

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (3407)

PAR
SYLVIE NGOPYA DJIKI

ANALYSE DES IMPACTS PERÇUS PAR LES PARTICIPANTS SUITE À DES SESSIONS DE
SENSIBILISATION SUR LES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES AUX SAINES HABITUDES DE VIE

JUILLET 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MAÎTRISE EN SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Ce mémoire a été dirigé par :

Marie-Claude Rivard, Ph.D. directeur de recherche, grade	UQTR Rattachement institutionnel
---	-------------------------------------

François Trudeau, Ph.D. codirecteur de recherche, grade	UQTR Rattachement institutionnel
--	-------------------------------------

Jury d'évaluation du mémoire :

Marie-Claude Rivard, Ph.D. Prénom et nom, grade	UQTR Rattachement institutionnel
--	-------------------------------------

Sacha Stoloff, Ph.D. Prénom et nom, grade	UQTR Rattachement institutionnel
--	-------------------------------------

Richard Larouche, Ph.D. Prénom et nom, grade	Université d'Ottawa Rattachement institutionnel
---	--

RÉSUMÉ

Contexte : La problématique des saines habitudes de vie est souvent associée à l'obésité, et les environnements sont cruciaux pour l'adoption de saines habitudes de vie. Selon une perspective populationnelle de sensibilisation, les environnements favorables aux saines habitudes de vie (EFSHV) sont une nouvelle avenue pour pallier au problème d'obésité au Québec. Des sessions de sensibilisation ont été offertes à des intervenants québécois de divers paliers pour les outiller à rendre les environnements physique, socioculturel, économique et politique plus favorables aux deux habitudes de vie ciblées, soit l'activité physique et l'alimentation. Le but de la présente étude est d'analyser les impacts perçus par les participants suite aux sessions de sensibilisation, sous l'angle des connaissances et des changements de pratiques et d'actions des participants. Objectifs : 1) Décrire l'impact des sessions chez les participants ayant reçu une session, en regard à l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances, habiletés et attitudes de même qu'aux changements de pratiques et d'actions; 2) Examiner l'influence exercée par la session sur la mise en place d'actions par les participants réalisés à la suite des sessions et intégrés dans le cadre du travail, c'est-à-dire du transfert des acquis en faveur des EFSHV. Méthodologie : La présente recherche est basée sur des entretiens téléphoniques individuels, du type semi-dirigé d'environ 20 minutes chacun. Le contenu qualitatif a été analysé à l'aide du logiciel QSR NVivo 8. Afin d'établir s'il existait une concordance entre les différentes catégorisations présentées selon les deux objectifs de l'étude, un indice de corrélation (C) a été calculé. Au total, 52 participants (11 hommes et 41 femmes) ont été recrutés parmi les acteurs ayant assisté aux sessions et accepté de participer aux entretiens individuels. Résultats : Suite à une analyse des entretiens individuels un indice de corrélation trouvé significatif ($C=0,444$, $P_{uni}=0,02$ et $Z= 1,773$) a été mesuré entre les participants déclarant avoir acquis des compétences et amélioré leur compréhension de la contribution des quatre environnements aux saines habitudes de vie (SHV) ($n=26$) et ceux déclarant avoir pris plus d'initiatives quant à la mise en place d'infrastructures conduisant aux SHV suite aux sessions ($n=32$). La corrélation n'est pas

significative entre l'amélioration des compétences et l'acquisition de connaissances et habiletés affinées ($C= 0,385$, $P_{uni}= 0,92$, $Z= 1,042$). En effet, le tiers des participants ($n= 18$) déclare ne pas avoir acquis une meilleure compréhension ou de nouvelles compétences ou aptitudes, en particulier ceux œuvrant déjà en promotion de la santé. La corrélation n'est pas significative entre l'affinement des connaissances et des habiletés et le transfert des acquis en faveur des EFSHV suite à la session ($C=0,412$, $P_{uni}= 0,17$, $Z= 0,414$). Effectivement, alors que plus de la moitié des participants ($n=32$) affirment avoir acquis de nouvelles connaissances et affiné leurs habiletés, un tiers des participants ($n=17$) déclarent ne pas avoir pris d'initiatives entraînant la mise en place des actions en faveur des environnements afin de les rendre plus favorables aux SHV. Conclusion : La plupart des participants admettent des changements de pratiques dus aux habiletés et connaissances acquises à la suite des sessions. Les sessions les ont conscientisés et outillés sur la manière dont les quatre environnements peuvent interagir afin d'améliorer les SHV, et surtout comment chaque environnement peut contribuer à la saine alimentation et à la pratique de l'activité physique.

REMERCIEMENTS

Je remercie mon Seigneur Jésus-Christ de m'avoir donné l'opportunité de faire cette maîtrise.

Je tiens également à remercier Marie-Claude Rivard, pour sa gentillesse et sa disponibilité.

Sans sa sollicitude je n'aurais pu effectuer cette maîtrise. Merci de m'avoir encouragée à persévérer jusqu'à la fin. Merci à François Trudeau pour ses conseils pertinents, sa bonne humeur et sa disponibilité lorsque j'avais besoin d'aide. C'était un plaisir et une expérience enrichissante de travailler avec vous deux.

Je veux aussi remercier tout particulièrement Québec en Forme pour son soutien financier sans lequel cette étude n'aurait pu être réalisée.

Je remercie Mr Tegwen Gadais pour son assistance lors de l'élaboration de la problématique de ce mémoire.

Merci à Mr Laurencelle pour sa précieuse aide lors de la compilation des données statistiques de ce mémoire. Merci aux étudiants suivants : Virginie Roy et Sébastien Blanchette pour vos conseils et votre soutien, Maude Boulanger pour ton aide lors de la collecte et de l'analyse des données.

Mes derniers remerciements vont à mon époux Honoré Yao Doh qui par son exemple m'encourage constamment à dépasser mes limites.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	2
REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIÈRES	5
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES FIGURES.....	9
LISTE DES ABBRÉVIATIONS	10
I. INTRODUCTION	11
II. PROBLÉMATIQUE.....	14
L'obésité dans le monde	14
Les répercussions sur la santé.....	14
L'obésité au Canada et au Québec.....	15
Les coûts engendrés et les enjeux économiques	16
Les cibles : activité physique et alimentation	17
III. INTERVENTIONS GOUVERNEMENTALES.....	19
Environnements favorables aux saines habitudes de vie	19
Les quatre types d'environnements favorables	20
L'environnement physique.....	21
L'environnement économique	21
L'environnement politique.....	21
L'environnement socioculturel.	21
La promotion des saines habitudes de vie ailleurs dans le monde et au Canada.....	22
États-Unis.	22
Europe	23
Canada	23
Québec.	24
Plans d'action	25
Le plan d'action gouvernemental (PAG) investir pour l'avenir.	25
Autres politiques entourant les saines habitudes de vie.	26
Les programmes provinciaux et régionaux	27
Les plans d'actions scolaires.....	29
L'importance d'agir sur les environnements.....	30

IV. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	32
L'évaluation d'une session de sensibilisation.....	33
V. CADRE CONCEPTUEL ET CADRE MÉTHODOLOGIQUE D'ANALYSE.....	35
Cadre conceptuel : Modèle structurel des comportements en matière de santé.....	35
Description des facteurs individuels.	35
Facteurs environnementaux, disponibilité des produits et services.....	35
Structures physiques.	36
Structures sociales et politiques.....	36
Culture et messages médiatiques.	36
Cadre méthodologique d'analyse	37
VI. OBJECTIFS	38
Objectifs de l'étude	38
VII. INSERTION DE L'ARTICLE :	39
CHANGEMENT DE PRATIQUES ET D'ACTIONS SUITE AUX SESSIONS DE SENSIBILISATION SUR LES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES AUX SAINES HABITUDES DE VIE	39
Résumé.....	40
Abstract	41
Introduction.....	42
Le rôle des environnements favorables	42
Cadre Méthodologique d'analyse	44
Méthodologie.....	45
Stratégies de recrutement	45
Description du milieu des participants.....	46
Instrument de collecte des données.....	46
Collecte et analyse des données	48
Résultats.....	49
Acquisitions	50
Transfert et Impacts	51
Coefficients de corrélation.	53
Recommandations des participants.....	55
Discussion	57
Acquisitions	57
Transfert et Impacts	57
Limites de l'étude	59

Recherche future.....	59
Conclusion	59
Remerciements	60
Références.....	61
VIII. DISCUSSION GÉNÉRALE	64
Recommandations pratiques suite aux sessions.....	65
Recommandations visant à l'amélioration des impacts des sessions.....	66
Limites de l'étude.....	67
IX. CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS	68
Implications pour le milieu.....	68
Implications pour la recherche future.....	69
RÉFÉRENCES	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Page
Tableau 1. Renseignements sur les participants.....	47
Tableau 2 : Définitions des termes selon le modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006).....	49
Tableau 3 : Corrélations entre les catégorisations	55

LISTE DES FIGURES

Figures	Page
Figure 1. Modèle structurel des comportements en matière de santé (Cohen et al., 2000).....	37
Figure 2. Modèle d'évaluation des formations (Kirkpatrick et Kirkpatrick, 2006).....	37

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

AMA	American Medical Association
AP	Activité Physique
CS	Commission Scolaire
CQF-SHV	Comité Québécois de Formation sur les Environnements Favorables aux Saines Habitudes de Vie
EFSHV	Environnements Favorables aux Saines Habitudes de Vie
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSPQ	Institut National de Santé Publique du Canada
MAMR	Ministère des Affaires Municipales et des Régions
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports
MESS	Ministère du travail, de l'Emploi et de la Solidarité Sociale
MFACF	Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine
MJ	Ministère de la Justice
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports du Québec
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAG	Plan d'Action Gouvernementale
QeF	Québec en Forme
CPE	Centre de la Petite Enfance
INSPQ	Institut Nationale de la Santé Publique du Québec

I. INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a alerté les gouvernements du développement de la première épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité : l'obésité (Froguel, Guy-Grand, et Clement, 2000). L'obésité est définie par un excès de graisse corporelle encore plus marqué. Elle se définit médicalement comme une inflation de la masse adipeuse, à ne pas confondre avec l'excès de poids (Ndiaye, 2007). L'obésité est maintenant considérée comme une maladie chronique et évolutive (Frellick, 2013). Pendant la phase de la prise de poids, il se produit un déséquilibre de l'équilibre énergétique. Ce déséquilibre est avant tout lié à des facteurs comportementaux et environnementaux ayant des conséquences sur le bien-être physique, psychologique et social. Ensuite, une pathologie se développe progressivement selon de profonds remaniements anatomiques, biologiques et fonctionnels concernant l'ensemble des cellules du tissu adipeux (Basdevant, 2008). En juin 2013, l'American Medical Association (AMA) a classé l'obésité comme une maladie nécessitant un éventail d'interventions afin d'améliorer le traitement. L'AMA affirme que le traitement de cette maladie peut inclure des changements de comportements, de la médication et de la chirurgie (Frellick, 2013).

L'obésité résulte d'un excès d'apport calorique par rapport à la dépense énergétique. L'excès étant la résultante d'une augmentation de la prise alimentaire au moment des repas ou en dehors des repas. Bien que ces prises alimentaires varient d'un individu à l'autre, elles résultent de plusieurs déterminants tels que les stimuli sensoriels, les troubles du comportement alimentaire, trouble de l'humeur, variations hormonales, etc. (Basdevant, 2006). L'environnement alimentaire influence les comportements alimentaires. En conséquence, les aliments ingérés de nos jours sont de plus en plus riches en sucres, en graisses et faibles en fibres (Tilman et Clark, 2014).

L'environnement alimentaire se réfère aux sources d'énergie et des nutriments et la manière dont ils sont consommés, et se réfère aussi au nombre, au type et à l'accessibilité des points de vente alimentaire disponibles à la population générale dans un espace donné (Glanz, Sallis, Saelens, et

Frank, 2005). Malheureusement, nous constatons de plus en plus que la population mondiale consomme des repas cuisinés hors de la maison (Galvez, Hong, Choi, Liao, Godbold et Brenner 2009). Ces repas sont consommés dans divers établissements tels que les restaurants, souvent de type «restauration rapide» ayant une valeur calorique et glucidique plus élevée. La densité de ce type d'établissements augmente près des résidences, des écoles, des bureaux et des universités rendant l'accès à ces restaurations rapides plus facile (Galvez et al., 2009). De nombreuses études ont établi un lien entre leur présence et l'augmentation de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), telles que les études faites par Gibson (2011) ou par Davis et Carpenter (2009).

Depuis de nombreuses années, le manque d'activité physique est connu comme un des éléments fondamentaux dans la prise de poids et le développement de l'obésité chez l'adulte (Milio, 1981). Sédentarité et obésité sont associées, l'installation progressive de l'obésité est proportionnelle à la diminution de l'activité physique. Une pratique régulière de l'activité physique est un des facteurs préventifs de la prise de poids. Non seulement elle aide au maintien de la perte de poids, mais elle augmente aussi la capacité des muscles à oxyder les lipides. Outre l'importance de l'activité physique dans le contrôle de la prise de poids, il a aussi été démontré qu'une consommation d'aliments sains (particulièrement les fruits et légumes) est efficace, notamment pour améliorer la santé (Bazzano, He, Ogden, Loria, Vupputuri, Myers, et Whelton, 2002). Selon une étude épidémiologique observationnelle, la consommation de nutriments tels que le potassium, l'acide folique et les antioxydants qui abondent dans les fruits et légumes sont associés à une baisse de 27% de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires lorsqu'ils sont consommés trois fois ou plus par jour (Bazzano et al., 2002).

D'après Froguel et al. (2000), l'obésité est une maladie multifactorielle. Elle serait liée à la présence de risques environnementaux importants et l'interaction de gènes de prédisposition. Ces gènes prédisposent de manière plus importante à l'obésité les individus placés dans les conditions adéquates. Ces conditions se retrouvent dans les sociétés développées qui elles favorisent la

surconsommation d'aliments riches en énergie tout en diminuant la dépense énergétique des individus (De Bandt, 2004). De plus, la vie moderne a permis d'importants avancements mais elle a également contribué à cette « épidémie » d'obésité. À cela s'ajoute l'industrialisation et la transformation alimentaire, l'augmentation importante des appareils électroniques et informatiques, et le train de vie effréné de la population de notre siècle. Ces changements ont occasionné des pressions considérables sur un mode de vie davantage sédentaire, favorisant ainsi l'évolution progressive de l'obésité au détriment de l'activité physique quotidienne et de la saine alimentation (Bouchard, 2000).

II. PROBLÉMATIQUE

L'obésité dans le monde

En 1997, l'OMS a déclaré l'obésité comme une maladie sérieuse et chronique pouvant nuire à la santé. En 2001, l'OMS prévoyait que d'ici 2015, quelque 2,3 milliards d'adultes auraient un surpoids et plus de 700 millions seraient obèses. En 2013, l'OMS montre que le nombre de cas d'obésité au niveau mondial a doublé depuis 1980. Le surpoids touche 1,4 milliard de personnes âgées de 20 ans et plus, soit un peu plus d'un sixième de la planète. De ce nombre, plus de 200 millions d'hommes et 300 millions de femmes sont obèses. Globalement, plus d'un adulte sur dix dans le monde était obèse en 2008 (OMS, 2013). Plus de la moitié de la population mondiale, soit 65%, habite dans des pays où le surpoids et l'obésité tuent plus de gens que l'insuffisance pondérale selon des estimations faites en 2011. Aux États-Unis, plus d'un tiers de la population est obèse (Centers of Disease Control and Prevention, 2013). En France, la prévalence de l'obésité était de 8,5% en 1997 et en 2013 elle a atteint 15% de la population de 18 ans et plus (Langin, Combris, et Saussède, 2013). En Australie, le pourcentage d'obésité s'élève à 25% (National Health and Medical Research Council, 2014). À la vue de ces statistiques, l'épidémie ou plutôt la pandémie d'obésité est un sujet prioritaire pour la plupart de nations.

Les répercussions sur la santé

À l'échelle mondiale, l'obésité est le cinquième facteur de risque de décès avec 2,8 millions de décès par an. On lui attribue la cause de 44% des cas de diabète, 23% des cardiopathies et de 7% à 41% de certains cancers (OMS, 2013).

Comme le montrent les statistiques, les personnes en surcharge pondérale sont à risque de développer de nombreuses complications médicales pouvant entraîner à long terme une morbidité et une mortalité prématurée. La mortalité liée à la surcharge pondérale augmente d'autant plus que l'obésité survient plus tôt dans la vie. L'obésité est significativement associée à l'hypertension

artérielle, le diabète, l'hyperlipidémie, l'insuffisance coronaire, cardiaque et respiratoire, la lithiase biliaire, la pathologie ostéo-articulaire et certains cancers (Basdevant, 2006).

De plus, selon une étude faite par Wang, Wild, Kipp, Kuhle et Veugelers (2009), l'obésité est un facteur de risque pour la faible estime de soi. D'après les résultats de l'Enquête longitudinale nationale canadienne faite chez les enfants et les jeunes, les enfants obèses sont deux fois plus à risque de manifester une faible estime de soi. Les résultats de l'enquête suggèrent que l'épidémie d'obésité infantile déclenchera une augmentation de la prévalence d'une mauvaise image de soi à l'âge adulte et que la faible estime de soi prédit une santé mentale fragile à l'âge adulte. En d'autres termes l'obésité, en plus d'augmenter la prévalence des maladies chroniques, l'obésité entraîne à une baisse de la santé mentale à long terme.

Pour leur part, Puder et Munsch (2010) montrent un double aspect des troubles psychologiques liés à l'obésité. D'une part, une détresse psychologique favorisera une prise de poids et d'autre part, l'obésité pourrait mener à des problèmes psychologiques tels que la dépression.

L'obésité au Canada et au Québec

Au Canada, la prévalence de l'obésité a presque doublé de 1978 à 2005, passant de 13,8% à 24,3%. En 2005, Statistiques Canada a publié qu'une personne sur quatre entre dans la catégorie des obèses et que 36% sont en excès de poids (Agence de la Santé Publique du Canada, 2011).

Au Québec en 2004, l'excès de poids touchait 57% de la population adulte, 22% souffrait d'obésité et 35% d'embonpoint. Cependant au Québec, on constate que la moyenne est légèrement inférieure à la moyenne nationale (22% vs 24,3%). La Colombie-Britannique (20,4%) est la seule province canadienne qui enregistrait des taux d'obésité plus bas que ceux du Québec (Agence de la Santé Publique du Canada, 2011). Dans la province de Québec, la région la moins touchée est celle de Montréal, alors que l'Abitibi-Témiscamingue, l'Outaouais et la Gaspésie sont les régions les plus affectées (Statistiques Canada, 2014).

Les coûts engendrés et les enjeux économiques

On observe que l'augmentation rapide de l'incidence de l'obésité, engendre de forts coûts à l'échelle mondiale, et peu de dépenses sont allouées aux programmes de prévention. Une compréhension de la charge économique associée à l'épidémie d'obésité est essentielle pour la prise de décision concernant le rapport coût/efficacité des interventions. Le maintien d'un poids santé serait important dans la prévention du fardeau de plusieurs pathologies liées à l'excès de poids ou à l'obésité (Guh, Zhang, Bansback, Amarsi, Birmingham, et Anis, 2009).

Le coût direct associé à l'excès de poids et à l'obésité témoigne de l'ampleur des enjeux économiques. Au Canada ces coûts étaient de 6\$ milliards en 2006, dont 66% était attribué à l'obésité seule (Anis, Zhang, Bansback, Guh, Amarsi, et Birmingham, 2010). L'évolution du fardeau économique de l'obésité entre 2000 et 2008 est passée de 3,9\$ milliards à 4,6\$ milliards (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Des milliards de dollars seraient économisés par le système de santé canadien s'il existait des politiques qui favorisaient une réduction du taux de surcharge pondérale ou de l'obésité. En France, le surcoût d'un individu obèse revient à 631 euros (par année, par individu) par rapport à un individu n'ayant pas de surcharge pondérale (Langin et al., 2013), et aux États-Unis les coûts directs sont estimés à 147\$ milliards.

Le coût direct engendré par le système de santé s'élève à environ 400\$ millions et représente 3,3% des 12,1\$ milliards du budget alloué à la santé de la province du Québec pour l'année 1999-2000. Le coût indirect lié à la baisse de la productivité, résultants de l'invalidité et de mort prématurée des Québécois dû à l'obésité était en 1990 estimé à 800\$ millions.

Afin de diminuer ces coûts, l'accent devrait être mis sur la promotion du maintien d'un poids santé, c'est-à-dire le poids idéal qui représente le plus faible risque de développer des problèmes de santé. La saine alimentation et la pratique régulière de l'activité physique a été de tout temps le moyen de prévention de l'obésité et de ses maladies connexes (Basrur, 2004).

Les cibles : activité physique et alimentation

L'activité physique est définie comme étant tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique (OMS, 2003). Les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au cours de la semaine au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité moyenne ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité élevée, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité moyenne et élevée. Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine (OMS, 2011). Les constats de l'Agence de la Santé Publique du Canada sont similaires à celle de l'OMS et préconisent d'être actifs au moins 150 minutes par semaine en mettant l'accent sur l'activité aérobie d'intensité moyenne à élevée répartie tout au long de la semaine en séances de dix minutes ou plus chacune, ainsi que la pratique d'activités qui sollicitent les os et les muscles deux fois par semaine (Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2014). Or en 2009-2010, au Québec, la moitié de la population âgée de 12 ans et plus est moyennement active^a ou active^b durant les loisirs. Le groupe d'âge le plus actif est celui de 12 à 19 ans (68,6 %) (Statistiques Canada, 2011).

En ce qui concerne l'alimentation, selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), une saine alimentation est l'incorporation quotidienne de sept à dix portions de fruits ou légumes, six à huit portions de produits céréaliers, deux à trois portions de produits laitiers et substituts, et deux à trois portions de viandes et substituts (MSSS, 2013). Ces choix alimentaires sont judicieux et permettent de combler les besoins de l'organisme en vitamines, en minéraux et autres éléments nutritifs nécessaires à l'atteinte d'un état de santé globale et de bien-être. La vision canadienne pour un mode de vie sain consiste à amener 20% des Canadiens et Canadiennes à faire de bons choix alimentaires d'ici 2015 (Jalbert et Mongeau, 2006). Un rapport de l'Institut National de la Santé Publique du Québec [INSPQ] (2009) indique que les adultes du Québec consomment

^a Moyennement active : équivalent de 30 minutes d'activité d'intensité moyenne, quatre jours par semaine.

^b Active : équivalent de 30 minutes d'activité d'intensité moyenne par jour.

habituellement cinq à sept portions de légumes et de fruits par jour et qu'un peu plus de la moitié rencontrent les quantités suggérées par le Guide alimentaire canadien. À l'inverse, 39% des adultes québécois, n'atteignent pas le nombre minimal de portions suggérées, soit 42% des femmes et 35% des hommes.

III. INTERVENTIONS GOUVERNEMENTALES

Nous vivons dans des sociétés complexes et interconnectées dans lesquelles nous ne pouvons séparer la santé des individus et leur milieu. L'individu évolue en fonction des facteurs environnementaux, d'où l'approche socioécologique à l'égard de la santé (OMS, 1986). Des efforts à tous les niveaux sont exigés de la part de nombreux partenaires publics et privés, et ce sur plusieurs décennies afin de modifier les habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique. Des stratégies efficaces sont appliquées de concert aux niveaux mondial, national, régional, et local, et mentorées de près afin d'évaluer leurs impacts (OMS, 2003). À la vue de l'implication à toutes les échelles de la société, l'obésité est un problème de santé publique complexe nécessitant des interventions diverses et multisectorielles, non seulement au niveau de l'individu et aussi de ses environnements physique, économique, politique, et socioculturel

Environnements favorables aux saines habitudes de vie

Bien que l'obésité résulte de facteurs comportementaux, environnementaux et bien d'autres, la recherche s'intéresse de plus en plus à la relation entre environnements physique, économique, socio-culturel et politique, et l'obésité. De nombreux experts estiment que les environnements influencent davantage la rapide augmentation de l'obésité que les facteurs biologiques (Hill, Wyatt, Reed, et Peters, 2003). Un accès illimité à la nourriture de type *malbouffe*, le marketing excessif de l'industrie agroalimentaire, les changements du mode de vie placent les individus dans un environnement qui ne facilite pas les choix favorables au maintien du poids santé, à la saine alimentation ou à un mode de vie physiquement actif. Cet environnement que nous qualifions de nos jours d'obésogène peut à la fois faciliter ou rendre difficile l'adoption de saines habitudes de vie (Booth, Pinkston, et Poston, 2005). D'après Reyburn (2010), l'urbanisme aiderait à résoudre les problèmes de santé liés à l'obésité tout en encourageant l'adoption, à l'échelle de la population, des modes de vie sains et actifs. D'où la mention de Milio (1981) de rendre les choix sains plus faciles à faire et les choix moins sains plus difficiles à faire.

Un environnement favorable se réfère à l'ensemble des éléments de nature physique, socioculturelle, politique et économique qui exercent une influence sur l'alimentation, la pratique d'activités physiques, l'image corporelle et l'estime de soi (MSSS, 2012). Un environnement favorable aux saines habitudes de vie, en l'occurrence à l'activité physique et l'alimentation, est un environnement qui incite à un mode de vie physiquement actif et à une saine alimentation, et conséquemment à la prévention des problèmes reliés au poids.

Les quatre types d'environnements favorables

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) a reconnu que l'individu est interrelié à son environnement (OMS, 1986). Il y a deux types d'échelle dans l'environnement : le microenvironnement et le macroenvironnement. Premièrement le microenvironnement est considéré comme les lieux physiques où se regroupent les individus pour des buts particuliers, et qui en général impliquera l'alimentation, l'activité physique ou souvent les deux. Ces lieux sont géographiquement distincts, limités en taille, comme les écoles, les supermarchés, les lieux de travail, etc. (Swinburn, Egger, et Raza, 1999). Le macroenvironnement représente plutôt un groupe d'acteurs qui exercent une influence sur les saines habitudes alimentaires et d'activités physiques. Il détermine les microenvironnements, par exemple, l'offre alimentaire et la politique nationale de transport. Le macroenvironnement a une main mise sur les paliers locaux, nationaux, tels que le gouvernement ou les secteurs industriels (MSSS, 2012).

Les environnements (physique, économique, politique et socioculturel) se déclinent selon ces deux échelles et interagissent afin de déployer dans la société des environnements plus ou moins favorables aux saines habitudes de vie. Les environnements agissent sur les individus, mais les individus modulent aussi les environnements. Bronfenbrenner (1997) affirme qu'il est important de considérer la réciprocité qui existe entre les déterminants individuels collectifs dans le but de pouvoir intervenir de manière efficace. Les facteurs politiques, économiques, socio-culturels, organisationnels, environnementaux et biologiques peuvent favoriser ou porter atteinte à la qualité

de vie et engendrer un environnement qui ne facilite pas les choix favorables au maintien du poids, par la saine alimentation ou le mode de vie physiquement actif.

L'environnement physique

L'environnement physique comprend les éléments de la nature et des infrastructures. Ce qui englobe les supermarchés, restaurants, lieux de travail, de loisirs ou de pratique du sport. Il réfère aussi à l'aménagement du territoire, aux véhicules, aux parcs, et aux facteurs environnementaux qui influencent, par exemple, le transport actif comme le vélo et la marche (Swinburn et al., 1999).

L'environnement économique

C'est l'environnement se référant aux coûts associés à l'alimentation et à l'activité physique, aux activités de production de consommation et d'utilisation des richesses ainsi qu'aux valeurs et aux motivations qui servent de fondement aux décisions économiques. Il englobe les éléments tels que les prix relatifs aux biens et services, le niveau de revenu et la distribution de la richesse, le marché de l'emploi et autres (MSSS, 2012).

L'environnement politique

Cet environnement réfère aux réglementations, aux lois et réglementations, aux politiques et aux règles institutionnelles concernant les secteurs de l'agro-alimentaire, de l'activité physique et ont un effet important sur le comportement des individus et des organisations. Le gouvernement local aura par exemple un effet considérable sur l'aménagement de parcs ou de centres de loisirs (Swinburn et al., 1999).

L'environnement socioculturel

L'environnement socio-culturel se réfère aux croyances, aux valeurs de la communauté qui sont influencées par le sexe, l'ethnicité, la religion, et les traditions. Il comprend les éléments relatifs aux structures et aux modes de fonctionnement des individus ou des groupes d'individus. Il se caractérise comme étant une influence de la société qui peut venir jouer sur la perception dans un ou plusieurs domaines. Il comprend les éléments relatifs aux structures et aux modes de fonctionnement des

individus ou des groupes d'individus ainsi qu'à la culture qui en est issue. Cette sphère se divise aussi en trois éléments : les rapports sociaux, les normes et les conventions et finalement, la vision et la représentation de la réalité. C'est une sphère très importante, car les influences socioculturelles peuvent avoir un impact sur l'alimentation, sur l'activité physique, sur le fait d'adopter un mode de vie sain et actif dans la communauté (MSSS, 2012).

La promotion des saines habitudes de vie ailleurs dans le monde et au Canada

États-Unis

Les États-Unis ont encouragé la mise en place de plusieurs initiatives tant pour les adultes que les jeunes dans le but de faire la promotion des saines habitudes de vie, plus précisément dans le sens de l'activité physique et la saine alimentation. Voici quelques-unes de ces initiatives. Un programme s'échelonnant sur dix ans a été lancé en 2010 et s'intitule « *Healthy People 2020* ». Les principaux objectifs visés sont la création d'environnements sociaux et physiques qui favorisent une bonne santé pour tous et une qualité de vie, le développement de comportements sains (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2014). Une nouvelle politique américaine a été élaborée pour les milieux scolaires et se nomme « *Smart Snacks in School* » (United States Department of Agriculture, 2014). Son principal objectif est d'assurer que les machines distributrices, les cafétérias et les casse-croûtes dans les écoles offrent des choix santé aux élèves. Plusieurs mesures sont suggérées, comme offrir davantage d'aliments santé contenant peu de sucre, de gras et de sel, entre autres. Cette dernière politique s'inscrit dans le cadre du « *Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010* » qui autorise le financement des programmes de nutrition dans les écoles et améliore l'accès à des aliments sains pour les jeunes en milieux défavorisés (The White House, 2010). Le projet « Safe Routes to School National Partnership », lancé en 2005, a comme mission d'augmenter l'accessibilité aux parcs et loisirs, de faire la promotion de la marche et du vélo comme transport actif entre l'école et la maison, d'améliorer la santé et le bien-être des jeunes et de favoriser la création de communautés durables. Les changements les plus importants reliés à projet « Safe Routes to School

National Partnership » sont les investissements pour améliorer les infrastructures piétonnières et cyclables pour favoriser les transports actifs (Boarnet, Anderson, Day, McMillan, et Alfonzo, 2005).

Europe

Plusieurs mesures et plans d'action sont mis en place en Europe pour contrer l'obésité et promouvoir la saine alimentation et l'activité physique. À titre d'exemple, la Commission Européenne a mis sur pied un troisième programme de santé s'échelonnant de 2014 à 2020. Ce dernier accompagne les états membres dans leurs efforts pour améliorer la santé de leur population et assurer la pérennité des systèmes de santé. Trois des quatre objectifs visés par ce programme incluent la prévention des maladies, la création de conditions favorables à des modes de vie sains et la contribution à des systèmes de santé innovants, efficaces et viables. (Commission Européenne, 2014). L'OMS a réalisé en Europe un projet intitulé : *Lutter contre l'obésité en créant des environnements résidentiels sains* (OMS, 2007). Les résultats de cette recherche démontrent que les secteurs résidentiels peuvent promouvoir l'activité physique de plusieurs façons, soit l'accès à des installations d'activités physiques, aux transports alternatifs ou à la sécurité perçue dans les quartiers (OMS, 2007).

Canada

Le Canada s'implique aussi dans la promotion de la pratique d'activités physiques et de la saine alimentation en instaurant en 2002 la *Loi favorisant l'activité physique et le sport* (Gouvernement du Canada, 2003). Cette loi cherche à promouvoir l'activité physique comme élément fondamental pour la santé et le bien-être pour l'ensemble des Canadiens. Du côté de la saine alimentation, la Politique populaire « *Du pain sur la planche* » a été élaborée en collaboration avec Sécurité alimentaire Canada. Le but de cette politique est l'instauration d'un système alimentaire sain, écologique et équitable tant pour les producteurs que pour les consommateurs. Elle privilégie une stratégie alimentaire afin que tous puissent avoir accès à une saine alimentation (Creative Commons, 2011). Les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la santé du Canada

ont établi une stratégie pancanadienne en matière de mode de vie sain dont le principal objectif est d'augmenter de 20% la proportion de Canadiens qui pratiquent de l'activité physique, qui mangent sainement et qui ont un poids santé (Agence de la Santé Publique du Canada, 2010). Les différentes provinces du Canada mettent en œuvre également des politiques et stratégies qui ciblent plus particulièrement le mode de vie actif et la saine alimentation, en voici des exemples. En Ontario, le gouvernement a lancé une nouvelle stratégie visant à promouvoir le cyclisme sécuritaire et à encourager les gens à utiliser le vélo pour se rendre à l'école, au travail ou autres destinations de loisirs. Cette stratégie présente une vision s'échelonnant sur 20 ans qui encourage et fait la promotion des collectivités en santé, actives et prospères (Ministère des Transports, 2014). La stratégie du mieux-être 2014-2021, élaborée au Nouveau-Brunswick, est axée sur quatre piliers associés aux modes de vie sains soit : la saine alimentation, la santé psychologique et résilience, l'activité physique et la vie sans tabac (Gouvernement du Nouveau Brunswick, 2014).

Québec

Au Québec, l'urgence pour la promotion des saines habitudes de vie se fait aussi sentir. L'enquête menée par l'INSPQ démontre un écart important entre les recommandations et les apports alimentaires réels des jeunes (Institut National de Santé Publique du Québec, 2003). Une faible proportion de 9% des jeunes consomment les quantités minimales requises dans chacun des groupes alimentaires recommandés par le Guide alimentaire canadien alors que la consommation de sucreries, bonbons, croustilles, frites et boissons gazeuses et énergétiques est bien au-delà des recommandations (Santé Canada, 2011). Pour ce qui est de la pratique régulière de l'activité physique, un peu plus de quatre jeunes sur dix (12 à 17 ans) atteignent le niveau recommandé d'une heure par jour. Chez les adultes québécois, ces chiffres ne sont guère plus encourageants. Nous dénombrons un taux de 44% des adultes qui consomment quotidiennement un minimum de cinq portions de fruits et légumes et seulement 37% qui atteignent le niveau d'activité physique recommandé. Cela n'est pas sans conséquence sur le taux d'obésité qui aurait doublé entre 1978 et 2004. Le taux d'embonpoint serait passé de 12% à 18% toujours pour ces mêmes années (Tjepkema

et Shields, 2005). À la vue de ces données, plusieurs organismes publics, parapublics, professionnels, communautaires et associatifs ont entamé un courant de prévention des problèmes reliés au poids et la promotion de la saine alimentation et de la pratique d'activité physique.

Plans d'action

Le plan d'action gouvernemental (PAG) investir pour l'avenir

La concertation et la contribution d'acteurs gouvernementaux, communautaires, associatifs, privés et individuels est nécessaire pour que s'opère l'amélioration des habitudes de vie et la création d'environnements facilitant l'adoption ou le maintien de ces bonnes habitudes de vie. À cet effet, ce sont sept ministères (MAMR, MAPAQ, MFACF, MESS, MELS MJ, et MTQ) et trois organismes gouvernementaux (l'Institut National de Santé Publique du Québec, le Secrétariat à la Jeunesse et l'Office de la Protection du Consommateur) qui se sont concertés. C'est sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des Services Sociaux et la coordination de la Direction générale de santé publique que le Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, *Investir pour l'avenir* a été adopté en 2006. La *vision de la saine alimentation pour la création d'environnements favorables à la santé* élaborée dans le cadre du PAG a été conçue afin qu'il y ait un partage d'une même vision de la saine alimentation et ainsi travailler dans la même perspective, malgré des expertises différentes. Cette vision s'adresse à tous les acteurs de l'offre alimentaire au Québec que ce soit les producteurs, restaurateurs, gestionnaires de services alimentaires et diététistes (MSSS, 2010), dans le but d'améliorer la qualité de vie des québécois grâce à la mise en place d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie. Le PAG souhaite ainsi réduire de 2% le taux de prévalence de l'obésité et de 5% le taux de prévalence de l'embonpoint chez les jeunes et les adultes. Trois objectifs généraux visent à mettre en place des mesures pour : 1) faciliter l'adoption et le maintien, à long terme, de saines habitudes alimentaires et d'un mode de vie physiquement actif; 2) réduire la prévalence de l'obésité et des problèmes reliés au poids et leurs conséquences sur les individus et la

société québécoise et; 3) valoriser les saines habitudes de vie et une variété de schémas corporels. Pour ce faire, cinq axes d'intervention sont ciblés soit : 1) la saine alimentation ; 2) un mode de vie physiquement actif ; 3) les normes sociales favorables ; 4) les services des personnes aux prises avec des problèmes de poids et finalement ; 5) la recherche et le transfert des connaissances (MSSS, 2006).

Plusieurs politiques, lois et programmes ont vu le jour à la suite de ce plan d'action, tel que la *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physique actif; Pour un virage santé à l'école* élaborée en 2008 qui s'adresse plus spécifiquement aux milieux scolaires. Cette Politique a été mise en œuvre afin de soutenir les milieux scolaires dans l'offre d'un environnement favorable à l'adoption et au maintien des deux habitudes de vie ciblées, soit la saine alimentation et la pratique de l'activité physique (Gouvernement du Québec, 2008).

Autres politiques entourant les saines habitudes de vie

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux a élaboré *La Politique de la santé et du bien-être* qui fait partie d'une des nombreuses politiques et lois qui ont vu le jour au Québec et qui ciblent principalement la pratique d'activités physiques et/ou la saine alimentation pour contrer les problèmes reliés au poids. Le but de cette politique est de réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui affectent le plus la population, et ce à l'aide de 19 objectifs. Plusieurs stratégies sont proposées dont le soutien des milieux de vie et le développement des environnements sains et sécuritaires (MSSS, 1998). *Donner le goût du Québec* est un projet politique visant à définir les orientations qui guideront les interventions gouvernementales au cours des prochaines années. En stimulant le développement durable des entreprises et la création de richesses par l'entremise du secteur de l'agriculture, des pêches et de l'alimentation, la mise en œuvre de cette politique économique a profité à l'ensemble de la société québécoise (Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, 2011). Bien qu'il ne s'agisse pas d'une politique ou d'une loi, *La Coalition québécoise sur la problématique du poids* souhaite favoriser la mise en place

d'environnements qui favoriseront les choix santé qui contribueront à prévenir les problèmes reliés au poids. Cette même Coalition, en collaboration avec le Centre d'écologie urbaine de Montréal, a élaboré un mémoire s'intitulant *Ensemble, aménageons des municipalités en santé, Un pouvoir et une responsabilité partagés*. Dans ce mémoire, les principaux auteurs réitèrent l'importance d'aménager le territoire afin de favoriser le bien-être et la santé des citoyens en mettant en place des environnements favorisant un mode de vie physiquement actif et la saine alimentation (Coalition québécoise sur la problématique du poids et Centre d'écologie urbaine de Montréal, 2011).

Les programmes provinciaux et régionaux

L'activité physique et la saine alimentation sont depuis plusieurs années les principales cibles des Plans d'action et des campagnes de prévention. À titre d'exemple, en 1978 le gouvernement du Québec lançait officiellement le programme Kino-Québec avec la campagne « Viens jouer dehors » ayant pour mission la promotion d'un mode de vie physiquement actif pour contribuer au mieux-être de la population québécoise. Kino Québec ayant pour mission de promouvoir un mode de physiquement actif pour contribuer au mieux-être de la population a émis un avis sur les stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec. Depuis, plusieurs autres campagnes et programmes de promotion de l'activité physique et des saines habitudes de vies ont vu le jour. Les programmes tels que *Plaisirs d'hiver* qui promeut la pratique de l'activité physique pendant l'hiver ou encore *Municipalité active* qui vise à améliorer la santé et la qualité de vie des citoyens en leur offrant plus d'occasions de bouger dans leur vie de tous les jours. Les interventions à privilégier pour promouvoir la pratique d'activités physiques au Québec sont d'augmenter l'accessibilité aux infrastructures de loisirs, installations sportives, pistes cyclables et endroits de marche, et d'aménager également des environnements favorables dans les milieux scolaires, les lieux de travail et dans les communautés (Kino-Québec, 2004). *Municipalités et familles, ensemble pour des enfants en santé*, vise à faire bouger davantage et inciter les jeunes québécois à manger mieux, en encourageant les familles à passer à l'action en accomplissant les gestes concrets

pour améliorer les habitudes de vie de toute la famille. L'Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches, en vue de la promotion de la consommation de fruits et de légumes chez les jeunes et la création d'environnements qui facilitent ce comportement alimentaire, a mis sur pied «Chaque jour moi j'croque 5 fruits et légumes » (Lamontagne et Chaumette, 2008). En 2007, le Ministère des Transports mettait en place un Programme d'aide gouvernementale aux modes de transport alternatifs à l'automobile. Ce programme aide les initiatives prises pour les employeurs à encourager leurs employés à utiliser le vélo ou la marche à pied comme moyen de transport et à faire la promotion des modes de transport alternatifs à l'automobile (Ministère des transports, 2008). Dans le cadre du Plan d'action gouvernemental (promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir), la campagne gouvernementale de promotion des saines habitudes de vie *Au Québec, on aime la vie*, des élus municipaux ont signé une déclaration d'engagement ferme d'amélioration de la qualité de vie des citoyens en créant un environnement qui favorise l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie et facilite l'accès en particulier à une saine alimentation chez les jeunes et leurs familles. Cette déclaration engageait aussi la mise en place des infrastructures facilitant la pratique régulière de l'activité physique justement liée à la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie (Lachance, Pageau, et Roy, 2006). Les autres provinces canadiennes mettent également en œuvre des politiques et stratégies qui ciblent plus particulièrement les modes de vie actifs et la saine alimentation, en voici des exemples. Une politique gouvernementale «Active Alberta», présente un plan de 10 ans pour recentrer les initiatives de santé et encourager les Albertains à devenir plus actifs, la vision de cette politique étant de promouvoir les loisirs et la vie active (Government of Alberta, 2011). En Ontario, le gouvernement a lancé une nouvelle *stratégie cycliste* visant à promouvoir un cyclisme sécuritaire et à encourager les gens à utiliser le vélo pour se rendre à l'école, au travail ou autres destinations de loisirs (Ministry of Transportation, 2014). Cette stratégie présente une vision s'échelonnant sur 20 ans qui encourage et fait la promotion des collectivités en santé, actives et prospères. *La stratégie du mieux-être 2014-2021*, élaborée au

Nouveau-Brunswick, est axée sur quatre piliers associés aux modes de vie sains soit : la saine alimentation, la santé psychologique et la résilience, l'activité physique et la vie sans tabac (Gouvernement du Nouveau Brunswick, 2014). L'Île-du-Prince-Édouard a également élaboré une *stratégie des saines habitudes de vie* (Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, 2001). Cette stratégie encourage et supporte la population à améliorer leur qualité de vie en réduisant les facteurs de risque qui contribuent aux maladies chroniques. C'est ainsi que cette stratégie offre du soutien aux différents partenaires qui mettent en œuvre des initiatives qui visent à l'amélioration des habitudes alimentaires et l'augmentation de l'activité physique au sein de la communauté.

Les plans d'actions scolaires

Pour la majorité des commissions scolaires (CS) du Québec, les projets, mesures et politiques se ressemblent au niveau de la promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes. La Politique-cadre pour une saine alimentation est une mesure qui découle du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 «Investir pour l'avenir», et est également liée aux deux mesures de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 qui vise à éliminer la malbouffe des écoles et à y déployer l'approche École en santé (Martin et Arcand, 2005). Cette Politique Cadre a pour objectif d'amener les milieux scolaires à se mobiliser pour favoriser l'adoption et le maintien des saines habitudes alimentaires et un mode de vie physiquement actif chez les élèves. Elle guide les milieux scolaires dans l'implantation des environnements favorables au développement de ces deux habitudes de vie tout en visant le développement de compétences personnelles des élèves à cet égard. C'est ainsi que depuis l'arrivée de la Politique Cadre *Pour un virage santé à l'école*, la plupart des CS ont mis en place leur propre politique, inspirée de la Politique Cadre, en lien avec la promotion des saines habitudes de vie. Pour

sa part, le Ministère de l'Éducation du loisir et du Sport (2008) a mis de l'avant un programme visant à améliorer les performances scolaires des jeunes grâce à l'activité physique et la saine alimentation via *École en forme et en santé*. De plus, la Stratégie d'action jeunesse lancée en mars 2009 vise l'épanouissement des jeunes au meilleur de leurs capacités. La Fédération des producteurs laitiers du Canada a élaboré des activités d'éducation à la nutrition pour aider les enseignants et éducateurs à promouvoir le développement de saines habitudes alimentaires. Elle propose différentes ressources gratuites pour les services de garde chez les enfants d'âge préscolaire tels que différents guides pratiques sur l'alimentation des enfants de deux à cinq ans (Producteurs laitiers du Canada, 2012).

L'importance d'agir sur les environnements

L'Institut National de Santé Publique du Québec (2009) a réalisé un avis portant sur l'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids. Un rapport de cet avis a été réalisé dont voici les principaux faits saillants. Tout d'abord, l'environnement bâti a une influence sur les saines habitudes de vie. C'est ainsi que la pratique d'activité physique est favorisée par un quartier à fort potentiel piétonnier, la présence de trottoirs, de sentiers pédestres et de pistes cyclables à proximité, et une présence importante d'infrastructures récréatives et sportives. La saine alimentation, quant à elle, est favorisée par un accès à des commerces alimentaires localisés près des résidences et offrant des aliments sains, à bas prix. L'environnement bâti touche trois dimensions soit : le système de transport, les modes d'occupation du sol et le design urbain (Bergeron et Reyburn, 2010). L'étude réalisée par l'INSPQ (2009) ayant pour titre : *Le zonage municipal: un outil contribuant à créer un environnement bâti favorable aux saines habitudes alimentaires* avait comme principal objectif d'étudier les règlements de zonage afin d'y déceler des éléments pouvant favoriser l'accessibilité à une offre alimentaire plus saine. Un résultat retient notre attention. Il serait souhaitable de favoriser l'accès à des commerces offrant des produits frais et peu transformés ou encore d'éloigner certains autres commerces, dont les restaurants minutes et dépanneurs, des

populations plus vulnérables telles que les jeunes (Paquin, 2009). Selon le rapport de l'INSPQ et l'étude mentionnée plus haut, il demeure important de prendre en considération l'environnement bâti pour ainsi être en mesure de créer des environnements favorables aux saines habitudes de vie et ce, pour le bien-être et la santé de toute la population.

IV. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Un mouvement d'actions préventives collectives en matière de saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et de la prévention des problèmes reliés au poids amorcé entre autres à travers le Plan d'action gouvernemental *Investir pour l'avenir* et Québec en Forme (QeF), le Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie et ses collaborateurs ont mis en place des sessions de sensibilisation appuyant la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie.

De fait, devant l'ampleur de la problématique de l'obésité, cet angle nouveau d'intervention s'est ajouté en complémentarité à celui qui cible les individus, soit celui des environnements favorables (EF). Des travaux majeurs mettent en évidence l'apport des quatre environnements susceptibles de favoriser un mode de vie actif et une saine alimentation (Booth, Sallis, Ritenbaugh, Hill et Frank, 2001; MSSS, 2012). La pertinence d'impliquer les intervenants susceptibles d'exercer une influence significative sur ces environnements est soulignée dans la littérature (Cohen, Scribner et Farley, 2000). Parmi ces intervenants figurent entre autres les employés des milieux municipaux, les intervenants du secteur agroalimentaire, les directeurs et intervenants de Centres de la Petite Enfance (CPE), les gestionnaires des milieux scolaires et de la santé, tous ayant en commun le potentiel d'agir dans leur environnement respectif. Ils ont les moyens disponibles pour créer, maintenir et transformer l'environnement bâti, c'est-à-dire, le cadre de vie, l'occupation du sol, les réseaux de circulation et les modes de transport par exemple (Reyburn, 2010). Misant sur la combinaison prometteuse des EF et du pouvoir d'influence de ces intervenants, le Comité Québécois de Formation sur les Saines Habitudes de Vie (CQF-SHV) et Québec en Forme (QeF) ont mis sur pied des sessions de sensibilisation axées sur ces quatre environnements. Le but de ces sessions est d'outiller les employés de plusieurs milieux à rendre ces environnements plus favorables aux saines habitudes de l'activité physique et de l'alimentation. Le pilotage de ces sessions à l'échelle provinciale consiste à amener les intervenants à être davantage sensibilisés aux problèmes de

l'obésité, à mieux comprendre l'effet des environnements sur les habitudes de vie et à réfléchir sur les moyens disponibles pour agir. L'originalité de ces sessions tient du fait qu'elles se démarquent de tout ce qui se fait actuellement au Québec puisqu'elles rejoignent un grand réseau d'intervenants qui peuvent tous agir dans leur milieu d'intervention respectif. Les sessions ont été dispensées dans les 17 régions du Québec et ont une durée allant de 30 minutes à 6 heures.

La présente étude, s'inscrit dans le cadre d'une recherche évaluative plus large et cherche à répondre à la question suivante : Quel est l'impact des sessions sur les changements de pratiques et d'actions des acteurs suite à de ces sessions de sensibilisation?

L'évaluation d'une session de sensibilisation

Pendant le déploiement de ces sessions à travers la province du Québec, QeF a soutenu un processus d'évaluation. Cette évaluation des sessions comprend deux volets : l'évaluation des sessions (processus) et la démonstration de l'atteinte des résultats distaux et proximaux (impact). Le premier volet, qui touchait le processus, visait à justifier la pertinence des sessions sur les EFSHV et évaluait les perceptions sur les changements de pratiques et d'actions des acteurs, de même que de leurs attitudes et intentions. L'évaluation des impacts avait pour objectif d'évaluer les changements de comportement des participants sur les EFSHV suite aux sessions de sensibilisation. L'accent était mis sur l'évaluation des changements de pratiques et d'actions des acteurs, vis-à-vis des EFSHV.

Lorsqu'une initiative est mise en place et que la pertinence de ses effets et résultats proximaux veulent être connus aux fins d'assurance de la qualité et de performance en lien avec la population ciblée, une évaluation est requise et un suivi est aussi nécessaire afin de décrire les acquis et le transfert de ces acquis. En d'autres mots, il s'agit de démontrer l'atteinte des résultats proximaux de ladite initiative. Dans le domaine communautaire, une action de sensibilisation désigne une étape d'un processus d'intervention au cours de laquelle un ou plusieurs moyens seront mis à contribution dans le but de susciter la réflexion et une prise de conscience par rapport à un problème social, mais

aussi de promouvoir des solutions alternatives ou de nouvelles idées afin d'apporter un changement à une situation problématique (Lamoureux, 2002). La sensibilisation a pour objectif un changement de perceptions et de croyances qui se situerait sur le plan individuel ou collectif, ce qui la distingue d'une formation et de ses impacts attendus (Kirkpatrick et Kirkpatrick, 2006). Bien que notre étude porte sur des sessions des sensibilisations, le modèle d'évaluation de la formation de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006) nous permet d'illustrer et de nuancer la nature des impacts. Une session de sensibilisation doit être évaluée pour vérifier si les changements attendus correspondent à l'intention initiale et au degré de qualité attendu (Handicap International, 2008). Ces sessions visaient à informer et susciter l'intérêt des participants à agir sur les différents environnements : physique, économique, politique et socioculturel afin de les rendre favorables aux saines habitudes. Les sessions visaient aussi à leur permettre de mieux comprendre l'effet de ces environnements sur les habitudes de vie et réfléchir sur les moyens d'agir de façon à rendre ces environnements plus favorables. L'impact d'une action de sensibilisation ne sera décelable qu'à long terme, sous l'effet combiné de ses résultats et de ses effets. L'évaluation de l'impact est une appréciation portant sur les dynamiques de changements au sein de la population concernée par la sensibilisation (Handicap International, 2008). Pour qu'une formation ou une session de sensibilisation soit efficace, il faut pouvoir répondre successivement et positivement aux trois questions suivantes :

- 1) Est-ce que les participants ont acquis les habiletés, les connaissances et les performances visées en fin de formation ou d'une activité de sensibilisation?
- 2) Est-ce que les participants ont pu transférer ces acquis dans leur travail?
- 3) Est-ce que les impacts ciblés ont été atteints à la suite de cette formation ou activité de sensibilisation?

Si la réponse aux trois questions est positive et que les résultats le montrent alors la formation est efficace (Bosman, Gerard, et Roegiers, 2000).

V. CADRE CONCEPTUEL ET CADRE MÉTHODOLOGIQUE D'ANALYSE

Cadre conceptuel : Modèle structurel des comportements en matière de santé

Cette recherche prend appui sur le modèle structurel des comportements en matière de santé de Cohen et al. (2000) adapté par Lachance et al. (2006), tel qu'illustré à la figure 1. Ce cadre conceptuel comprenant cinq facteurs défini ci-après, servira de cadre conceptuel pour l'illustration et la mise en contexte des environnements favorables aux saines habitudes de vie.

Description des facteurs individuels

Une connaissance minimale en matière de santé rend un individu plus susceptible d'entreprendre des actions afin de prévenir une maladie telle que le démontrent les modèles explicatifs des comportements en promotion de la santé. Par conséquent, l'adoption d'un comportement par une personne se détermine par son attitude face au nouveau comportement à être adopté. L'habileté et la facilité à adopter un nouveau comportement sont des facteurs qui prédisposent au changement.

Facteurs environnementaux, disponibilité des produits et services

On entend par disponibilité l'accès à des produits et des services qui ont des répercussions sur la santé. En règle générale, un environnement où abonde une multitude de produits est lié à l'augmentation de la consommation de ces produits, et à l'inverse une faible disponibilité de ces produits résulte en une baisse de la consommation. L'abondance du produit transmet le message comme quoi il fait partie de la norme et qu'il est bon et ne constitue pas un problème majeur pour la santé. La présence de structures sportives est un exemple qui soutient cet aspect, la disponibilité et l'accessibilité d'un service qui incite à sa consommation. Cependant cela ne suffit pas. Selon le bulletin 2014 de Jeunes en Forme Canada qui indique que malgré le fait que les parents se disent généralement satisfaits de l'offre en matière d'installations sportives, 95% des jeunes canadiens sont insuffisamment actifs (Jeunes en Forme, 2014).

Structures physiques

L'aménagement du territoire est susceptible d'avoir un effet négatif ou positif sur les comportements de santé. Des caractéristiques positives d'un environnement seraient la présence de parcs publics, de pistes cyclables sécuritaires qui incitent et augmentent les occasions de faire de l'exercice. La présence de supermarchés, de marchés du terroir ou l'achat de produits frais et de fruits et légumes accessibles au grand public sont des éléments positifs à considérer lors de l'aménagement du territoire. Plus ces structures sont nombreuses et de qualité plus elles influencent un comportement santé.

Structures sociales et politiques

Sans pour autant changer les attitudes et les croyances, ces structures peuvent directement influencer les comportements de santé. La structure sociale réfère au type de stratification sociale d'une société et la place qu'occupent les groupes sociaux, tandis que les structures politiques renvoient aux organisations, aux services reliés à l'organisation du pouvoir dans chaque société.

Culture et messages médiatiques

La culture et les messages médiatiques ont une influence sur les normes et les croyances de la population. Les messages médiatiques se rapportent aux messages véhiculés par les médias, et la culture se rapporte à plusieurs aspects tels que les connaissances, la croyance, les coutumes, la religion et les comportements et habitudes de l'individu qui sont propres à sa société.

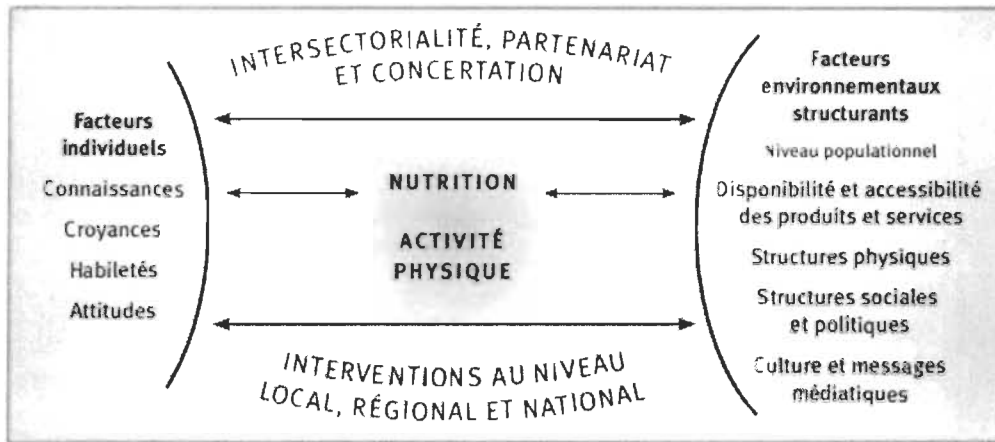


Figure 1 : Modèle structurel des comportements en matière de santé adapté de Cohen et al. (2000, p. 14)

Cadre méthodologique d'analyse

Un modèle théorique a servi de base à l'analyse des entretiens individuels. Le modèle d'évaluation de la formation de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006) illustré à la figure 2 a permis de catégoriser toutes les phases de l'intervention en quatre niveaux dont trois ont été utiles pour l'étude, à savoir : acquisition ou apprentissages (niveau deux), transfert (niveau trois) et impacts ou résultats (niveau quatre).

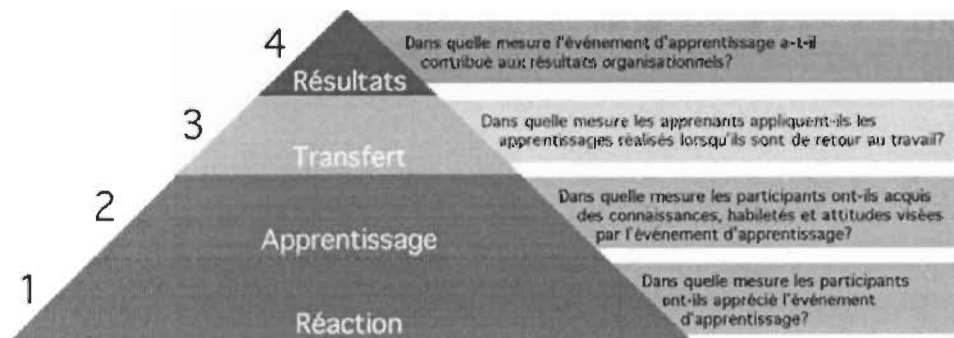


Figure 2 : Modèle d'évaluation de la formation (Kirkpatrick et Kirkpatrick, 2006)

VI. OBJECTIFS

Objectifs de l'étude

La présente étude vise à :

- 1) Décrire l'impact des sessions chez les participants ayant reçu une session, en regard à l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances, habiletés et attitudes de même qu'aux changements de pratiques et d'actions;
- 2) Examiner l'influence exercée par la session sur la mise en place d'actions par les participants réalisés à la suite des sessions et intégrés dans le cadre du travail, c'est-à-dire du transfert des acquis en faveur des EFSVH.

VII. INSERTION DE L'ARTICLE :

**CHANGEMENT DE PRATIQUES ET D' ACTIONS SUITE AUX SESSIONS DE SENSIBILISATION
SUR LES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES AUX SAINES HABITUDES DE VIE**

PRACTICE CHANGES FOLLOWING AN AWARENESS PROGRAM ON ENVIRONMENTS FAVORABLE TO
HEALTHY LIFESTYLES

S. Ngopya Djiki^{a,b*}, F. Trudeau^{a,b} et M.-C. Rivard^{a,b},

^aDépartement des Sciences de l'activité physique, Université du Québec à Trois-Rivières,

3351, boul. des Forges CP 500, Trois-Rivières (Québec), Canada G9A 5H7

^bGroupe interdisciplinaire de recherche appliquée en santé (GIRAS), Université du Québec à Trois-

Rivières, 3351, boul. des Forges CP 500, Trois-Rivières (Québec), Canada G9A 5H7

Article soumis le 5 mai 2015 à la Revue Canadienne des Jeunes Chercheuses et Chercheurs en
Éducation/ The Canadian Journal for New Scholars in Education (RCJCE /CJNSE)

*Auteur correspondant :

Marie-Claude Rivard

(819) 376-5011 poste 3781

marie-claude.rivard@uqtr.ca

Résumé

La problématique des saines habitudes de vie est souvent associée à l'obésité, et les environnements sont déterminants dans l'adoption de saines habitudes de vie (SHV). Selon une perspective populationnelle de sensibilisation, les environnements favorables aux saines habitudes de vie (EFSHV) sont une nouvelle avenue pour pallier au problème d'obésité au Québec. Des sessions de sensibilisation ont été offertes à des intervenants québécois de divers paliers pour les outiller à rendre les environnements physique, économique, politique et socioculturel plus favorables aux deux habitudes de vies ciblées, soit l'activité physique et l'alimentation. Les objectifs de cette étude sont : 1) Décrire l'impact des sessions chez les participants ayant reçu une session, en regard à l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances, habiletés et attitudes de même qu'aux changements de pratiques et d'actions; 2) Examiner l'influence exercée par la session sur la mise en place d'actions par les participants réalisés à la suite des sessions et intégrés dans le cadre du travail, c'est-à-dire du transfert des acquis en faveur des EFSHV. À l'aide d'entretiens téléphoniques individuels du type semi-dirigé, basés sur une perspective qualitative et interprétative, 52 participants (41 femmes, 11 hommes) âgés de 43 ans en moyenne ont été interrogés. L'analyse des données nous a permis de mettre en évidence certains impacts issus de ces sessions. Les résultats de l'étude révèlent que la majorité des participants témoignent d'un changement de pratiques dû à l'amélioration de leurs aptitudes et connaissances ainsi qu'aux interactions entre les quatre environnements sur l'amélioration des SHV, en particulier de la pratique de l'activité physique.

Mots clés : Obésité, environnements favorables, sensibilisation, évaluation, saines habitudes de vie.

Abstract

The issue of healthy lifestyles is often associated with obesity, and environments are crucial in adopting healthy lifestyles. According to a population perspective, environments conducive to healthy lifestyle is a new perspective to palliate to the growing obesity problem in Québec. Awareness programs were offered to participants from Québec from various levels of activity in order to equip them to render the physical, economic, political and sociocultural environments suitable for the two healthy lifestyles behaviour targeted: physical activity and nutrition. Of increasing healthy lifestyles, the goals of this research was to assess and highlight the impact of awareness sessions on competencies and skills of stakeholders and to examine the impact of the sessions on the transfer of knowledge to make environments conducive to healthy lifestyles. Using telephone for individual semi-structured interviews we gathered qualitative and interpretative data analysis to identify impacts of these sessions. Fifty two participants (41 women, 11 men) aged 43 on average. The results of the study show that the majority of participants indicate a change in practice due to the improvement of their skills and knowledge as well as a more detailed awareness of interactions between the four environments on improving healthy lifestyles, particularly the practice of physical activity.

Keywords: Obesity, favorable environments, awareness, evaluation, healthy lifestyle.

Introduction

Le taux d'obésité connaît depuis une trentaine d'années une montée grandissante et inquiétante. Dans plusieurs pays, notamment les plus industrialisés, les statistiques démontrent un taux élevé d'obésité. Au Canada, 25% des adultes sont considérés comme étant obèses et au Québec ce taux est de 22,8% (Bergeron et Reyburn, 2010). Voyant ces chiffres en constante augmentation, les différentes sociétés sont désormais davantage en mode action que prévention (Bergeron et Reyburn, 2003).

Au Québec plus particulièrement, une initiative conjointe de Québec en Forme et du Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie a été créée en 2008, dont le but est de favoriser et d'inciter le partage d'une vision commune visant à prévenir les problèmes liés au poids et d'envisager des solutions en mettant l'emphase sur la cohérence et la synergie des actions (Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS], 2010). Afin d'atteindre ce but, des sessions de sensibilisation ont été mises sur pied permettant d'outiller des acteurs de tous les milieux visant à les inciter à agir sur les différents environnements : physique, socioculturel, politique et économique afin de les rendre favorables aux saines habitudes de vie, en particulier l'activité physique et l'alimentation (Agence de la Santé et des Services Sociaux, 2006).

Le rôle des environnements favorables

Un environnement favorable est défini comme l'ensemble des éléments de nature physique, économique, socioculturelle, politique exerçant une influence positive sur l'activité physique et la saine alimentation (Swinburn, Egger, et Rza, 1999). On entend par activité physique « Tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique », et par saine alimentation, « les habitudes ou comportements alimentaires qui favorisent l'amélioration ou le maintien de la santé » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS],

2015; Taylor, Evers, et Mckenna, 2005). Ces éléments sont reliés entre eux et s'influencent mutuellement (Morissette, 2015).

La littérature s'intéresse de plus en plus à la relation entre les environnements favorables et l'obésité. L'augmentation du poids des populations est due à des facteurs environnementaux qui interagissent avec la génétique (Institut National de Santé Publique du Québec [INSPQ], 2010).

Présentement aux États-Unis l'environnement encourage la consommation d'énergie et décourage la dépense énergétique (Hill, Wyatt, Reed, et Peters, 2003). Les éléments encourageant la consommation d'énergie sont la disponibilité de nombreux points de vente alimentaire offrant de la nourriture attrayante, abondante, riche en calories et peu dispendieuse. D'autres facteurs environnementaux défavorisent la pratique de l'activité physique, comme la baisse de la dépense énergétique en milieux scolaires, le manque de travail nécessitant un effort physique, et l'augmentation de la sédentarité due aux jeux vidéo, à Internet ou à la télévision.

Les types d'environnements

L'environnement physique comprend les éléments de la nature et des infrastructures. Il inclut les supermarchés, restaurants, lieux de travail, de loisirs ou de pratique du sport mais aussi l'aménagement du territoire, des transports et des parcs (Morissette, 2015). Par exemple, un quartier ayant un fort potentiel piétonnier, une présence de trottoirs et de pistes cyclables, d'infrastructures récréatives et sportives favorise la pratique de l'activité physique. L'environnement économique se réfère aux coûts associés à l'alimentation et à l'activité physique, aux activités de production de consommation et à l'utilisation des richesses (MSSS, 2012). L'environnement politique réfère aux réglementations, lois, politiques et règles institutionnelles concernant les secteurs de l'agroalimentaire, de l'activité physique et ont un effet important sur le comportement des individus et des organisations (Swinburn et al., 1999). L'environnement socioculturel se réfère aux croyances, aux valeurs de la communauté qui sont influencées par le sexe, l'ethnicité, la religion et les traditions.

Il comprend les éléments relatifs aux structures et aux modes de fonctionnement des individus ou des groupes d'individus (MSSS, 2012).

Cadre méthodologique d'analyse

L'étude évalue les impacts engendrés dans le travail des acteurs sensibilisés, sous l'angle de l'acquisition des compétences et connaissances de même que sur le transfert des acquis. Le modèle d'évaluation de la formation de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006) servira de cadre interprétatif afin de catégoriser les contenus qualitatifs en trois niveaux retenus pour l'étude, à savoir: acquisition ou apprentissage (niveau deux), transfert (niveau trois) et impacts ou résultats (niveau quatre).

Méthodologie

Nous avons privilégié l'approche qualitative pour cette étude, utilisant l'entretien individuel semi-dirigé. Cette approche méthodologique est pertinente en effet, dans la mesure où la parole est donnée aux acteurs afin de mieux comprendre les savoirs pratiques mobilisés dans le contexte de l'intervention qu'ils ont reçue. Cette méthode contribue à faciliter la libre expression des acteurs interrogés tout en permettant au chercheur de cadrer le discours et de le circonscrire à la recherche. Autrement dit, l'entretien semi-dirigé prétend procurer un espace d'expression à l'interviewé dans la mesure où il est laissé libre cours à sa pensée et à sa narration, sans avoir à se restreindre en répondant à des questions précises et fermées, ce type d'entretien est centré sur le recueil de l'expression des acteurs (Guignon et Morissette, 2006). Les données ont permis de recueillir les changements de pratiques et d'actions chez les participants ayant reçu la session. C'est donc par le biais d'entretiens téléphoniques semi-dirigés que nous avons invité les acteurs à nous exposer leurs perceptions quant aux connaissances et changements occasionnés par la session de sensibilisation. Les entretiens se sont faits par téléphone à cause de l'éloignement géographique des participants répartis dans plusieurs régions du Québec. Nous émettons l'hypothèse que les sessions de sensibilisation fournissent aux acteurs sensibilisés, et donc à nos participants, des connaissances qui rendent crédibles leurs opinions en lien avec nos questions de recherche (Lamoureux, Lavoie, Mayer, et Panet-Raymond, 2003).

Stratégies de recrutement

Le groupe de référence était constitué des 52 participants ayant reçu les sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie et ayant accepté d'être recontactés pour des entretiens individuels. Pour cette étude, nous n'avons pas besoin d'un certificat d'éthique car le comité d'éthique de notre institution considère que l'étude que nous avons soumise pour certification traite d'évaluation de programme et d'amélioration de la qualité.

Description du milieu des participants

Dans cette étude qualitative, 11 hommes et 41 femmes ont été interviewés. Le seul critère d'inclusion était d'avoir participé à une session de sensibilisation. Les 52 participants de l'étude sont des acteurs appartenant à plusieurs types d'emplois. Le tableau 1 résume les informations générales des participants.

Instrument de collecte des données

Les entretiens semi-dirigés permettent de générer de nombreuses données et ouvrent plusieurs angles de discussions (Geoffrion, 2003). Le contenu de l'entrevue a été élaboré de façon à évaluer l'impact engendré par la session de sensibilisation. Cette évaluation a été possible par l'utilisation du modèle de l'évaluation de la formation à quatre niveaux de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006). Ce modèle a servi à élaborer le canevas des entretiens individuels. Deux prétests avec deux participants ont été effectués avant la réalisation des entretiens individuels afin de valider le contenu du canevas et d'apporter les ajustements nécessaires. Au final, le canevas d'entrevue comportait les questions suivantes :

1. Suite à la session, votre niveau de compétences et de compréhension de votre travail a-t-il changé? De quelle manière?
2. Comment les notions acquises lors de la session ont-elles été utiles dans le cadre de votre fonction? Donner des exemples.
3. Les actions entreprises, ultérieures à la session ou en cours actuellement, ont-elles pris en considération la session suivie? Expliquer.
4. La session vous a-t-elle plus porté à sensibiliser votre entourage sur les EFSHV? Comment?

Tableau 1 : Renseignements sur les participants

Catégories	Renseignements (n=)
Sexe	Femme (n=41) Homme (n=11)
Moyenne d'âge	43 ans S=9.25
Catégorie d'employeur	Communautaire (n=6) Municipal (n=3) CSSS (n=4) Petite enfance (n=1) Direction Santé Publique (n=2) Autres (n=6)
Secteur d'activités	Aménagement (n=7) Québec en Forme (n=9) Communautés culturelles (n=3) Culturel (n=3) Municipal (n=3) Communautaire (n=10) Famille (n=5) Développement (n=1) Sport (n=9) Loisir (n=7) Emploi (n=2) Santé (n=3) CSSS (n=9) Scolaire (n=2) Éducation (n=5) Gouvernement (n=2) Direction Santé Publique (n=2) Petite enfance (n=1)
Région du participant	Laurentides (n=4) Capital National (n=6) Cote-Nord (n=3) Saguenay-Lac-Saint-Jean (n=3) Montréal (n=7) Montérégie (n=1) Lanaudière (n=1) Bas-Saint-Laurent (n=3) Gaspésie (n=3) Outaouais (n=3) Mauricie (n=1) Nord-du-Québec (n=3) Laval (n=2) Abitibi-Témiscamingue (n=1) Mauricie (n=2) Chaudière-Appalaches (n=1) Estrie (n=2)

S=Ecart-type

** Les participants avaient le choix de répondre ou non à la catégorie d'employeur, et ils avaient le choix de répondre à plus d'un secteur d'activités.

Collecte et analyse des données

Les entretiens individuels ont été réalisés à la session d'hiver 2014. La durée moyenne des entretiens était de 17 minutes. Ceux-ci ont été enregistrés en audio, transcrits et analysés à l'aide du logiciel QSR NVivo 8. Les données ont été inter-codées par deux analystes avec une concordance de 98%. Le contenu est organisé et catégorisé selon le modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006), à l'aide de la méthode développée par L'Écuyer (1990). Un indice de corrélation (C), vérifié par un test binomial à été calculé, indiquant un degré de concordance ou de discordance entre les différentes catégorisations, variant entre -1 et +1 respectivement (Laurencelle, 2007). Le test utilisé est un test unilatéral. Nous avons calculé la relation entre les trois catégorisations, «A» (concordance entre compétences et compréhension vs habiletés et connaissances), «B» (concordance entre compétences et compréhension vs intégration et partage des apprentissages) et «C» (concordance entre habiletés et connaissances vs intégration et partage des apprentissages) en calculant l'indice de concordance «C» (variant entre -1 et +1 indiquant une concordance ou une discordance respectivement) et son test de significativité «z» ainsi qu'une probabilité rattachée à ce test unilatéral «uni» selon la méthode de Laurencelle (2007).

Résultats

Les objectifs de cette étude sont déclinés sous deux volets chacun correspondant aux catégories émergentes de notre étude: volet 1-objectif #1) Acquisition : Compétences et compréhension/ Habiletés et connaissances; et volet 2-objectif #2) Transfert et Impacts : Intégration/Partage des apprentissages. Chaque participant est identifié avec un code chiffré précédé de la lettre P. Ainsi, le participant P1 est le premier à avoir été interviewé. La définition des termes figure dans le tableau 2.

Tableau 2. Définitions des termes selon le modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006)

Catégories	Définition des termes
1. Volet 1 : Acquisitions	
1.1. Compétence et compréhension	Ensemble d'énoncés portant sur les changements liés aux apprentissages face aux EFSHV. Compréhension améliorée ou non, amélioration ou non des compétences à travailler les EFSHV des personnes ayant reçu la session.
1.2. Habiletés et connaissances	Augmentation et amélioration ou non des connaissances dans le milieu de travail et l'exercice de la profession. Changements d'attitudes ou non des rôles à jouer par les participants suite à la session
2. Volet 2 : Transfert et Impacts	
2.1. Intégration	Ensemble d'énoncés portant sur des actions concrètes mettant en pratique les notions acquises et les outils fournis lors de la session sur les EFSHV. Mise en place d'actions concrètes ou non dans le cadre de leur travail.
2.2. Partage des apprentissages	Ensemble des énoncés portant sur les collaborations, le réseautage ou les initiatives partenariales ou non à la suite de la session, changements de comportements qui entraînent des résultats positifs ou un avancement.

Acquisitions

Cette section traite des acquisitions de nouvelles habiletés et connaissances et l'influence des sessions sur les compétences et acquis des acteurs sensibilisés.

Compétences et compréhension. Les questions et propos des participants traitent de l'influence des sessions sur les acteurs sensibilisés, sous l'angle de l'acquisition de nouvelles habiletés, connaissances et compétences. Les participants ont évoqué des changements positifs au niveau de leurs compétences et une compréhension accrue suite à la session, P6 commente :

« Mes compétences c'est que je vais avoir une meilleure analyse de la situation. Puis quand ça va être le temps de réfléchir à des pistes de solution ou des façons de procéder, de proposer des solutions aux gens, je vais être capable de mieux cerner tout ce qui entoure les personnes, de mieux cibler les interventions à proposer [...] »

La moitié des participants (n=26) ont confirmé que la session de sensibilisation leur a permis de consolider leurs acquis, leur compréhension et leur niveau de compétences, et ce en clarifiant et précisant les concepts concernant les EFSHV, à ce sujet P7 mentionne :

« [...] je dirais que oui cela a changé beaucoup de choses. C'est comme un dossier dans mon travail, cela me permet d'être mieux préparée aux rencontres, à la préparation des projets que j'ai à faire et quand on en discute, j'ai une meilleure compréhension et un meilleur langage »

Les participants ont aussi constaté qu'au retour sur leur lieu de travail, ils étaient plus conscients des quatre environnements qui les entouraient, ils étaient plus en mesure de distinguer les environnements favorables. Cependant plusieurs participants (n=18) qui travaillaient déjà dans l'optique des EFSHV ont mentionné qu'ils travaillaient de la même façon et que la session n'a pas changé leur niveau de compétences ou de compréhension, P13 rapporte :

«Non je savais pas mal qu'est-ce que c'était un environnement favorable alors ce n'est pas mal resté stable je dirais. »

Habiletés et connaissances. À la question portant sur les notions acquises et leur utilité, nombreux sont les participants (n=36) qui ont appris l'existence des quatre environnements favorables lors de la session. Celle-ci aura permis une meilleure compréhension des concepts des EFSHV et l'apprentissage d'un vocabulaire commun utile dans le cadre de leur travail et dans les tables de concertation. Les notions qui leur ont été communiquées lors de la session leur ont apporté une connaissance plus fine de la notion des environnements favorables, et les exemples concrets mentionnés lors des sessions leur a permis de mieux saisir les EFSHV et l'importance de leur rôle à jouer face à ceux-ci, un participant (P11) explique:

«En fait cela a changé de savoir les quatre environnements. Cela m'a aidé à identifier les environnements qui étaient présents et les choses que je pouvais changer. Dans le fond on est plus alerte à l'amélioration qu'on peut faire, on est capable de trouver les environnements qui sont favorables et ceux qui seraient défavorables. Ça a facilité d'avoir l'information, après on a l'œil plus alerte »

D'un autre côté, quelques-uns (n=5) ont mentionné qu'ils n'avaient acquis aucune nouvelle connaissance, ces participants connaissaient déjà les termes des quatre environnements et les diverses connaissances reliées à ceux-ci, selon cet extrait

«J'avais déjà, avant d'arriver à cette séance de formation là, je pense, beaucoup de connaissances dans ce domaine-là. Mon objectif moi n'était pas de nécessairement apprendre des choses, mais plutôt de prendre contact avec les gens de la communauté »(P10)

Transfert et Impacts

Intégration. Les questions et propos des participants abordent le transfert des acquis et l'impact des sessions sur leurs pratiques en faveur des EFSHV. Plusieurs participants (n=17) estiment difficile de

mettre en place divers projets suite à la session et d'appliquer les notions sur le terrain. Ils ont mentionné qu'ils ne pensaient pas que ces notions acquises serviraient dans l'immédiat, mais davantage dans le futur selon ce que racontent P1 et P3 respectivement:

«Peut-être pas dans l'immédiat, mais probablement dans le futur que cela peut amener parce que moi c'est une banque alimentaire. C'est sûr que tout ce qui touche un peu l'alimentation puis les saines habitudes de vie, donc une meilleure alimentation, ça vient nous chercher un peu»

«Et quand ce temps arrivera, je vais me sentir plus outillée pour mettre les choses en place. On dirait qu'il y a des graines qui ont été semées et qu'elles commencent à pousser tranquillement»

Selon les participants interrogés, c'est un travail de longue haleine. Cependant la grande majorité d'entre eux (n=32) ont pu agir sur leurs environnements à des échelles plus ou moins grandes. Par exemple, dans les cafétérias des milieux professionnels, dans les menus de cantines des écoles, dans la mise sur pied de clubs de marche, ces propos sont illustrés ainsi :

« Ils ont mis en place des combos santé, moins chers que juste acheter du chocolat, donc ils ont vraiment pris le concept d'offrir un environnement économique favorable» (P5)

« J'essaie d'axer mon travail davantage sur le mode actif, je suis en train d'élaborer un plan de transport qui favorise le déplacement autre que la voiture, donc soit à pieds, soit en vélo, à la limite utiliser les transports en commun, ce qui fait que tu vas avoir à marcher une petite distance. J'essaie d'axer mon discours sur les saines habitudes de vie.» (P23)

Partage des apprentissages « Potentiel de changement selon le type d'environnement ». Selon les résultats suivants, l'environnement physique reste le plus influençable, c'est-à-dire le plus facile à modifier. Des 52 participants, 21 ont mis en place des actions face à cet environnement. Certains ont instauré de nouvelles activités sportives et sensibilisé leur entourage sur les SHV, d'autres ont

amélioré les infrastructures déjà en place. Le partage des apprentissages s'est fait dans leur milieu professionnel lorsque les participants ont transféré les connaissances acquises à d'autres collègues, en partageant les contenus des sessions. L'environnement économique affiche un certain potentiel de changements (n=5). Les résultats révèlent que le changement des menus en cafétéria et la diminution du prix des denrées alimentaires des produits sains ont été réalisés en milieu de travail ou dans des écoles ou CPE. L'environnement socioculturel a aussi été abordé (n=5), à titre illustratif :

« Pour nous autres à l'école, on a 52 nationalités alors c'est sûr que si on parle d'environnement socioculturel [...] il y a souvent des valeurs qui se confrontent et l'école doit s'affirmer dans ça. [...] Aussi au niveau de la nourriture c'est très différent. Par exemple, les immigrants qui arrivent ici, souvent ils n'ont pas connu la nourriture minute qu'on a ici alors ils sont très entichés de ça »(P21).

L'environnement politique mentionné par 10 participants semble être le plus difficile à modifier et à influencer :

« [...] je ne pouvais pas appliquer quoi que ce soit à ma profession parce que, premièrement comme attaché politique j'étais vraiment un simple exécutant, je n'avais pas beaucoup de pouvoir de décision. J'étais simple exécutant et mon patron le député avait une façon très rigide de voir les choses, je n'ai rien pu changer vraiment »(P22).

Coefficients de corrélations

Afin d'établir s'il existait une concordance entre les différentes catégorisations présentées dans les deux volets à l'étude, nous avons calculé un indice de corrélation entre ces catégorisations. Les résultats sont résumés dans le tableau 3.

Il existe une concordance positive entre toutes les catégorisations puisque l'indice de corrélation, $C > 0$. Pour les catégorisations A et C, le degré de concordance n'est pas significatif ($C = 0,385$, $P_{uni} = 0,92$, $Z = 1,042$ et $C = 0,412$, $P_{uni} = 0,17$ et $Z = 0,414$). Cela signifie qu'en règle générale suite

aux sessions, l'acquisition de compétences et l'amélioration de la compréhension des EFSHV, concorde mais de façon non significative avec celle de l'affinement des habiletés et connaissances des participants. En effet, comme mentionné plus haut, un tiers des participants (n= 18) déclarent ne pas avoir acquis une meilleure compréhension ou de nouvelles compétences ou aptitudes, en particulier ceux œuvrant déjà en promotion de la santé. C'est aussi le cas de la corrélation entre l'acquisition de connaissances/habiletés et l'intégration/partage des apprentissages. Effectivement, 17 participants déclarent ne pas avoir entrepris d'actions visant la mise en place d'EFSHV suite aux sessions bien qu'ayant acquis de nouvelles habiletés et connaissances.

La corrélation dans la catégorie B est significative, ($C=0,444$, $P_{uni}=0,02$ et $Z= 1,773$). Les nouvelles compétences acquises et l'amélioration de la compréhension concordent de façon significative avec les changements de pratiques et d'actions des participants vers la mise en place d'EFSHV, c'est-à-dire l'intégration et le partage des apprentissages. A la suite des sessions, de nombreux participants (n= 32) déclarent avoir pris plus d'initiatives quant à la mise en place d'infrastructures conduisant aux saines habitudes de vies ou avoir observé des changements de comportements qui engendrent des résultats positifs vers les EFSHV.

Tableau 3 : Corrélations entre les catégorisations

	Habilités/ Connaissances		Intégration/ Partage des apprentissages		Intégration/ Partage des apprentissages			
Compétences, Compréhension	23	2	Compétences, Compréhension	20	2	Habilités/ Connaissances	22	8
	10	4		8	6		2	2
Résultats	Catégorisation A C= 0.385 z= 1.042 P _{uni} = 0.1845		Catégorisation B C= 0.444 z=1.773 P _{uni} = 0.038		Catégorisation C C=0.412 z= 0.414 P _{uni} = 0.339			

Recommandations des participants

En plus de notre entretien prédéterminé, certains participants se sont permis d'émettre des recommandations. Les propos suivant illustrent ces recommandations.

Lors de nos entretiens individuels, le désir mais aussi le besoin d'un suivi et la mise en place d'une deuxième phase plus concrète a été mentionné nombre de fois (^cm=22) par les participants. Les participants ont aussi partagé qu'ils auraient observé un meilleur impact s'il y avait eu plus de documentations fournies à rapporter dans leur milieu de travail. Un des freins majeurs à la mise en place des EFSHV mentionnés plusieurs fois par les participants est le manque voire l'absence de concertation entre les intervenants concernés. Ce passage de P2 illustre la pensée générale :

« La session on avait besoin d'un petit suivi pour concrétiser tout cela. On se bute à quelques défis, plusieurs défis même et on ne sait pas toujours comment prendre ça et on se sent seul alors ça serait le fun d'avoir de l'aide. Ça serait bien d'avoir une phase deux, mais une phase deux

^c m Nombre de fois que la recommandation a été mentionnée.

plus terrain, plus concrète. J'ai senti qu'on s'en allait prendre une formation et c'était ça aussi, mais après ça on s'en retourne tous chez nous et oui j'ai ça à intégrer chez les différents partenaires et c'est difficile, donc cela serait bien d'avoir des ressources pour nous aider.»(P2)

D'autres participants (m=33) recommandent que les sessions soient plus spécifiquement ciblées aux décideurs, ayant un pouvoir de décision, tels que ceux des municipalités, les élus municipaux, et les employés du gouvernement. En ciblant ces acteurs, en les sensibilisant particulièrement en adaptant les sessions à leurs milieux, l'impact sera peut-être plus grand sur la transformation de leur environnement respectif favorisant de saines habitudes de vie, P28 a rapporté :

«Suite à la formation, j'ai bien compris que si on voulait faire un changement, c'était beaucoup aussi au niveau des élus municipaux, pour commencer il faut que la municipalité adopte des changements pour que la population suive aussi.»

Discussion

Acquisitions

Compétences et compréhension, habiletés et connaissances. Nous nous sommes penchés sur la question de l'utilité à court terme des connaissances et des habiletés acquises au cours de la session de sensibilisation sur les EFSHV. Selon les participants, le concept des quatre environnements favorables a été bien véhiculé par les formateurs. Les exemples concrets utilisés au cours de la session leur ont permis de les réinvestir dans leur travail professionnel et par la même occasion de mieux saisir les EFSHV, d'envisager et de conceptualiser des actions visant à rendre les environnements plus favorables. La session leur a permis d'élargir leur répertoire d'actions. Les résultats des entretiens individuels révèlent que les notions acquises par les participants leurs ont été généralement utiles. Par contre, ceux qui évoluaient depuis longtemps dans des domaines liés de près aux saines habitudes de vie ont affirmé ne rien avoir acquis de plus. Ce constat inciterait à prendre en compte le niveau de connaissances sur les SHV des participants lors de futurs déploiements de sessions de sensibilisation (ou de formation) sur les EFSHV. Cela limiterait les pertes en temps, en argent et en énergie dues au manque de précision dans le choix des cibles à qui sont adressées les sessions. Il importe de canaliser les efforts sur des cibles pour qui une prise de conscience, un apprentissage et un changement de pratiques dans le cadre de leur travail soient susceptibles de faire avancer la mise en place des EFSHV (Emploi Québec, 2006). Tel qu'abordé dans la problématique, on souligne que l'approche en regard des environnements favorables pour contrer l'obésité est une nouvelle perspective encore peu documentée à ce jour.

Transfert et Impacts

Intégration. Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés à l'impact sur les changements de pratiques et d'actions. Selon Gérard (2003), des réponses positives ne garantissent pas de la réalité du transfert, mais des réponses négatives indiquent l'existence d'un obstacle. Par

exemple, les participants qui ont vu leur compréhension sur les EFSHV se clarifier et possiblement plus aptes à long terme d'être porteurs de changements sur la mise en place des EFSHV. La session a permis de clarifier et préciser la vision qu'ils avaient des EFSHV, et consolider leur compréhension, leurs acquis et leurs compétences. Les notions qu'ils ont acquises a permis non seulement d'être conscientisés sur l'existence des quatre environnements dans le cadre de leur travail mais aussi sur la manière d'agir et de poser des actions afin de rendre les environnements plus favorables. Ils ont acquis un vocabulaire commun permettant de travailler plus facilement en concertation. En contrepartie, quelques participants ont affirmé n'avoir rien appris et n'avoir rien changé une fois retournés devant leur poste de travail, les affirmations peuvent constituer un obstacle car dans le but d'obtenir un impact le transfert des acquis doit bénéficier aux participants et influencer leurs pratiques professionnelles (INSPQ, 2010).

Partage des apprentissages « Potentiel de changement selon le type d'environnement »

Nous avons constaté que des environnements étaient plus accessibles et plus modifiables que d'autres, en l'occurrence l'environnement physique jugé le plus accessible au transfert et aux changements potentiels, du moins à court et moyen termes (McCreedy et Leslie, 2009). Pour les participants dont la session a eu un impact, leur répertoire d'actions en vue de rendre les environnements plus favorables s'est élargi, et cela pour la plupart du temps en effectuant de petits changements ne faisant pas recours nécessairement ou pas du tout à des moyens financiers d'envergure ou à de grands projets nécessitant l'implication des environnements politique et socioculturel. L'environnement économique aussi, selon les participants est un peu plus modelable du fait que de petits changements peuvent être effectués. Mais en ce qui concerne les supermarchés et autres points de vente alimentaire, l'environnement politique a la main mise sur ces décisions, ce qui rend difficile la possibilité de baisser les prix des aliments sains sans avoir recours à des changements de politiques concernant l'offre alimentaire. Pourtant, l'environnement politique pourrait favoriser une meilleure adhésion aux recommandations alimentaires et diminuer l'obésité

selon Jetter et Cassidy (2006). Les politiques publiques sont importantes en tant que créatrices d'environnements favorables à la saine alimentation (Gérard, 2003). En règle générale, il était quasiment impossible pour la majorité des personnes ayant reçu la session d'apporter un changement sur l'environnement politique. Premièrement à cause d'une absence de pouvoir de décision, deuxièmement à cause d'un manque de volonté des intervenants et des détenteurs de pouvoir.

Limites de l'étude

Lorsqu'il s'agit d'observer la mise en pratique des acquis, l'évaluation ne pose pas trop de difficulté en soi (Gérard, 2003). La limite qui se pose dans cette étude quant à l'évaluation est que l'impact attendu sur le terrain n'est pas prédéfini, et donc de savoir ce qui se faisait avant la session aurait été éclairant. Il est donc difficile de prédéterminer en début de projet quels seront les impacts de la session et après le projet si ces impacts sont uniquement liés à la session.

Recherche future

Premièrement, dans le cadre de cette étude, nous n'évaluons pas l'impact direct sur le terrain, mais celui des changements de pratiques et d'actions tels que perçus par les participants interrogés. Une deuxième phase d'évaluation, par exemple dans un an, permettrait de mesurer les impacts concrets sur le terrain. Deuxièmement, étant donné que nous avons constaté que certains environnements étaient plus accessibles et plus modifiables que d'autres, il serait intéressant de cibler les décideurs de divers secteurs d'influence, comme les politiciens et les élus municipaux, et d'offrir des sessions cette fois-ci de formation adaptées à leur réalité, et ce tel que recommandé par certains participants. Il serait aussi intéressant de suivre ces décideurs sur une base longitudinale afin d'observer les impacts réels sur le terrain qu'ils auront permis d'engendrer dans le long terme.

Conclusion

La majorité des participants attestent un changement de pratiques dû à l'amélioration de leurs aptitudes et connaissances. Les sessions apportent une conscientisation générale sur la manière dont

les quatre environnements peuvent interagir afin d'améliorer les SHV, et la pratique de l'activité physique en particulier. Somme toute, les sessions ont incité à la prise d'initiatives vers la mise en place d'infrastructures afin de rendre les environnements favorables aux SHV.

Remerciements

Les auteurs remercient tout particulièrement Québec en Forme pour son soutien financier sans lequel cette étude n'aurait pu être réalisée.

Références

- Agence de la Santé et des Services Sociaux du Bas-Saint-Laurent. *Session de sensibilisation aux environnements favorables aux saines habitudes de vie, 2006*. Repéré de :
<http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/index.php?id=216> (Accédé le 20 Décembre, 2014)
- Bergeron, P., & Reyburn, S. (2010). *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*. Direction du développement des individus et des communautés. Québec, Québec: Institut National de Santé Publique du Québec. Repéré de :
<http://www.inspq.qc.ca> (Accédé le 28 février, 2015).
- Cohen, D. A., Scribner, R. A., & Farley, T. A. (2000). A structural model of health behavior: a pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive Medicine, 30*(2), 146-154.
- Emploi Québec. (2006). *Guide pour mesurer l'efficacité de la formation*. Emploi Québec. Repéré de :
http://www.pharmabio.qc.ca/Content/Documents/pdf/OutilsGRH/guide_mesurer_efficacite%20version%20finale.pdf (Accédé le 13 Décembre, 2014)
- Geoffrion, P. (2003). Le groupe de discussion. Dans : Gauthier, B. (Éd.). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (p. 333-356). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gérard, F. M. (2003). *L'évaluation de l'efficacité d'une formation*. Repéré de :
<http://fmgerard.be/textes/Outil.pdf> (Accédé le 13 Décembre, 2014)
- Goins, K. V., Schneider, K. L., Brownson, R., Carnoske, C., Evenson, K. R., Eyster, A., ... & Lemon, S. C. (2013). Municipal officials' perceived barriers to consideration of physical activity in community design decision making. *Journal of Public Health Management and Practice, 19*, S65-S73.

- Guignon, S., & Morrissette, J. (2006). Quand les acteurs mettent en mots leur expérience. *Recherches qualitatives*, 26(2), 19-38.
- Hill, J. O., Wyatt, H. R., Reed, G. W., & Peters, J. C. (2003). Obesity and the environment: where do we go from here? *Science*, 299(5608), 853-855.
- Jetter, K. M., & Cassady, D. L. (2006). The availability and cost of healthier food alternatives. *American journal of preventive medicine*, 30(1), 38-44.
- Kirkpatrick D. L., Kirkpatrick J. D. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publications Ltd.
- Lavoie, J., & Panet-Raymond, J. (2011). *La pratique de l'action communautaire*. Québec, Montréal, Presses de l'Université du Québec.
- Laurencelle, L. (2007). Les tableaux de fréquences 2 × 2 et leur traitement statistique. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(1), 23.
- L'Écuyer R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu, Méthodes GPS et concept de soi*. Québec, Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Mccreehy, M., & Leslie, J. G. (2009). Get Active Orlando: changing the built environment to increase physical activity. *American journal of preventive medicine*, 37(6), S395-S402.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation et à la prévention des problèmes reliés aux poids*. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut National de la Santé Publique du Québec. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Morissette, C. (2015). *Un environnement favorable à une saine alimentation: pourquoi et comment?*

Repéré de: <http://veilleaction.org/fr/zone-partenaires/quebec-en-forme/99-reportages/colloque-alimentation-et-sante-des-jeunes-de-l-ithq/784-un-environnement-favorable-a-une-saine-alimentation-pourquoi-et-comment.html> (Accédé le 20 Décembre, 2014).

Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice*

physique et la santé. Repéré de : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/> (Accédé le 20 Décembre, 2014).

Swinburn, B., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine, 29*(6), 563-570.

Taylor, J. P., Evers, S., & McKenna, M. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique, S22-S29*.

VIII. DISCUSSION GÉNÉRALE

L'objectif principal de la présente étude était d'évaluer les sessions de sensibilisation sur les EFSHV, plus précisément sous l'angle des changements de pratiques et d'actions des participants de manière à examiner comment les participants ont été outillés à rendre ces environnements plus favorables aux saines habitudes de l'activité physique et de l'alimentation. Rappelons que le but de ces sessions de sensibilisation était d'amener les acteurs de plusieurs milieux à être davantage sensibilisés quant aux problèmes d'obésité, à mieux comprendre l'effet des environnements sur les habitudes de vie et à réfléchir sur les moyens disponibles pour agir. Les deux objectifs de notre étude étaient de : 1) Décrire l'impact des sessions chez les participants ayant reçu une session, en regard à l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances, habiletés et attitudes de même qu'aux changements de pratiques et d'actions; 2) Examiner l'influence exercée par la session sur la mise en place d'actions par les participants réalisés à la suite des sessions et intégrés dans le cadre du travail, c'est-à-dire du transfert des acquis en faveur des EFSVH. La présente section permet de mettre en évidence différentes recommandations ayant émergé lors des entretiens individuels, ces recommandations que viennent soutenir la littérature scientifique. Les limites seront ensuite présentées.

Recommandations pratiques suite aux sessions

Les résultats de notre étude nous montrent que de manière générale, les sessions ont été bien reçues et ont fourni aux participants de nouvelles habiletés et connaissances, et une meilleure expertise sur le sujet des EFSHV. Plusieurs participants ont pu amorcer, voire mettre en place quelques actions suite aux savoirs acquis. Lorsqu'une session de sensibilisation ou bien une formation est donnée, selon Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006), un changement de comportement est la suite logique des apprentissages. Cependant, la personne recevant la formation aura tendance, au fil du temps à oublier certains savoir-faire acquis lors de sa formation, et encore plus s'il s'écoule un temps avant de pouvoir les exploiter en situation professionnelle. C'est pour cela qu'il est important qu'un suivi de formation s'opère (Gérard, 2001). Lors de nos entretiens individuels, il a été mentionné nombre de fois par les participants le désir, mais aussi le besoin d'un suivi et d'une *phase deux*. Ils ont aussi regretté l'absence de prise d'engagement concret face à la mise en place d'EFSHV à la fin des sessions. Une prise d'engagement à la fin des sessions motiverait davantage leurs initiatives face aux EFSHV, comme cela a été le cas lors de la campagne gouvernementale de promotion « Au Québec, on aime la vie » où les élus municipaux s'engageaient par signature à mettre en place des actions face aux EFSHV (Lachance, Pageau, et Roy, 2006). Les participants ont aussi partagé qu'ils auraient observé un meilleur impact s'il y avait eu plus de documentations fournies à réinvestir dans leurs milieux de travail. Aussi, ils suggèrent qu'il aurait été utile de se rencontrer à nouveau quelques mois après la session avec les formateurs afin de faire des rappels de principaux savoir-faire acquis et le suivi des éventuelles actions effectuées après ladite session. En d'autres termes, l'organisation d'une deuxième phase, mais plus axée sur la formation en vue de réels changements de sensibilisation plus concrets ressort des entretiens. La deuxième phase qui constituerait la mise en œuvre d'un processus de consultation pourrait être déterminée par un comité de suivi. Cela permettra d'avoir un regard sur une plus grande variété de perspectives pour cibler des aspects en particulier, tels que ceux mentionnés dans la rubrique suivante : améliorer la concertation et le réseautage, cibler plus spécifiquement les acteurs, adapter les sessions aux cibles.

Recommandations visant l'amélioration des impacts des sessions

La première recommandation vise l'amélioration de la concertation. Celle-ci représente un des freins majeurs à la mise en place des EFSHV mentionnés plusieurs fois par les participants est le manque voire l'absence de concertation. Lorsqu'il est question d'amélioration ou de transformation des environnements pour les rendre favorables aux saines habitudes de vie, on ne peut pas travailler seulement dans un domaine, mais plutôt selon une approche globale et concertée avec d'autres acteurs (Beuret, 2006). Les recommandations des participants révèlent que ne pas travailler en concertation, surtout avec les personnes détentrices de pouvoir, diminue l'impact que les sessions pourraient avoir à court et à long termes, à grande échelle ou petite échelle. Il y a beaucoup d'acteurs qui sont impliqués de près ou de loin dans le projet des environnements favorables aux saines habitudes de vie. Ils ont tous des rôles importants à jouer pour faire de la promotion de la santé. On entend par acteurs les décideurs des municipalités, les élus municipaux, les intervenants des municipalités, des écoles, des commissions scolaires, des milieux de garde, des milieux de travail, des milieux communautaires, les intervenants du domaine du loisir et du sport, du secteur agroalimentaire, de la santé, des transports, de la mode, de la publicité, des médias et finalement, les intervenants de divers paliers du gouvernement. Tous ces acteurs doivent avoir une vision commune et travailler en concertation (MSSS, 2012). Selon l'Association pour la santé publique du Québec (2011), les professionnels de la santé et les urbanistes doivent travailler en concertation afin d'offrir un aménagement urbain adéquat pour la communauté. La collaboration des décideurs est requise afin de fournir des interventions efficaces. Dans le même ordre d'idée, il doit y avoir une conscientisation des élus et des décideurs, il faut que ceux-ci comprennent l'impact de leurs décisions prises ou celles à venir. L'alliance entre les domaines de la santé et de l'urbanisme est également importante car elle permet de se donner des occasions d'échanges grâce à des colloques, des forums, des consultations. Il est primordial de se rassembler afin d'échanger sur ce qui est bien et sur ce qui pourrait être mieux, de toujours être ouvert aux changements dans le but d'y voir des améliorations. Il est d'une grande importance que les acteurs des différents milieux puissent

échanger pour faire valoir les objectifs de santé afin de pouvoir adapter l'aménagement du territoire. Cela pourrait mener à la création de nouveaux environnements favorables aux saines habitudes de vie (Santé Publique Canada, 2011). La deuxième recommandation serait de cibler plus précisément les acteurs. En plus de la concertation, les entretiens ont fait émerger des recommandations quant à l'adaptation des sessions plus spécifiquement ciblées aux décideurs, c'est-à-dire ceux ayant des pouvoirs d'influence et de décision, tels les décideurs des municipalités, les élus municipaux, les personnes détenant des pouvoirs d'influence au sein du gouvernement. En ciblant ces acteurs, en les sensibilisant particulièrement en adaptant les sessions à leurs milieux, l'impact sur la transformation de leur environnement respectif est susceptible de le rendre plus favorable aux saines habitudes de vie. Ces acteurs détiennent des pouvoirs de décision et ne sont pas de simples exécutants. Ces acteurs d'influence ont des rôles très importants à jouer et qui peuvent avoir un impact significatif auprès de la communauté. Un travail de concertation entre ces groupes ne peut que favoriser et permettre des conditions propices à la santé pour la population (INSPQ, 2014). En somme, un des plus grands obstacles est que le travail en collaboration soit encore trop souvent négligé lorsqu'on aborde les environnements favorables aux saines habitudes de vie. Pourtant, la réalisation d'actions positives est tellement simplifiée lorsque les différents acteurs travaillent en concertation. Ces sessions de sensibilisation restent uniques et se distinguent des autres plans d'action gouvernementaux et politiques gouvernementales déployés et connus à ce jour.

Limites de l'étude

Lorsqu'il s'agit d'observer la mise en pratique des acquis, l'évaluation ne pose pas trop de difficulté en soi (Morissette, 2015). La limite qui se pose dans cette étude quant à l'évaluation est que l'impact attendu sur le terrain n'est pas prédéfini, savoir ce qui se faisait avant la session aurait été bénéfique. Une limite aussi est que les personnes peuvent avoir des perceptions erronées. Il est donc difficile de prédéterminer en début de projet quels seront les impacts de la session et après le projet si ces impacts sont uniquement liés à la session.

IX. CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS

Implications pour le milieu

Nos résultats laissent entrevoir l'environnement physique comme étant le plus modelable, c'est-à-dire le plus facile à modifier. L'environnement physique peut avoir un impact très positif sur le niveau d'activité physique des individus et leur santé, cet environnement correspond à l'identité, la forme et le caractère d'une communauté (Lachance et al., 2006). Il y a également une relation très importante à établir entre l'activité physique, la santé et l'environnement (Bergeron et Reyburn, 2010; Frank, Engelke, et Schmid, 2003). Se concentrer sur le potentiel de cet environnement est crucial car la qualité et l'apparence des structures physiques transmettent un message qui peuvent influencer le comportement des individus, surtout si cet individu possède les connaissances minimales en matière de santé (Cohen et al., 2000; Lachance et al., 2006). Cependant il est aussi pertinent d'influencer à plus grande échelle les environnements politique et économique, les deux environnements les moins influençables et les plus difficiles d'accès. Ces environnements ont la main mise sur les autres environnements mais aussi sur le secteur municipal. En conséquence, les quatre environnements doivent être constamment en interaction dans le but de promouvoir la santé de façon optimale. Ce sont des environnements qui exercent une influence positive sur le comportement concernant les saines habitudes de vie des gens (Réseau québécois de villes et villages en santé, 2014). Les participants de notre étude ont insisté à maintes reprises sur le rôle des acteurs municipaux comme promoteurs de la santé, c'est pour cela que nous croyons que la municipalité et ses acteurs sont incontournables quant à la mise en place d'EFSHV. Des sessions leur étant spécialement ciblées seraient profitables, car le fait que certains élus ou certains directeurs généraux n'intègrent pas dans leurs stratégies des aspects concernant les environnements favorables parmi les priorités municipales est aussi un phénomène qui est observé (Goins, Schneider, Brownson, Carnoske, Evenson, Eyler, et Lemon, 2013). Nous pensons qu'il y aurait des efforts à faire en ce sens afin de conscientiser les décideurs et les gens qui ont un impact réel sur la communauté. Les acteurs au sein de la municipalité (maire, élus municipaux et autres) ont un grand rôle à jouer dans les

décisions en ce qui concerne l'identité de la ville ou de leur communauté. C'est à eux que revient la prise de décisions concernant les infrastructures, les activités et tout ce qui touche au domaine de l'économie et de l'offre alimentaire.

Implications pour la recherche future

À notre avis, la présente étude ouvre une nouvelle perspective de recherche pour aborder l'obésité, les maladies chroniques et leurs conséquences. Les sessions sont axées non sur l'individu directement mais sur les environnements qui l'entourent, et sur les acteurs pouvant agir sur ces environnements. La présente étude cherchait à évaluer les changements de pratiques et d'actions des acteurs suite aux sessions. Or le secteur municipal vu comme acteur décisionnel et l'environnement politique ont suscité notre intérêt et devraient être investigués davantage. Il serait intéressant de considérer cet environnement plus spécifiquement puisqu'il influence la communauté en regard à l'alimentation, l'activité physique, l'infrastructure et l'aménagement du territoire. Nous croyons que des travaux ultérieurs similaires à notre étude, réalisés selon une approche qualitative à l'aide d'entretiens individuels ou de groupes de discussions seraient pertinents. D'autres recherches pourraient s'intéresser à l'évaluation d'activités de sensibilisation ou de formation dispensées aux décideurs municipaux et politiques de manière à examiner à long terme les actions concrètes posées sur le terrain. Il serait aussi intéressant de suivre ces décideurs sur une base longitudinale afin d'observer les impacts réels sur le terrain qu'ils engendrent dans le long terme.

Ceci nous amène à revenir sur le modèle à quatre niveaux de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006) et à rappeler que notre étude s'est intéressée aux trois niveaux supérieurs de la pyramide. Les résultats ont révélé que les sessions de sensibilisation ont permis aux participants de prendre conscience des quatre environnements liés aux saines habitudes des vie, et d'acquérir de nouvelles habiletés, connaissances, globalement de nouveaux apprentissages (niveau deux) tels que soulignés à la suite des sessions. Aussi les résultats émanant de l'étude font écho au transfert (niveau trois) dans la mesure où les participants prennent de nouvelles initiatives en faveur des environnements,

en d'autres mots, ils posent des actions vers des environnements favorables aux saines habitudes de vie. D'un autre côté, nos résultats ne permettent pas de conclure à de véritables résultats tangibles au plan organisationnel ou transfert (niveau quatre), tel qu'illustré par la pointe de la pyramide de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006). À la défense de l'étude, il importe de rappeler qu'il s'agissait de sessions de sensibilisation et non de formation, ce qui laisse croire que les résultats de type organisationnel soient moins marqués (Bosmam et al., 2000; Handicap International, 2008)

RÉFÉRENCES

- Agence de la Santé et des Services Sociaux du Bas-Saint-Laurent. *Session de sensibilisation aux environnements favorables aux saines habitudes de vie, 2006*. Repéré sur : <http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca/index.php?id=216>.
- Agence de la Santé Publique du Canada. (2010). *Maladies Chroniques et obésité au Canada*. Repéré sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/sum-res-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *Obésité au Canada*. Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Repéré sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>
- Anis, A. H., Zhang, W., Bansback, N., Guh, D. P., Amarsi, Z., & Birmingham, C. L. (2010). Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study. *Obesity Reviews, 11*(1), 31-40.
- Association pour la santé publique du Québec. Bulletin de santé publique. (2011). *Urbanisme et promotion de la santé. Pensez nos villes autrement : un choix gagnant*. Repéré sur : <http://www.aspq.org/uploads/pdf/4dcaa2cb78cd7bsp-urbanisme-et-sante-hr.pdf>
- Basdevant, A. (2006). L'obésité : origines et conséquences d'une épidémie. *Comptes Rendus Biologies, 329*(8), 562-569.
- Basdevant, A. (2008). Obésité : évolution des conceptions physiopathologiques. *Revue du Rhumatisme, 75*(10-11), 935-936.
- Basrur, S. (2004). *Rapport du médecin hygiéniste en chef: poids santé, vie saine*. Ontario, Toronto: Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Repéré sur : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/cmoh04_report/healthy_weights_112404f.pdf
- Bazzano, L. A., He, J., Ogden, L. G., Loria, C. M., Vupputuri, S., Myers, L., & Whelton, P. K. (2002). Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease in US adults: the first National Health

- and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 76(1), 93-99.
- Bergeron, P., & Reyburn, S. (2010). *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids : synthèse*. Québec, Québec : Institut National de la Santé Publique du Québec.
- Beuret, J. E. (2006). *La conduite de la concertation: pour la gestion de l'environnement et le partage des ressources*. France, Paris : Harmattan.
- Boarnet, M. G., Anderson, C. L., Day, K., McMillan, T., & Alfonzo, M. (2005). Evaluation of the California Safe Routes to School legislation: urban form changes and children's active transportation to school. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2), 134-140.
- Booth, K. M., Pinkston, M. M., & Poston, W. S. C. (2005). Obesity and the built environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(5, Supplement), 110-117.
- Booth, S. L., Sallis, J. F., Ritenbaugh, C., Hill, J. O., Birch, L. L., Frank, L. D., and al. (2001). Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: Rationale, influences, and leverage points. *Nutrition Reviews*, 59(3), S21-S39.
- Bosman, C., Gerard, F. M., & Roegiers, X. (Eds.). (2000). *Quel avenir pour les compétences? De Boeck Supérieur*, p. 135-140.
- Bouchard, C. (2000). « Introduction ». In : C. Bouchard (Dir.), *Physical Activity and Obesity* (p. 3-19), Champaign (Illinois), Human Kinetics.
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological models of human development. *Readings on the Development of Children*, 1993, 37-43.
- Centers of Disease Control and Prevention. (2013). *Overweight and obesity*. Repéré sur : <http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html#Common>
- Coalition québécoise sur la problématique du poids et Centre d'écologie urbaine de Montréal. (2011). *Mémoire portant sur l'avant-projet de Loi sur l'aménagement durable du territoire et l'urbanisme*. Québec, Montréal.

- Cohen, D. A., Scribner, R. A., & Farley, T. A. (2000). A structural model of health behavior: a pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level. *Preventive Medicine, 30*(2), 146-154.
- Creative Commons. (2011). *Du pain sur la planche. Une politique alimentaire populaire pour le Canada*. Repéré sur : <http://foodsecurecanada.org/sites/foodsecurecanada.org/files/FSC-resetting2012-8half11-lowres-FR.pdf>
- Davis, B., & Carpenter, C. (2009). Proximity of fast-food restaurants to schools and adolescent obesity. *American Journal of Public Health, 99*(3), 505-510.
- De Bandt, J.-P. (2004). Nutrition et obésité. *Nutrition Clinique et Métabolisme, 18*(3), 147-155.
- Frank, L., Engelke, P., & Schmid, T. (2003). *Health and community design: the impact of the built environment on physical activity*. Island Press.
- Frellick, M. (2013). *AMA declares obesity a disease*. *Medscape Medical News*. Repéré sur : <http://www.medscape.com/viewarticle/806566>
- Froguel, P., Guy-Grand, B., & Clement, K. (2000). Génétique de l'obésité: vers la compréhension d'un syndrome complexe: Obésité. *La Presse Médicale, 29*(10), 564-571.
- Galvez, M. P., Hong, L., Choi, E., Liao, L., Godbold, J., & Brenner, B. (2009). Childhood obesity and neighborhood food-store availability in an inner-city community. *Academic Pediatrics, 9*(5), 339-343.
- Glanz, K., Sallis, J. F., Saelens, B. E., & Frank, L. D. (2005). Healthy nutrition environments: concepts and measures. *American Journal of Health Promotion, 19*(5), 330-333.
- Gibson, D. M. (2011). The neighborhood food environment and adult weight status: estimates from longitudinal data. *American Journal of Public Health, 101*(1), 71-78.
- Gérard, F. M. (2001). L'évaluation de la qualité des systèmes de formation. *Mesure et évaluation en éducation, 24*(2-3), 53-77.

- Gérard, F. M. (2003). *L'évaluation de l'efficacité d'une formation*. Repéré sur :
<http://fmgerard.be/textes/Outil.pdf>
- Goins, K. V., Schneider, K. L., Brownson, R., Carnoske, C., Evenson, K. R., Eyster, A., & Lemon, S. C. (2013). Municipal officials' perceived barriers to consideration of physical activity in community design decision making. *Journal of Public Health Management and Practice*, 19, S65-S73.
- Geoffrion, P. (2003). Le groupe de discussion. DNS : Gauthier, B. (Ed.). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (p. 333-356). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (2001). *Stratégie de promotion d'un mode de vie sain*. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Repéré sur :
http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_fr_hls.pdf
- Gouvernement du Canada, (2003). *Loi favorisant l'activité physique et le sport*. Gouvernement du Canada. Repéré sur : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/p-13.4/page-1.html>
- Gouvernement du Québec. (2008). *Pour un virage santé à l'école*. Gouvernement du Québec. Repéré sur : <http://www.mels.gouv.qc.ca/contenus-communs/education/virage-sante-a-lecole/politique-cadre/>
- Gouvernement du Nouveau Brunswick. (2014). *Communautés saines et incluses*. Gouvernement du Nouveau Brunswick. Repéré sur : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/csi/Mieux-etre.html>
- Gouvernement du Nouveau Brunswick. (2014). *La stratégie du mieux-être 2014-2021, au cœur de notre avenir*. Repéré sur : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/csi/Mieux-etre.html>
- Government of Alberta. (2011). *Active Alberta 2011-2021*. Alberta: Government of Alberta. Repéré sur : <http://tpr.alberta.ca/activealberta/docs/ActiveAlbertaPolicy.pdf>

- Guignon, S., & Morrissette, J. (2006). Quand les acteurs mettent en mots leur expérience. *Recherches qualitatives*, 26(2), 19-38.
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9(1), 88.
- Handicap International. (2008) *Guide pratique : réaliser une action de sensibilisation à la situation des personnes handicapées*. Handicap International.
- Hill, J. O., Wyatt, H. R., Reed, G. W., & Peters, J. C. (2003). Obesity and the environment: where do we go from here? *Science (New York, N.Y.)*, 299(5608), 853-855.
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2009). *Coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois*. Repéré sur :
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/983_NutritionResume_FNL.pdf
- Institut national de Santé Publique du Québec, fichier de données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 (données non publiée). Québec: Gouvernement du Québec. Repéré sur : www.inspq.qc.ca
- Institut national de Santé Publique du Québec. (2009). *Le zonage municipal: un outil contribuant à créer un environnement bâti favorable aux saines habitudes alimentaires*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2014). *Besoins de soutien à l'intervention en milieu municipal: points de vue d'acteurs de promotion-prévention*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré sur : www.inspq.qc.ca
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2014). *Environnements socioculturels et habitudes de vie des adolescents : pour mieux comprendre pour mieux agir*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré sur :
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1774_EnvSocioCultHabVieAdos

- Jalbert, Y., & Mongeau, L. (2006). *Prévenir l'obésité: un aperçu des programmes, plans d'action, stratégies et politiques sur l'alimentation et la nutrition*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Jeunes en forme Canada (2014). *Le Canada est-il dans la course?* Repéré sur : http://dvqdas9ity7g6.cloudfront.net/reportcard2014/AHKC_2014_ReportCard_Short_FR.pdf
- Jetter, K. M., & Cassady, D. L. (2006). The availability and cost of healthier food alternatives. *American journal of preventive medicine*, 30(1), 38-44.
- Kino-Québec. (2004). *Avis sur les stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluating Training Programs: the four levels* (3rd ed.). San Francisco: Berrett-Koehler Publisher.
- Lachance, B., Pageau, M., & Roy, S. (2006). *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2012*. Repéré sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-08W.pdf>.
- Lamontagne, C., & Chaumette, P. (2008). *Chaque jour moi j'croque cinq fruits et légumes*. Repéré sur : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/interventions/chaque-jour-moi-jcroque-5-fruits-et-legumes/>
- Lavoie, J., & Panet-Raymond, J. (2011). *La pratique de l'action communautaire*. Québec, Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Lamoureux, H. (2002). *La pratique de l'action communautaire*. Québec, Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Langin, D., Combris, P., & Saussede, J. (2013). Obésités : de la structuration nationale à la stratégie européenne. *Obésité*, 1-18.

- Martin, C. & Arcand, L. (2005). *École en santé : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*. Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Institut national de santé publique du Québec.
- Milio, N. (1981). *Promoting health through public policy*. FA Davis Company Philadelphia, PA.
- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation. (2011). *Donner le goût du Québec. Livre vert pour une politique bioalimentaire*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1998). *La Politique de la santé et du bien-être*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2006). *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut National de la Santé Publique du Québec. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Saine alimentation*. Repéré sur <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/nutrition/index.php?Saine-alimentation>
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2008). *En forme et en santé*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère des Transports. (2008). *Programme d'aide gouvernementale aux modes de transport alternatifs à l'automobile*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère des Transports. (2014). *Vélo Ontario: Stratégie ontarienne de promotion du vélo*. Ontario : Ontario Government.

- Ministry of Transportation. (2014). *Stratégie cycliste*. Ontario Gouvernement. Repéré sur:
<http://www.mto.gov.on.ca/french/pubs/cycling/>
- Morissette, C. (2015). *Un environnement favorable à une saine alimentation: pourquoi et comment?*
Repéré sur: <http://veilleaction.org/fr/zone-partenaires/quebec-en-forme/99-reportages/colloque-alimentation-et-sante-des-jeunes-de-l-ithq/784-un-environnement-favorable-a-une-saine-alimentation-pourquoi-et-comment.html>
- National Health and Medical Research Council. (2014). *Obesity and Overweight*. Australian
Gouvernement. Repéré sur : <https://www.nhmrc.gov.au/your-health/obesity-and-overweight>
- Ndiaye, M. F. (2007). Obésité en Afrique : définitions et épidémiologie. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie*, 1(1), 71-75.
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2014). *About Healthy people*. Departements of
Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Charte
adoptée lors de la Première Conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa:
Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. Organisation mondiale de la Santé, série de rapports techniques (894).
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Repéré sur : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *Tackling obesity by creating healthy residential environments*. Organisation mondiale de la santé.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013) *Obésité et surpoids*. Repéré sur :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- Paquin, S. (2009). *Le zonage municipal : un outil contribuant à favoriser un environnement bâti favorable aux saines habitudes alimentaires*. Direction du développement des individus et de la communauté. Québec : Institut National de Santé Publique du Québec.
- Producteurs laitiers du Canada. (2012). *Éducation nutrition*. Québec : Gouvernement du Québec.
 Repéré sur : <http://www.educationnutrition.org/programmes-education/section/prescolaire/index/ressources.aspx>
- Puder, J. J., & Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 34, S37-S43
- Réseau québécois de villes et villages en santé. (2014). *Les municipalités engagées pour le bien-être de leurs citoyens. Prendre soin de notre monde*. Repéré sur:
<http://www.rqvvs.qc.ca/documents/file/%20brochure-Prendre-soin-de-notre-monde.pdf>
- Reyburn, S. (2010). L'urbanisme favorable à la santé: une revue des connaissances actuelles sur l'obésité et l'environnement bâti. *Environnement Urbain/Urban Environment*, 4, d1-d26.
- Santé Publique Canada. (2011). *Guide alimentaire Canadien*. Gouvernement du Canada. Repéré sur :
<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>
- Statistiques Canada. (2011). *Fichier de micro-données à grande diffusion de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. Gouvernement du Canada. Repéré sur :
<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Pratique-dune-activite-physique-durant-les-loisirs-selon-lage-et-selon-le-sexe>
- Statistiques Canada (2014). *Coup d'œil sur la santé*. Gouvernement du Canada. Repéré sur :
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2014001/article/11922-fra.pdf>

- Société canadienne de physiologie et de l'exercice. (2014) Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention des adultes âgés de 18 à 64 ans. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré sur : http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_older-adults_fr.pdf
- Swinburn, B., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments : the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for besity. *Preventive Medicine*, 29(6), 563-570.
- Taylor, J. P., Evers, S., & McKenna, M. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, S22-S29.
- Tejekema, M. et M. Shields (2005). *Obésité mesurée : obésité chez les adultes au Canada*. Ottawa, Statistiques Canada, produit no 82-620-MWF20050001.
- The White House. (2010). *Child Nutrition Reauthorization Healthy, Hunger free Kids act of 2010*. The White House.
- Tilman, D., & Clark, M. (2014). Global diets link environment sustainability and human health. *Nature*. 515(7528), 518-522.
- United States Department of Agriculture. (2014). *Smart Snacks in School*. Repéré sur : <http://www.fns.usda.gov/healthierschoolday/tools-schools-focusing-smart-snacks>
- Wang, F., Wild, T. C., Kipp, W., Kuhle, S., & Veugelers, P. J. (2009). The influence of childhood obesity on the development of self-esteem. *Health Reports*, 20 (2), 21-27.