère malsains à des occasions spéciales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Je limite ma consommation de viande et de viande rouge <i>Spécifiez lesquelles :</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Je réduis la quantité de sucre dans les recettes de desserts | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. J'élimine l'ajout de sel dans les recettes, même si indiqué | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. J'élimine les boissons énergisantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. J'élimine les boissons gazeuses (exclut l'eau gazéifiée) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. J'élimine les charcuteries qui contiennent des nitrites et des nitrates | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. J'élimine les produits congelés déjà préparés et prêts-à-manger | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. J'élimine les produits dont la liste d'ingrédients est trop longue | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. J'élimine les produits hydrogénés (p. ex. margarine) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Saut de page

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en **DÉSACCORD** et 7 totalement en **ACCORD**, veuillez encercler votre degré d'accord avec les affirmations suivantes, et veuillez cocher TOUTES les situations de consommation se rapportant à chaque énoncé:

| | Tout à fait en DÉSACCORD | | | | | | | Tout à fait en ACCORD | | | | | | | Semaine | Weekend | à la maison | Hors foyer |
|--|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 40. J'élimine les produits industriels contenant du sucralose, du galactose, du glucose et des édulcorants artificiels | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. J'élimine la tartinade industrielle au chocolat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. J'élimine les produits contenant du glutamate monosodique (MSG) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. J'élimine les produits que je qualifie de mauvais pour la santé afin d'éviter les tentations | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. J'évite de grignoter entre les repas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Saut de page

BLOC 3 (Recherche d'informations sur la saine alimentation)

QJJ

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en **DÉSACCORD** et 7 totalement en **ACCORD**, veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes:

| | Tout à fait en DÉSACCORD | | | | Tout à fait en ACCORD | | |
|---|------------------------------------|---|---|---|---------------------------------|---|---|
| 1. Je compare les étiquettes pour choisir le produit le plus nutritif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Je consulte des documentaires pour m'informer sur la saine alimentation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Je lis des articles sur la nutrition dans les magazines, les livres et (ou) les journaux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Je lis des chroniques sur la nutrition dans des livres et (ou) sites web de recettes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. J'écoute des vidéos sur You Tube véhiculés par des gens qui partagent leurs expériences personnelles sur la saine alimentation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. J'écoute les conseils de spécialistes de la santé (nutritionniste, médecin, naturopathe) dans des chroniques à la télévision, à la radio et (ou) dans les journaux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Il est important pour moi de rester à l'affût des informations concernant l'alimentation et la santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Je lis plus d'articles sur la santé qu'il y a 3 ans | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Je m'informe sur la nutrition et la santé via les séries, films et documentaires proposés sur Netflix (ajout à la mesure) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Saut de page

QH1A (Recherche d'informations sur la saine alimentation)

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en DÉSACCORD et 7 totalement en ACCORD, veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes:

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. Je m'informe sur la nutrition et la santé via les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Pinterest) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|

→ Condition : 1, 2, 3 est sélectionné. Passez à : QH2A.

→ Condition : 4, 5, 6, 7 et 8 est sélectionné. Passez à : QH1B.

QH1B (Recherche d'informations sur la saine alimentation)

Cochez lequel ou lesquels (possibilité de choix multiples) :

- Facebook
- Instagram
- Pinterest
- Autres : _____

_____ Saut de page _____

QH2A (Recherche d'informations sur la saine alimentation)

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en DÉSACCORD et 7 totalement en ACCORD, veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. Je suis des influenceurs web (blogueur, chef cuisinier, personnalité connue, coach, nutritionniste, naturopathe, ostéopathe) concernant la saine alimentation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

→ Condition : 1, 2, 3 est sélectionné. Passez à : QH3A.

→ Condition : 4, 5, 6, 7 et 8 est sélectionné. Passez à : QH2B.

QH2B (Recherche d'informations sur la saine alimentation)

Cochez lequel ou lesquels (possibilité de choix multiples) et précisez si possible :

- Blogueur _____
- Chef cuisinier _____
- Personnalité connue _____
- Coach _____
- Nutritionniste _____
- Naturopathe _____
- Ostéopathe _____
- Autres _____

Saut de page

QH3A (Recherche d'informations sur la saine alimentation)

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en DÉSACCORD et 7 totalement en ACCORD, veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12. Je suis les tendances alimentaires santé sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram et Pinterest) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

→ Condition : 1, 2, 3 est sélectionné. Passez à : Q4A (bloc 4).

→ Condition : 4, 5, 6, 7 et 8 est sélectionné. Passez à : QH3B.

QH3B (Recherche d'informations sur la saine alimentation)

Cochez lequel ou lesquels (possibilité de choix multiples) :

Facebook

Instagram

Pinterest

Autres : _____

_____ **Saut de page** _____

BLOC 4

Pour les questions suivantes, veuillez répondre par oui ou non.

Q4A

Consommez-vous des charcuteries (p. ex. saucisses, viandes froides, terrines) plus de 2 fois par semaine?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q4B.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q4I.**

_____ **Saut de page** _____

Q4B

Consommez-vous plus d'une pomme par jour?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q4G.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q4C.**

_____ **Saut de page** _____

Q4C

Consommez-vous de la salade 5 fois ou plus par semaine?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q4F.**

→ Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q4D.

_____ Saut de page _____

Q4D

Consommez-vous des noix 2 fois ou plus par semaine?

Oui

Non

→ Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q4E.

→ Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q5.

_____ Saut de page _____

Q4E

Consommez-vous du café ou du thé plus de 2 fois par jour?

Oui

Non

→ Condition : Oui ou non sont sélectionnés. Passez à : Q5.

_____ Saut de page _____

Q4F

Consommez-vous de l'humus trois fois ou plus par mois?

Oui

Non

→ Condition : Oui ou non sont sélectionnés. Passez à : Q5.

_____ Saut de page _____

Q4G

Consommez-vous du beurre d'arachides au moins une fois par mois?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q4H.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q5.**

_____ **Saut de page** _____

Q4H

Consommez-vous du jus de fruits presque tous les jours?

Oui

Non

→ **Condition : Oui ou non sont sélectionnés. Passez à : Q5.**

_____ **Saut de page** _____

Q4I

Consommez-vous des boissons gazeuses plus d'une fois par mois (1 canette = 1 portion) ?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q4M.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q4J.**

_____ **Saut de page** _____

Q4J

Consommez-vous un verre de lait 2% à tous les jours ? (Si vous consommez du lait écrémé, 1% ou 3.25%, veuillez cocher non).

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q5.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q4K.**

_____ **Saut de page** _____

Q4K

Consommez-vous plus d'une pomme par semaine?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q5.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q4L.**

_____ **Saut de page** _____

Q4L

Consommez-vous des oignons plus d'une fois par semaine?

Oui

Non

→ **Condition : Oui ou non sont sélectionnés. Passez à : Q5.**

_____ **Saut de page** _____

Q4M

Consommez-vous des noix 3 fois ou plus par mois?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q4N.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q4T.**

_____ **Saut de page** _____

Q4N

Consommez-vous du jus de fruit 5 jours ou plus par semaine?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q4Q.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q4O.**

_____ **Saut de page** _____

Q4O

Consommez-vous des frites plus d'une fois par semaine?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q4P.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q5.**

_____ **Saut de page** _____

Q4P

Consommez-vous du poisson 3 fois ou plus par semaine?

Oui

Non

→ **Condition : Oui ou non sont sélectionnés. Passez à : Q5.**

_____ **Saut de page** _____

Q4Q

Consommez-vous de l'humus 2 fois ou plus par mois?

Oui

Non

→ **Condition : Oui ou non sont sélectionnés. Passez à : Q5.**

_____ **Saut de page** _____

Q4R

Consommez-vous du brocoli plus d'une fois par semaine?

Oui

Non

→ **Condition : Oui ou non sont sélectionnés. Passez à : Q5.**

_____ **Saut de page** _____

Q4S

Consommez-vous des pâtes à tous les 2 jours ou plus souvent?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q5.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q4R.**

_____ **Saut de page** _____

Q4T

Consommez-vous du pain à grains entiers presque tous les jours?

Oui

Non

→ **Condition : Oui est sélectionné. Passez à : Q4S.**

→ **Condition : Non est sélectionné. Passez à : Q5.**

_____ **Saut de page** _____

BLOC 5

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en **DÉSACCORD** et 7 totalement en **ACCORD**, veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes:

| | Tout à fait en DÉSACCORD | | | | Tout à fait en ACCORD | | |
|--|------------------------------------|---|---|---|---------------------------------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. Je pense que les aliments biologiques peuvent améliorer ma propre santé et celle de ma famille | | | | | | | |
| 2. Je préfère acheter des aliments biologiques même s'ils sont plus chers parce qu'ils sont meilleurs pour la santé | | | | | | | |
| 3. Je crois que manger des aliments biologiques peut réduire le risque de maladie dans ma famille | | | | | | | |
| 4. A mon avis, la viande biologique est meilleure pour la santé que la viande non biologique | | | | | | | |
| 5. Consommer des aliments biologiques me donnent bonne conscience | | | | | | | |
| 6. Les aliments biologiques sont meilleurs pour la santé parce qu'ils contiennent peu ou pas de produits chimiques de synthèse (pesticides, hormones et antibiotiques) | | | | | | | |
| 7. J'essaie de privilégier les aliments biologiques pour mes enfants | | | | | | | |
| 8. Je veux éviter les risques sur ma santé qui peuvent être associés au fait de manger des aliments non biologiques | | | | | | | |
| 9. Les aliments biologiques sont meilleurs pour la santé parce qu'ils ne contiennent pas d'OGM | | | | | | | |
| 10. Il est important pour moi de manger des aliments variés | | | | | | | |
| 11. Il est important pour moi d'avoir une alimentation équilibrée | | | | | | | |
| 12. Il est important pour moi de manger quotidiennement des fruits et légumes | | | | | | | |
| 13. Je crois que les aliments enrichis de vitamine D sont meilleurs pour la santé que les mêmes aliments qui n'en contiennent pas | | | | | | | |

Saut de page

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en **DÉSACCORD** et 7 totalement en **ACCORD**, veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes:

| | Tout à fait en DÉSACCORD | | | | Tout à fait en ACCORD | | |
|---|------------------------------------|---|---|---|---------------------------------|---|---|
| 14. Un aliment enrichi est nécessairement plus santé qu'un aliment qui ne l'est pas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Je crois que les aliments enrichis de calcium sont meilleurs pour la santé que les mêmes aliments qui n'en contiennent pas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. A mon avis, les aliments contenant des oméga-3 sont meilleurs pour la santé que les mêmes aliments qui n'en contiennent pas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Les yogourts enrichis de probiotiques sont meilleurs pour la santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Je crois que manger régulièrement des aliments enrichis peuvent aider à prévenir des maladies | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Je crois que les aliments frais contiennent plus de nutriments et de vitamines | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. A mon avis, les aliments frais sont meilleurs pour la santé que ceux en conserves | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Les aliments frais sont plus nutritifs que les aliments congelés ou surgelés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. En saison, les fruits et légumes ont une meilleure valeur nutritionnelle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Les fruits et légumes locaux sont meilleurs pour ma santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Quand je vais au restaurant, je remplace les féculents (pâtes, patates, riz) par des légumes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. J'ai une préoccupation santé quand je cherche un restaurant familial | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. Lorsque je vais au restaurant, j'essaie de choisir des aliments santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. Quand je vais au restaurant, j'évite les plats en sauce, gratinés ou frits | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. Quand je vais au restaurant, j'essaie de choisir les repas équilibrés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. Je me sens coupable quand je mange des produits camelotes (junk food) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. Je ne suis pas fier de moi après avoir mangé des produits camelotes (junk food) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Saut de page

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en **DÉSACCORD** et 7 totalement en **ACCORD**, veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes:

| | Tout à fait en DÉSACCORD | | | | Tout à fait en ACCORD | | |
|---|------------------------------------|---|---|---|---------------------------------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 31. Je me sens coupable quand je ne mange pas sainement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32. Je me sens coupable quand je mange en trop grande quantité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 33. Je crois que les aliments génétiquement modifiés peuvent être néfastes pour ma santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 34. Je pense que les aliments génétiquement modifiés peuvent augmenter le risque de développer des maladies | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 35. Je suis préoccupé par les conséquences à long terme sur la santé de l'usage des organismes génétiquement modifiés (OGM) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 36. J'évite de consommer des aliments qui contiennent des organismes génétiquement modifiés (OGM) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 37. Je suis préoccupé par l'utilisation des antibiotiques dans la production du lait | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 38. Je suis préoccupé par l'utilisation des antibiotiques dans la production de la viande | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 39. Je suis préoccupé par l'utilisation des pesticides dans la production des fruits et légumes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 40. J'ai peur qu'il y ait des substances chimiques dans ma nourriture | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 41. Je privilégie des repas légers | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 42. Je pense qu'il est préférable de manger de petites portions | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 43. J'essaie d'éviter d'avoir des repas lourds au souper | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 44. Manger sainement m'apporte une satisfaction personnelle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 45. Après avoir mangé sainement, je ressens un bien-être | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 46. Quand je choisis de manger sainement, je suis fier de moi-même | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 47. Quand je choisis de manger sainement, je suis satisfait de moi-même | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Saut de page

Sur une échelle de 1 à 7, où 1 signifie totalement en **DÉSACCORD** et 7 totalement en **ACCORD**, veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes:

| | Tout à fait en DÉSACCORD | | | | Tout à fait en ACCORD | | |
|--|------------------------------------|---|---|---|---------------------------------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 48. Quand je mange sainement, j'ai le sentiment de prendre soin de moi | | | | | | | |
| 49. J'aime me faire du bien en mangeant sainement | | | | | | | |
| 50. Il est important que ce que je mange fasse en sorte que je me sente bien | | | | | | | |
| 51. J'ai du plaisir à manger des collations santé | | | | | | | |
| 52. J'ai du plaisir à manger des repas santé | | | | | | | |

Saut de page

BLOC 6

Cochez la case vous représentant pour chacune des questions suivantes :

Q9

Votre dernier niveau d'études complété :

- Primaire
- Secondaire (incluant les DEP)
- Collégial
- Universitaire – baccalauréat
- Universitaire – maîtrise
- Universitaire – doctorat

_____ **Saut de page** _____

Q10 - Réponses multiples

Votre situation relative à l'emploi (Vous pouvez cochez plus d'une réponse) :

- À la maison à temps plein
- Étudiant(e) à temps plein
- Étudiant(e) à temps partiel
- Travailleur(euse) à temps plein
- Travailleur(euse) à temps partiel
- À la recherche d'un emploi

_____ **Saut de page** _____

Q11

Votre état civil :

- Marié(e) ou conjoint(e) de fait
- Célibataire
- Veuf (ve), divorcé(e) ou séparé(e)

_____ **Saut de page** _____

Q12

Votre revenu annuel brut au sein du ménage :

- Moins de 19 999\$
- Entre 20 000\$ et 39 999\$
- Entre 40 000\$ et 59 999\$
- Entre 60 000\$ et 79 999\$
- Entre 80 000\$ et 99 999\$
- 100 000\$ et plus

_____ **Saut de page** _____

Q13

Nombre d'adulte(s) dans votre ménage :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 et plus

_____ **Saut de page** _____

Q14

Nombre d'enfants de moins de 18 ans dans votre ménage :

- 1
- 2
- 3
- 4 et plus
- Sans enfants

→ **Condition : 1, 2, 3 ou 4 et plus sont sélectionnés. Passez à : Q15.**

→ **Condition : sans enfants est sélectionné. Passez à : Q16.**

Saut de page

Q15

L'âge des enfants de moins de 18 ans dans votre ménage :

- 0-7 an(s)
- 8-13 ans
- 14-18 ans

Saut de page

Q16

Votre taille :

- Centimètres
- Pieds, pouces

Q17

Votre poids :

Livres

Kilogrammes

_____ **Saut de page** _____

Q18

Avez-vous un ou des problèmes de santé (y compris intolérance et allergie) affectant vos choix alimentaires? Si oui, précisez lequel(s) dans la zone de texte.

Oui _____

Non

_____ **Saut de page** _____

Q19

Avez-vous un régime alimentaire particulier (p. ex. végétarisme, cétogène, sans lactose, sans gluten, etc.)? Si oui, précisez lequel dans la zone de texte.

Oui _____

Non

_____ **Saut de page** _____

Q20

Croyez-vous avoir de bonnes habiletés culinaires? P. ex. être en mesure de préparer un repas à partir d'ingrédients disponibles dans un réfrigérateur.

Oui

Non

_____ **Saut de page** _____

Q21 – Réponses multiples

De manière générale, dans une semaine typique de sept jours, diriez-vous que vous cuisinez les repas suivants (cochez TOUS les repas se rapportant à chaque énoncé) :

| | Déjeuner | Diner | Souper | Collation(s) |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Toujours | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Souvent | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Parfois | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rarement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jamais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

_____ Saut de page _____

Q22

De manière générale, dans une semaine typique de sept jours, quelles situations de consommation se rapportent le plus aux repas suivants (cochez TOUS les repas se rapportant aux situations de consommation):

| | Déjeuner | Diner | Souper | Collation(s) |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Restauration | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Maison | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

_____ Fin de l'enquête _____