

Cahier de nutrition publique

Numéro 3 – Janvier 2004
Révisé – 2006

Introduction à la partie « PRECEDE » du modèle « PRECEDE-PROCEED » pour planifier et évaluer des programmes de promotion de la santé – son application en nutrition publique

*Micheline Beaudry, Ph.D.
Anne-Marie Hamelin, Ph.D.*

Avec la collaboration de :
*Sonia Blaney, candidate au doctorat en nutrition
Karine Gravel, stagiaire en nutrition*



Groupe d'études en nutrition publique (GENUP)

Département des sciences des aliments et de nutrition
Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation

La nutrition publique se préoccupe de la sécurité nutritionnelle des populations en vue de solutionner à la source les principaux problèmes qui l'affectent et d'en accélérer le processus. Contrairement au modèle bio-médical, la nutrition publique privilégie une approche de promotion de la santé dans la perspective de la 'santé des populations'. Aussi considère-t-elle les populations plutôt que les individus et prend-elle en compte le contexte sociétal. Elle cherche à favoriser le regroupement des forces requises en vue de réaliser le potentiel qu'offre à la société une meilleure nutrition. Ses fondements reposent sur la reconnaissance du droit à la santé et du droit à l'alimentation, ainsi que sur la nécessité de réduire les inégalités sociales. Son émergence fait d'ailleurs suite au constat des limites d'une approche trop souvent individuelle, curative, empirique ou technologique face à d'importants phénomènes de société.

La nutrition publique cible tant les activités de recherche que de formation et d'intervention. Elle s'intéresse non seulement à l'appréciation des problèmes et à l'analyse de leurs déterminants, mais aussi et surtout, à l'action concertée nécessaire pour les résoudre dans l'intérêt des populations. C'est pourquoi on la dit 'publique'; mais aussi parce qu'elle relève d'une responsabilité partagée entre la société civile et l'état et, en ce sens, elle interpelle tant les représentants du public et du secteur privé que les gouvernements. Son approche est axée sur deux grands impératifs qui visent tous deux à améliorer le contrôle que peuvent exercer les individus sur leur alimentation et leur santé : améliorer l'environnement alimentaire et les conditions de vie de la population, et rendre la population plus apte à exercer ce contrôle.

C'est pour faciliter le déploiement de ce champ tant aux plans théorique qu'appliqué que le Groupe d'études en nutrition publique (GENUP) s'implante au département des sciences des aliments et de nutrition à l'Université Laval depuis 2003.

Pour tout renseignement concernant le GÉNUP, s'adresser au :

Groupe d'études en nutrition publique

Département des sciences des aliments et de nutrition

Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation

Pavillon Paul-Comtois

Université Laval

Québec (Québec) Canada G1K 7P4

ou encore consulter le site Internet : <http://www.genup.fsaa.ulaval.ca>

Cette publication a été réalisée et produite par le GÉNUP qui en assure aussi la distribution.

La reproduction en partie ou en totalité du présent document est autorisée à condition que la source soit citée.

Cahier de nutrition publique

Numéro 3 – Janvier 2004
-Révisé – 2006

Introduction à la partie « PRECEDE » du modèle « PRECEDE-PROCEED » pour planifier et évaluer des programmes de promotion de la santé – son application en nutrition publique

*Micheline Beaudry, Ph.D.
Anne-Marie Hamelin, Ph.D.*

Avec la collaboration de :
*Sonia Blaney, candidate au doctorat en nutrition
Karine Gravel, stagiaire en nutrition*

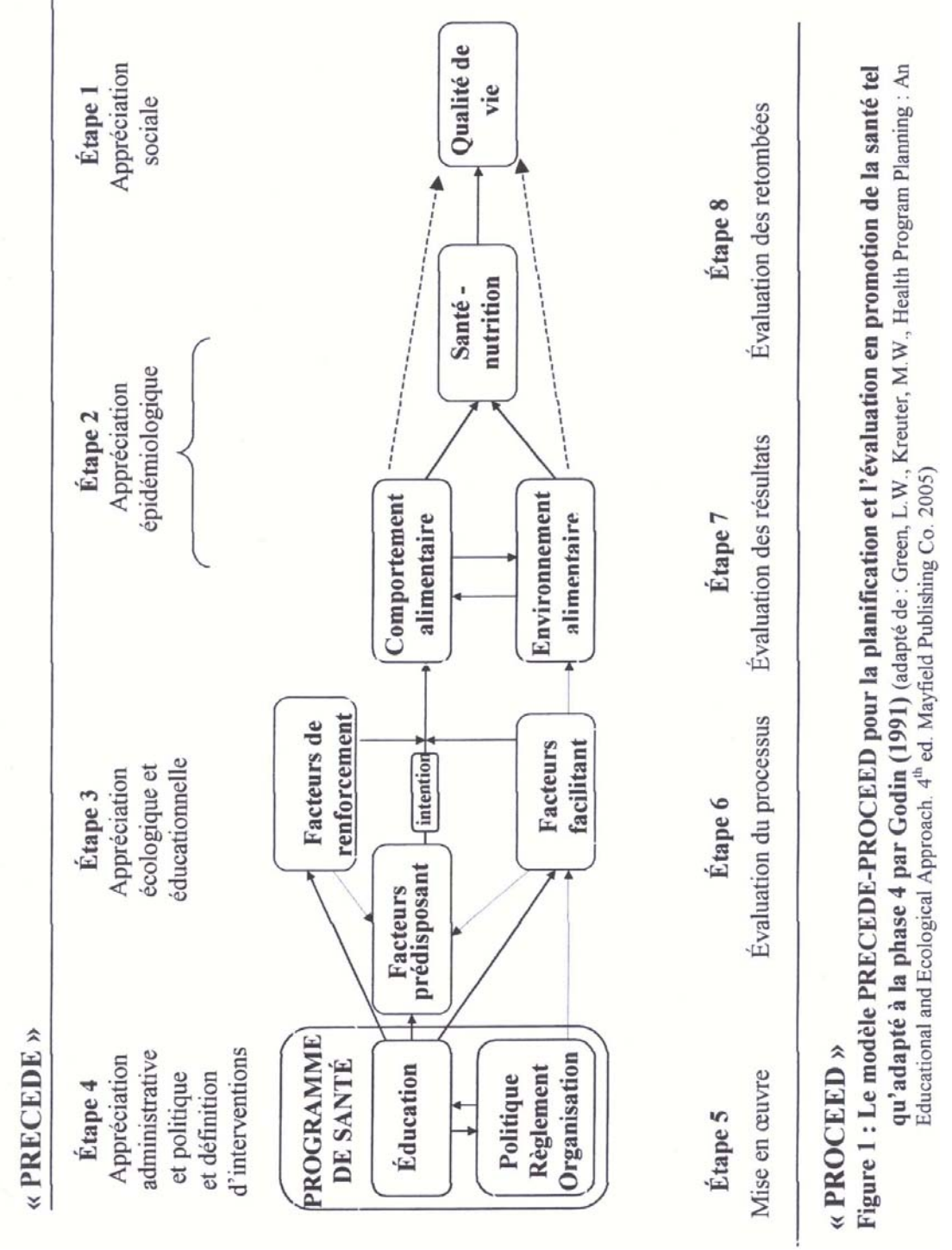


Groupe d'études en nutrition publique (GÉNUP)
Département des sciences des aliments et de nutrition
Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
ÉTAPE 1 : APPRÉCIATION DES ASPECTS SOCIAUX DES BESOINS	6
Mise en priorité	8
Démarche à suivre.....	9
ÉTAPE 2 : APPRÉCIATION DES ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES BESOINS : SANTÉ NUTRITIONNELLE, COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE.....	13
Index de la qualité de l'alimentation.....	18
Les comportements alimentaires.....	21
L'environnement alimentaire.....	22
Mise en priorité	26
Démarche à suivre.....	29
ÉTAPE 3 : APPRÉCIATION ÉCOLOGIQUE ET ÉDUCATIONNELLE DES BESOINS	34
Facteurs « prédisposants »	35
Facteurs «facilitants»	44
Facteurs de renforcement	45
Démarche à suivre.....	47
ÉTAPE 4 : APPRÉCIATION ADMINISTRATIVE ET POLITIQUE	52
Démarche à suivre.....	56
ANNEXE – OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES	57

Figure 1. Le modèle PRECEDE-PROCEED pour planifier et évaluer des programmes de promotion de la santé



Introduction

Le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter¹ est souvent utilisé pour planifier et évaluer des programmes pour promouvoir la santé des populations au Québec et ailleurs. Son intérêt réside, entre autres, dans le fait qu'il dirige d'abord l'attention sur les résultats plutôt que sur les intrants : quels sont les résultats souhaités dans la communauté d'intérêt, d'abord quant à la qualité de vie et la santé? Dans ce texte, nous nous intéressons à l'utilisation de ce modèle pour promouvoir la santé nutritionnelle. Il vise alors à comprendre les comportements alimentaires et les environnements alimentaires reliés aux résultats souhaités afin de pouvoir planifier et évaluer des interventions qui influenceront à la fois ces comportements et les conditions de vie associés. C'est dans cette logique que **PRECEDE² représente la première composante du modèle, soit celle de l'appréciation et de l'analyse des besoins de la communauté (figure 1)**. Elle « précède » le résultat et correspond aux quatre étapes nécessaires pour y arriver. La composante PROCEED³ suit ces étapes et « procède » à la mise en œuvre et à l'évaluation du programme qui répondra aux besoins identifiés. Les étapes de la composante PROCEED ne sont toutefois pas abordées dans le présent document.

Les étapes de la composante PRECEDE dans une communauté donnée correspondent à **l'appréciation et l'analyse des besoins** quant aux :

1. Aspects sociaux (qualité de vie);
2. Aspects épidémiologiques : santé nutritionnelle, comportement alimentaire et environnement alimentaire associés;
3. Aspects écologiques et éducationnels des comportements alimentaires;
4. Aspects administratifs et politiques du contexte dans lequel le programme se déroulera.

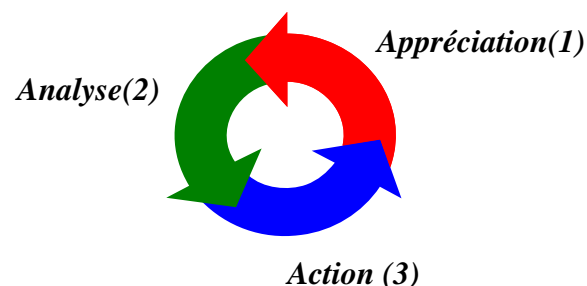
¹ Green, L.W. et M.W. Kreuter : Health Promotion Planning : An Educational and Ecological Approach. 4th edition. Mayfield Publishing Company. 2005 (672 pp.).

² PRECEDE : Acronyme pour *Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*.

³ PROCEED : Acronyme pour *Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*.

À chaque étape, on précise davantage les **besoins** de la communauté ... (*appréciation et analyse*). C'est pour répondre à ces besoins qu'un programme sera *par la suite* planifié et mis en œuvre (*action*). C'est le cycle du triple « A » (figure 2), chaque cycle *d'appréciation, analyse* et *action* permettant de toujours mieux se rapprocher d'une réponse aux besoins de la communauté. Il s'agit d'un processus itératif.

Figure 2. Cycle du triple « A »



La participation active des membres de la communauté et de ses principaux acteurs est cruciale à toutes les étapes de l'évaluation des besoins⁴. Après tout, un des buts des programmes en promotion de la santé est d'accroître la qualité de vie en rendant les gens *capables* d'adopter et de maintenir un style de vie sain. Pour se maintenir à *long terme*, les changements de comportement et d'environnement induits par les programmes doivent s'inscrire dans la réalité communautaire. Les programmes conçus et développés en faisant abstraction de l'esprit et de la réalité quotidienne de la communauté, ou avec une participation limitée des citoyens, sont voués à l'échec dès que les ressources initiales sont épuisées. Il est donc important de **comprendre la nature de ce qui préoccupe la population, directement par la voix de ses membres. Sans leur participation active aux décisions qui sont prises à chaque étape, on ne peut obtenir de tels résultats**. Les agences spécialisées (ex. : de santé publique, d'organismes communautaires, etc.) peuvent toutefois fournir un encadrement et une assistance technique.

<p>L'appréciation et l'analyse des besoins : un partenariat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Votre équipe - Membres de la communauté - Représentants de l'organisme communautaire - Autres acteurs dans la communauté
--

⁴ Bien qu'à chaque étape du modèle on parle surtout d'appréciation des besoins, c'est toujours dans le sens d'apprécier (Quels sont-ils ?) et d'analyser (Pourquoi ? Quelles sont les priorités ?) les besoins. On donnera le même sens à l'expression « l'évaluation des besoins ».

Étape 1 : Appréciation des aspects sociaux des besoins

L'appréciation des aspects sociaux des besoins correspond au processus d'appréciation et d'analyse des besoins de la communauté quant à ses aspirations, et ce tels que **perçus** par la population elle-même. Ces besoins sont associés à la **qualité de vie**, aux espoirs et souhaits de toutes sortes des membres de la communauté. Leur appréciation a un caractère **subjectif**. Elle exige une participation active de la population par diverses méthodes conçues pour accroître notre **compréhension de la communauté**. On doit tenter de saisir la réalité avec le concours des membres de la communauté et des divers acteurs qui l'influencent, **et non** présumer des besoins.

Pour y arriver, il faudra d'abord obtenir quelques données objectives et faire un portrait de la communauté, lequel nous permettra de solliciter d'emblée cette participation d'une façon qui corresponde davantage au milieu (ex. : jeunes vs personnes âgées; en santé vs malade; milieu aisé vs défavorisé).

À cette étape, on commence par bien décrire les membres de la communauté étudiée, leurs caractéristiques sociales et démographiques, les services auxquels ils ont accès, etc. (tableau 2). Il s'agit de commencer à connaître la communauté pour savoir qui on doit consulter plus à fond. Une population du troisième âge aura des préoccupations différentes de celles d'une communauté de jeunes couples avec enfants, ou de celles vécues par les familles monoparentales, ou encore de personnes atteintes du VIH. S'agit-il surtout de cols bleus ou de cols blancs? S'agit-il d'une population d'origine ethnique autre que celle de la majorité et susceptible d'avoir des difficultés d'adaptation la rendant plus vulnérable à une mauvaise alimentation? Selon les caractéristiques de la communauté, et ce que l'on sait de groupes semblables, par la littérature par exemple, on peut entrevoir certaines des préoccupations du groupe et leur incidence éventuelle sur leur alimentation/nutrition. Ainsi, là où le chômage est élevé, les ressources financières seront sans doute une préoccupation importante, alors que chez les personnes âgées ayant un revenu adéquat, l'isolement social peut être primordial; chez les jeunes familles, ce sera le manque de temps, etc. Plusieurs données d'ordre économique, socioculturel, écologique ou portant sur l'utilisation des services peuvent être mises à profit pour aider à décrire la communauté étudiée ou des communautés semblables. On les retrouvera dans divers documents officiels tels ceux de l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ), de Statistiques Canada, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de Santé Canada, etc.

On tente ensuite d'identifier les principaux acteurs qui agissent dans la communauté visée. Quels sont les personnes ou les groupes qui ont ou pourraient avoir, une influence sur la vie de la communauté y compris ses habitudes alimentaires? Certains sont évidents tels que les leaders de la communauté provenant d'associations diverses, les groupes civiques ou d'affaires, les églises, les institutions d'enseignement, les commerces locaux, etc.; les autres seront référés au fur et à mesure des nouveaux contacts avec des membres de la communauté et de l'organisme auquel on est affilié. Les journaux locaux et les médias peuvent fournir beaucoup d'information sur ce qui est important dans la communauté de même que sur les différentes sources d'information et de pouvoir qui y prévalent. Plus la communauté est petite, plus il est facile d'identifier les principaux acteurs et vice-versa.

Ayant défini qui sont les principaux acteurs à consulter dans la communauté et dressé un portrait de celle-ci, on cherche ensuite à identifier les **besoins** de ses membres par rapport à leur **qualité de vie**, soit ce que les membres ressentent et expriment à ce sujet. On cherchera aussi à

identifier ce que perçoivent les principaux acteurs, quant à ce qui permettrait aux membres de la communauté d'atteindre une meilleure qualité de vie (ex. : être plus autonome *ou* se divertir *ou* décrocher un emploi *ou* réussir ses études, etc.) (tableau 3).

Après avoir examiné les données existantes sur le sujet et conduit des entrevues préliminaires par contacts directs ou par téléphone, on peut procéder à des entrevues plus structurées, à des discussions de groupe ou à un sondage (poste, téléphone) afin de mieux cerner les besoins de la communauté à l'étude. Plus la communauté est petite, plus on se limite à des entrevues directes et/ou des groupes de discussion.

Techniques de consultation :

- Groupe de discussion
- Pluie d'idées
- Groupe nominal
- Entrevue
- Observation

Qualité de vie⁵

La perception des individus ou des groupes que leurs besoins sont satisfaits et qu'ils ne sont pas privés de la possibilité d'être heureux et de se réaliser.

Dans les étapes subséquentes de PRECEDE et dans la planification de programme, on devra tenir compte du contexte de qualité de vie identifié dans cette étape. Par exemple, s'il y a un

⁵ Green, L.W. et M.W. Kreuter : Health Promotion Planning : An Educational and Ecological Approach. 4th edition. Mayfield Publishing Company. 2005, p. G-7 (672 p).

besoin d'accroître l'adhésion des adolescents diabétiques au régime de vie qui leur est recommandé, on doit d'abord connaître leur contexte de vie et comprendre comment ils associent leur maladie à leur qualité de vie.

Mise en priorité

Plusieurs besoins peuvent être identifiés à travers **l'appréciation sociale**. Il faudra alors les **mettre en priorité**, et ce, toujours avec le concours des membres de la communauté et des principaux acteurs, y compris l'organisme communautaire auquel on est associé; il s'agit alors de spécifier, et d'essayer de comprendre l'importance pour la communauté de chacun des besoins identifiés. On demandera ensuite à la communauté de les classer en ordre d'importance pour eux; c'est l'*analyse*. Voici des exemples de besoins pouvant être identifiés :

- *besoin d'être bien dans sa peau;*
- *besoin de se sentir heureux, d'avoir une vie épanouie;*
- *besoin de faire de l'exercice;*
- *besoin de s'accorder du temps pour se reposer, relaxer;*
- *besoin de dormir plus, d'avoir un sommeil réparateur.*

Les besoins prioritaires ainsi identifiés serviront à donner une direction aux étapes suivantes (appréciation et analyse des besoins aux autres niveaux), de même qu'au programme qui sera éventuellement planifié pour y répondre. En d'autres mots, les résultats de l'appréciation épidémiologique sont les déterminants des besoins de l'appréciation sociale; les résultats de l'appréciation écologique et éducationnelle sont les déterminants des besoins de l'appréciation épidémiologique, etc. (figure 1).

Une fois ces priorités identifiées, il devient alors possible d'énoncer le **but du programme**, soit les résultats attendus à long terme. A ce stade, le but énoncé intègre les préoccupations de la communauté quant à sa qualité de vie. Suite à l'appréciation épidémiologique, le but se précise; en effet, on y ajoute la préoccupation de notre communauté quant à sa santé nutritionnelle. Le but n'a pas à être mesurable (contrairement aux objectifs dont il sera question plus tard). Par exemple, le but d'un programme pourrait être :

Chez des personnes âgées :

- *augmenter l'espérance de vie sans incapacité;*
- *augmenter les contacts sociaux;*
- *être en bonne santé;*
- *être plus autonome.*

Dans une communauté de femmes enceintes :

- *favoriser la naissance de bébés en santé, à terme et de poids normal.*

Dans une communauté de jeunes en santé :

- *favoriser la performance (scolaire, sportive, etc.);*
- *avoir plus de temps pour voir ses amis.*

Tableau 1. Résumé de l'appréciation sociale – Portrait de la communauté et qualité de vie

Types de données	Sources de données
Objectives	Observations, échanges et documents
Subjectives	Discussions et échanges

Démarche à suivre

1. Avec le concours des membres de la communauté et de ses divers acteurs y compris l'organisme avec lequel on est associé, tracer un *portrait* de la communauté (tableau 2) :

- membres de la communauté et milieu de vie (nombre, âge, sexe, revenu, niveau d'instruction, etc.);
- organisme associé (mission, objectifs, intervenants - qui, quoi, rôles et responsabilités);
- autres acteurs du milieu (qui sont-ils? leurs rôles).

Outre les différents tableaux suggérés pour recueillir l'information, il peut être grandement utile d'avoir un **cahier de bord** permettant de noter vos observations et idées, lors des visites et des activités se déroulant avec votre communauté et ce, tout au long du processus.

2. Avec le concours des membres de la communauté et de ses divers acteurs y compris les représentants de l'organisme avec lequel on est associé, déterminer les *aspirations / préoccupations* de la communauté quant à sa qualité de vie, de façon à détecter ses principaux besoins associés (tableau 3).
3. Discuter des résultats du tableau 3 avec les membres de la communauté et les divers acteurs y compris les représentants de l'organisme associé; avec eux, classer les besoins par ordre de priorité, selon la perception qu'a la communauté de leur importance pour sa qualité de vie (*analyse*).
4. Avec les membres de la communauté et les divers acteurs y compris les représentants de l'organisme associé, et en fonction du besoin prioritaire détecté, formuler le *but* du programme ou d'une intervention éventuelle (direction de l'action). Il s'agit de décrire la grande finalité, par exemple :
 - *améliorer la performance sportive du groupe sport-étude de l'École xyz;*
 - *pouvoir évoluer dans un environnement agréable et sociable qui permet de socialiser et de se distraire;*
 - *favoriser un équilibre physique et mental qui permet de s'accepter tel que l'on est.*

Les tableaux suivants sont présentés à titre d'exemple, avec les informations minimales recueillies auprès d'une communauté d'adolescentes du « Collège C.Q.Rité-A.Limentaire » en 200X. Dans d'autres communautés, on peut collecter plus d'informations. On retrouve en annexe les outils de collecte prêts à être utilisés.

Tableau 2. Portrait de la communauté (appréciation sociale - données objectives)

1. Caractéristiques des membres-cibles de la communauté et tendances⁶

Données :

- Démographiques (ex.: nombre, âge, sexe, structure familiale, etc.)

Notre communauté est composée de 11 adolescentes du Collège C.Q.Rité-A.Limentaire. Elles sont âgées entre 15 et 16 ans; 9 adolescentes ont des parents qui vivent ensemble alors que 2 ont des parents divorcés; 3 adolescentes sont enfants uniques, alors que les 8 autres forment des familles avec une moyenne de 1,9 enfants. Le nombre de jeunes filles pensionnaires a doublé depuis 10 ans.

- Économiques (ex. : source et niveau revenu vs seuil faible revenu et/ou moyenne provinciale)

Trois adolescentes ont un emploi rémunéré à temps partiel. Bien qu'elles proviennent toutes de milieux aisés et que leurs parents peuvent leur fournir l'argent de poche nécessaire à leurs dépenses personnelles de base, ces nouveaux jeunes auraient des besoins différents par rapport à ceux d'il y a 5 ou 10 ans (ex. : vêtements griffés, automobiles, petits voyages, etc.)

- Socioculturelles (ex. : langue, origine ethnique, type d'emploi, niveau d'instruction, etc.)

Les 11 adolescentes sont francophones et d'origine québécoise. Elles sont toutes étudiantes au Collège C.Q.Rité-A.Limentaire en 4^{ième} année du secondaire.

- Écologiques (ex. : milieu rural/urbain, type d'habitation/logement, etc.)

Les adolescentes sont pensionnaires au Collège C.Q.Rité-A.Limentaire pendant la semaine et elles retournent chez leurs parents la fin de semaine. Elles résident dans des maisons unifamiliales situées en milieu urbain aux alentours de la grande région de Québec.

2. Principaux acteurs du milieu (incluant les services communautaires)

- Organisme associé (mission, objectif, intervenants, qui? quoi? rôles?) :

L'organisme responsable de la communauté est le pensionnat du collège dirigé par les religieuses de la Congrégation des sœurs C.Q.Rité-A.Limentaire. La mission de l'organisme est l'enseignement aux jeunes filles, de la maternelle à la 5^{ième} année du secondaire, en leur offrant au pensionnat un cadre de vie propice aux études. Parmi ces religieuses, nous sommes principalement en contact avec Sœur Volante, la directrice du pensionnat et notre principale partenaire. Son rôle au sein de la communauté consiste à animer et diriger le pensionnat. Elle cherche à rendre les filles responsables et autonomes, tout en leur assurant un encadrement favorisant la réussite scolaire.

- Autres acteurs (qui? rôles?) :

Les religieuses : elles ont pour objectif premier le développement des jeunes filles sur le plan intellectuel, physique et moral; elles éduquent les femmes de demain et leur donnent les outils qui leur permettront d'avoir confiance en leurs capacités. Madame Lycope N., nutritionniste contractuelle, qui a été engagée par l'entreprise qui gère la cafétéria pour améliorer le menu offert. Le responsable du service alimentaire, monsieur B. Chamel et le personnel de la cafétéria qui est sous sa responsabilité : ils nous ont offert leur collaboration à condition que nos actions n'entravent pas l'efficacité et la profitabilité du service alimentaire.

3. Autres informations pertinentes ?

⁶ i.e. augmente/stable/diminue...

Tableau 3. Guide de discussion pour détecter les besoins quant à la qualité de vie (appréciation sociale – données subjectives)

(Répéter avec divers membres de la communauté, les représentants de l'organisme communautaire auquel on est associé et les acteurs clés du milieu, toujours en fonction des besoins des membres de la communauté. Adapter les questions à la situation.)

➤ Aux adolescentes du Collège C.Q.Rité-A.Limentaire :

1. Selon vous, quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations de vos pairs⁷ quant à leur qualité de vie?

- Ou : qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure qualité de vie?

Les adolescentes croient que leurs pairs désirent avoir plus de temps libre le soir pour faire ce qu'elles veulent (être avec leurs amies, magasiner, aller dehors, etc.).

2. Quels sont vos principaux souhaits, aspirations ou préoccupations quant à votre qualité de vie?

- Ou : qu'est-ce qui vous empêche d'avoir une meilleure qualité de vie?

Une discussion suivie d'un groupe nominal a permis d'identifier les préoccupations majeures des adolescentes par rapport à leur qualité de vie : d'abord pouvoir s'accepter tel que l'on est; ensuite, passer plus de temps avec ses amies, et se sentir libres de rentrer au pensionnat plus tard le soir.

➤ À Sœur Volante :

1. D'après vous quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations des adolescentes du Collège quant à leur qualité de vie?

- Ou : d'après vous, qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure qualité de vie?

Sœur volante croit que les adolescentes souhaiteraient avoir plus de temps pour être avec leurs amies et qu'elles veulent avoir plus confiance en elles.

➤ À madame Lycope N. :

1. D'après vous, quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations des adolescentes du Collège quant à leur qualité de vie?

- Ou : d'après vous, qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure qualité de vie?

Madame Lycope N. croit que les adolescentes veulent être bien dans leur peau.

➤ À monsieur B. Chamel :

1. D'après vous quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations des adolescentes du Collège quant à leur qualité de vie?

- Ou : d'après vous, qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure qualité de vie?

Monsieur B. Chamel croit que les adolescentes souhaitent avoir plus de choix au menu à la cafétéria. Toutefois, il affirme qu'elles veulent un service le plus rapide possible et qu'elles sont difficiles à satisfaire.

⁷ Il est souvent plus facile de dire ce que l'on pense en parlant au nom des autres quand il s'agit d'une question plus personnelle comme celle-ci. On peut reformuler cette question afin qu'elle soit comprise du groupe avec lequel on travaille (ex. : selon leur âge, leur niveau d'instruction).

Étape 2 : Appréciation des aspects épidémiologiques des besoins⁸ : santé nutritionnelle, comportement alimentaire et environnement alimentaire

L'appréciation des aspects épidémiologiques des besoins permet d'établir **objectivement** quels sont les problèmes de **santé nutritionnelle** qui compromettent ou risquent de compromettre la **qualité de vie** de l'ensemble de la communauté et des divers sous-groupes qui la composent ou encore, quelles questions de santé nutritionnelle les **préoccupent**. Ces questions peuvent être reliées aux difficultés sociales vécues par les membres de la communauté.

L'appréciation du **comportement** correspond à l'analyse systématique des comportements alimentaires associés aux besoins identifiés jusqu'à ce point, alors que l'appréciation de l'**environnement** correspond à l'analyse parallèle des éléments de l'environnement physique et social qui peuvent être liés de façon causale à ces mêmes comportements alimentaires.

Dans le cas où des problèmes de santé nutritionnelle compromettent, ou risquent de compromettre la qualité de vie de la communauté à l'étude, on cherche à en **documenter les manifestations**, de même que les composantes du comportement et de l'environnement associés. Les données épidémiologiques descriptives démontrent l'amplitude et la distribution des problèmes de santé nutritionnelle en termes de morbidité, d'incapacité et/ou de mortalité, suggérant ainsi leur importance relative. Ces données font ressortir des variations selon, par exemple, les groupes d'âge, le sexe, l'habitat, le niveau de vie, la langue d'usage, le niveau d'instruction et différentes expositions à des facteurs de risque spécifiques y compris les comportements alimentaires et les facteurs de l'environnement qui contribuent à ces problèmes. Par ses caractéristiques, la communauté est-elle plus vulnérable à des problèmes d'excès, d'insuffisance ou de déséquilibre alimentaire (tableau 4)? On cherchera aussi à **documenter la compréhension** des membres de la communauté et des divers acteurs, y compris les représentants de l'organisme associé concernant leur intérêt à s'investir pour une meilleure santé nutritionnelle (tableau 5).

⁸ **Épidémiologie nutritionnelle** : étude des comportements alimentaires et de leur influence sur l'étiologie, l'apparition, la prévention et le traitement des maladies (Frank-Spohrer, 1996).

NB : porte sur les liens entre l'alimentation et la nutrition ou l'alimentation comme déterminant de la nutrition; dans ce cours nous étudierons plutôt les déterminants de l'alimentation.

Tableau 4. Portrait de la communauté (appréciation épidémiologique – données objectives)
État de santé nutritionnelle de la communauté

Données pertinentes et disponibles chez la communauté étudiée vs communautés semblables

- Anthropométriques (ex. : IMC, IMC pour l'âge, PPN, etc.)

Les adolescentes mesurent entre 5 pieds et 5 pieds 7 pouces et pèsent entre 85 et 125 livres. Aucune ne tente de perdre du poids présentement et elles ne suivent aucun mode d'alimentation particulier, à l'exception de celles souffrant d'allergies alimentaires. Cinq d'entre elles ont un IMC situé entre 19 et 21, quatre ont un IMC de 18 ou 19 alors que deux ont un IMC inférieur à 17. Selon l'ENSJ, x% des adolescentes de 15-16 ans (ou de 4^e secondaire) au Canada, ont un IMC ≥ 25 (surcharge pondérale) et y% ont un IMC ≤ 18.5 (insuffisance pondérale). En comparaison, les adolescentes de la communauté dans laquelle nous oeuvrons sont...

- Diététiques (apport en nutriments vs recommandations)

Résultats de l'Index de qualité de l'alimentation : à compléter

- Cliniques (ex. : signes visibles d'excès ou de carences, présence de personnes diabétiques, allergies, etc.)

Nous suspectons un problème de sous-alimentation chez certaines fille, puisque 2 d'entre elles ont un IMC inférieur à 17. Toutefois, nous ne sommes pas en mesure de l'affirmer à ce stade de notre analyse. Deux autres ont des allergies alimentaires qu'elles gèrent sans difficulté apparente.

- Biochimiques (ex. : TA; Hb; Ht; Chol.; TG, etc.)

Aucune donnée n'est disponible dans ce groupe apparemment en santé.

Selon la communauté, on aura recours à divers indicateurs de l'état de santé nutritionnelle ou de risques potentiels. On examine d'abord les données sur l'état nutritionnel *disponibles* pour la communauté étudiée, pour les comparer à celles de l'ensemble de la population et/ou aux recommandations en vigueur, par exemple: données cliniques et biochimiques, mesures anthropométriques, apport diététique (tableau 4). Par exemple, chez les femmes enceintes on pourra examiner le gain de poids, l'hémoglobine et l'hématocrite. Chez les bébés et les jeunes enfants, c'est la progression du gain de poids et de la taille par rapport à l'âge qui sont les meilleurs indicateurs de l'état de nutrition. La proportion de bébés de petit poids à la naissance (< 2500 grammes) est-elle supérieure à la moyenne provinciale? Celle d'enfants obèses, de jeunes ou d'adultes obèses? Notez que l'on a encore tendance à avoir recours à des indicateurs de problèmes (obésité, PPN, etc.), plutôt qu'à des indicateurs positifs de santé ou d'une bonne

nutrition (nombre de personnes avec un IMC normal, proportion de résidents qui n'utilisent pas de laxatifs, etc.). Avec le cumul d'expériences au cours des prochaines années pour promouvoir une meilleure santé nutritionnelle, on devrait progresser vers la reconnaissance d'indicateurs positifs.

Dans le cas de populations apparemment en santé, on évaluera les préoccupations de la population quant à des problèmes éventuels de santé nutritionnelle de même que leur intérêt à s'investir pour l'améliorer. En effet, même sans manifester des problèmes particuliers, plusieurs communautés ont des préoccupations quant à leur santé nutritionnelle; on peut être préoccupé par le maintien de la santé à plus long terme, par la qualité de vie dans son sens plus global. C'est dans ce contexte que se situe souvent la promotion d'une alimentation saine fondée sur les recommandations alimentaires en vigueur. Se sentir mieux, être plus autonome, avoir plus d'énergie, avoir une belle apparence, avoir une meilleure performance sportive, sont souvent des motivations plus probantes que la « santé » lorsque cette dernière est considérée comme « l'absence de maladie » (tableau 5).

Comme dans le cas de l'appréciation sociale, on tentera non seulement de saisir le **point de vue des membres de la communauté**, mais aussi **des divers acteurs** de la communauté (les représentants de divers organismes ou institutions dans, ou en lien avec la communauté).

Dans ce document le thème général du programme est **prédéterminé**, puisque l'on décide de se pencher sur la **santé nutritionnelle**. L'appréciation épidémiologique sert alors à mieux cerner la situation du déterminant de santé nutritionnelle sur lequel portera l'intervention et non plus à identifier le problème prioritaire parmi l'ensemble des problèmes de santé (tabagisme, stress, sédentarité, obésité, etc.).

En agissant sur l'alimentation, sur quel(s) aspect(s) de la qualité de vie et de la santé nutritionnelle, chercherons-nous à agir dans cette communauté?

Pourquoi vouloir agir sur ces aspects en particulier?

L'analyse de l'apport en nutriments de l'alimentation habituelle de la communauté se fait à cette étape. Les données concernant l'apport en nutriments d'une communauté spécifique n'étant pas toujours disponibles, on cherche d'abord à s'inspirer des résultats d'études existantes sur l'apport en nutriments de groupes comparables (ex. : Santé Canada, Statistiques

Canada, ISQ, ENSJ, ESCC, etc.). On procède aussi à l'évaluation objective de la qualité de l'alimentation chez un échantillon de la communauté à partir de relevés alimentaires (rappel de 24 heures ou journal alimentaire) sur une période d'au moins trois jours. La grande variabilité dans l'alimentation des individus d'une journée à l'autre ne nous permet pas d'avoir une « image » de leur alimentation habituelle à partir d'une seule journée. C'est pourquoi on effectue habituellement un relevé d'au moins trois jours. Après avoir analysé ces relevés alimentaires, on compare leurs résultats aux recommandations en vigueur sur la nutrition et aux résultats d'études chez des groupes comparables. Pour évaluer la valeur nutritive de l'alimentation, on peut recourir à un logiciel d'analyse nutritionnelle tel *Food Processor* ou *Fuel*. Les relevés alimentaires devraient être conservés jusqu'à la fin du programme car ceux-ci pourront être utiles lors de son évaluation.

Tableau 5. Guide de discussion pour détecter les besoins quant à la santé nutritionnelle (appréciation épidémiologique – données subjectives)

(Répéter avec divers membres de la communauté, les représentants de l'organisme communautaire auquel on est associé et les divers acteurs clés du milieu, toujours en fonction des besoins des membres de la communauté. Adapter les questions à la situation.)

➤ Aux adolescentes du Collège C.Q.Rité-A.Limentaire :

1. Selon vous, quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations de vos pairs quant à leur santé nutritionnelle?

Ou : qu'est-ce qui, à leur avis, les empêche d'avoir une meilleure santé nutritionnelle?

Elles mangent trop souvent des aliments "fast-food" et plusieurs souhaitent conserver leur ligne pour avoir une belle apparence. Mais elles sont confuses sur comment y arriver et se posent beaucoup de questions à ce sujet.

2. Quels sont vos principaux souhaits, ... ou préoccupations quant à votre santé nutritionnelle?

Ou : qu'est-ce qui vous empêche d'avoir une meilleure santé nutritionnelle?

Les adolescentes croient que ce qui les empêche d'avoir une meilleure santé nutritionnelle est attribuable au fait de manger beaucoup de fast food. En plus de donner des boutons, elles croient que ces aliments riches en gras augmentent leur poids corporel.

3. Souhaiteriez-vous vous investir pour une meilleure santé nutritionnelle ? Pourquoi ? Comment?

«Oui, parce que cela nous permettrait de ne pas engraisser et de maintenir notre poids actuel. On pourrait aussi avoir une plus belle peau. On veut s'investir afin d'atteindre cet objectif mais on ne veut pas mettre trop d'efforts et de temps ». Les adolescentes sont contentes de rencontrer l'équipe d'étudiantes en nutrition. Elles croient que les étudiantes pourraient répondre à leurs questions et les aider à mieux manger (i.e. que ce soit bon) tout en ayant du plaisir à manger et en gardant leur ligne. Elles ne veulent pas se faire défendre des aliments. Elles sont prêtes à continuer les

rencontres avec les étudiantes pour pouvoir décider ensemble comment elles pourraient arriver à mieux s'alimenter sans toutefois que cela leur demande trop de temps ou d'effort.

➤ À Sœur Volante :

1. D'après vous quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations des adolescentes du Collège quant à leur santé nutritionnelle?

Ou : d'après vous, qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure santé nutritionnelle?

Sœur volante croit que les adolescentes sont surtout préoccupées par leur poids et leur apparence.

2. Souhaiteriez-vous vous investir pour une meilleure santé nutritionnelle des adolescentes? Pourquoi? Comment?

Oui. J'aimerais bien qu'elles améliorent leur alimentation car lors des périodes d'étude en soirée, plusieurs d'entre elles s'endorment après avoir opté pour des aliments "fast food" au souper. Ces aliments les remplissent un peu trop et ensuite, elles ne se sentent pas toujours à l'aise pour étudier. Je pense que cela a un effet sur leur rendement scolaire. J'aimerais donc pouvoir les appuyer dans leur démarche afin qu'elles optent pour des choix d'aliments plus santé et légers au moins, lors du souper. De plus, je souhaite vous rencontrer (l'équipe d'étudiantes en nutrition et déléguées de la communauté) au moins une fois/mois pour savoir comment le travail progresse, comment il affecte le Collège et comment le Collège pourrait y contribuer.

➤ À madame Lycopée N. :

1. D'après vous, quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations des adolescentes du Collège quant à leur santé nutritionnelle?

Ou : d'après vous, qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure santé nutritionnelle?

Madame Lycopée N. croit que les adolescentes sont très préoccupées par leur image.

2. Souhaiteriez-vous vous investir pour une meilleure santé nutritionnelle des adolescentes? Pourquoi? Comment?

« Oui, car je pense que si elles peuvent avoir une meilleure santé nutritionnelle, elles se sentiront mieux dans leur peau. Par ailleurs, si elles mettent en œuvre des mesures pour avoir une meilleure nutrition à cet âge, il est possible que certaines les conservent à long-terme. J'ai peu de temps, mais je suis prête à considérer comment je pourrais soutenir les adolescentes. »

➤ À monsieur B. Chamel :

1. D'après vous quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations des adolescentes du Collège quant à leur santé nutritionnelle ?

Ou : d'après vous, qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure santé nutritionnelle?

Monsieur B. Chamel croit que les adolescentes souhaitent avoir des mets à la fois santé et bons au goût disponibles à la cafétéria. Il affirme que leurs demandes sont contradictoires et il a de la difficulté à tout concilier.

2. Souhaiteriez-vous vous investir pour une meilleure santé nutritionnelle des adolescentes? Pourquoi? Comment?

« Oui, car cela les rendrait peut-être de meilleure humeur à la cafétéria. Elles seraient peut-être moins critiques et plus contentes du menu offert. En bout de ligne, tout le monde serait plus heureux i.e. moi-même, les employés de la cafétéria, les religieuses et les adolescentes. Je pourrais peut-être apporter des modifications au menu à quelques repas ainsi qu'au contenu des machines distributrices afin de mieux les satisfaire mais il ne faut pas que cela affecte la rentabilité de mon entreprise. »

La valeur nutritive de l'alimentation nous est précieuse pour décider sur quels aspects des comportements alimentaires porter notre attention. Ainsi, si l'apport en lipides s'était révélé une préoccupation, on cherchera d'abord à en étudier le niveau puis les sources et quels sont les comportements alimentaires associés à cet apport en lipides. Même lorsque la population a clairement indiqué qu'elle souhaitait manger moins gras, il est utile de vérifier d'abord la qualité de son alimentation pour s'assurer que son apport est excessif; par exemple, il arrive que des jeunes mannequins aient déjà un apport très raisonnable et souhaitent quand même le réduire! Cependant, dans cette étape il s'agit surtout **d'identifier les comportements ou pratiques alimentaires spécifiques associés aux questions de santé nutritionnelle et de qualité de vie** déjà identifiées. En effet, pour modifier la valeur nutritive de la ration alimentaire, ce sont les comportements alimentaires que l'on doit modifier et/ou l'environnement qui les conditionne. Il faut ainsi s'assurer que l'analyse de la valeur nutritive de l'alimentation soit **complétée** par une analyse des **comportements associés** tels que le choix des aliments, leur combinaison, la consommation insuffisante ou trop élevée d'un groupe alimentaire, le nombre de fois que l'on mange dans une journée, etc. Il s'agira **d'identifier les comportements problèmes et ceux à adopter** et par la suite, l'environnement qui y est associé

Index de la qualité de l'alimentation

Pour apprécier la qualité de l'alimentation d'individus ou de groupes, un Index de la qualité de l'alimentation basé sur les principaux problèmes dans notre société a été proposé; il reflète la somme de 10 composantes d'une alimentation saine⁹ (tableau 7). L'Index utilise d'abord les groupes d'aliments, car **ce sont surtout des aliments que les gens consomment et non des nutriments**. De plus, outre les nutriments connus, plusieurs substances biologiquement actives, sont présentes dans les aliments et toutes n'ont pas encore été identifiées. On encourage donc la consommation d'aliments comme source préférentielle de nutriments ! Comme cet index permet de qualifier l'alimentation à la fois selon son contenu en nutriments et selon les groupes d'aliments, son utilisation (décrite au tableau 6) peut faciliter la recherche de comportements problèmes.

⁹ Kennedy, Eileen T., James Ohls, Steven Carlson and Kathryn Fleming. *The Healthy Eating Index : Design and Applications*. J Am Diet Assoc 95 : 1103-1108, 1995.

- Les composantes 1 à 5 de l'index mesurent jusqu'à quel point (degré) l'alimentation d'une personne se conforme à la pyramide alimentaire (équivalent américain de notre Guide Alimentaire Canadien pour Manger Sainement - GACMS) quant aux portions des 5 groupes d'aliments (aux États-Unis les légumes et fruits sont séparés en 2 groupes).
- Les composantes 6 à 9 réfèrent aux nutriments mentionnés dans les lignes directrices sur l'alimentation (lipides totaux et acides gras saturés, chacun en % de l'apport énergétique total, apport total en cholestérol et en sodium).
- La dernière composante apprécie la variété dans l'alimentation.

Après avoir qualifié l'alimentation de divers membres de la communauté à partir de cet index, on discute des résultats avec les membres de la communauté et les principaux acteurs y compris l'organisme associé, en soulignant les aspects positifs de l'alimentation et ceux qui posent problèmes. *Parmi les problèmes répertoriés, quels sont ceux qui sont le plus importants pour la communauté? Les plus modifiables?* En discutant avec la communauté, on peut alors chercher à **identifier des comportements associés aux problèmes et des comportements que la communauté serait prête à essayer d'adopter pour remédier aux principaux problèmes identifiés**. Pour faciliter l'identification de comportements prioritaires, on pourra utiliser un questionnaire portant sur ceux associés par exemple à la consommation de gras, ou à celle de fibres, etc. Il existe plusieurs questionnaires servant à identifier différents problèmes dans l'alimentation. On peut aussi s'inspirer du manuel « Pour mieux se servir du guide alimentaire » http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/res/using_food_guide-servir_guide_alimentaire_f.html. Dans un petit groupe, les principaux comportements alimentaires problématiques et ceux à adopter pour les remplacer, peuvent être facilement détectables par un simple examen des relevés alimentaires, accompagné d'un échange avec les membres de la communauté. Encore une fois, la **population doit participer** aux choix des méthodes utilisées de même qu'à l'interprétation des résultats.

Tableau 6. Procédure d'utilisation de l'Index de la qualité de l'alimentation

Chacune des 10 composantes de l'Index de la qualité de l'alimentation peut recevoir un score entre 0 et 10; l'index total peut donc varier de 0 à 100.

Pour les composantes 1 à 5, les individus qui consomment au moins le nombre de portions recommandées chaque jour dans un groupe d'aliments reçoivent un score maximum de 10 pour ce groupe. Un individu qui ne consomme aucun aliment dans un groupe reçoit un score de 0. Les scores intermédiaires sont calculés de façon proportionnelle.

- ⇒ Dans le GACMS les fruits et les légumes font partie du même groupe; on divisera donc les recommandations et l'apport total en 2 pour les traiter en 2 groupes.
- ⇒ Ex. : *Si la recommandation pour un groupe d'aliments est de 5 portions et que la personne en consomme 2, elle recevra un score de 4; si elle en a consommé 3 portions, un score de 6. Si elle en a consommé 6 portions, le score maximum de 10 puisque les portions additionnelles ne reçoivent ni points additionnels ni pénalité.*

Les composantes 6 à 9 sont évaluées différemment.

- ⇒ Les scores pour le gras total et les acides gras saturés sont examinés en proportion de l'apport énergétique total selon les critères du tableau 7.
Ex.: Si le gras saturé représente 12% de l'apport énergétique, le score sera de 6.
- ⇒ Les apports en cholestérol et sodium sont calculés à partir de leur consommation en mg et selon les critères du tableau 7.
Ex. : Si l'apport en sodium est de 3120 mg, le score sera de 7.

La variété est mesurée à partir du nombre total d'aliments différents consommés en quantité suffisante par un individu pour contribuer au moins ½ portion du groupe en question.

- ⇒ Des aliments identiques consommés à divers moments sont cumulés avant d'évaluer si au moins ½ portion a été consommée.
- ⇒ Des aliments semblables (ex. : 2 types de pain blanc) ou qui ne diffèrent que dans le mode de préparation (ex. : pomme de terre bouillie, frite ou au four) sont regroupés et comptés comme une sorte d'aliments.
- ⇒ Les plats composés sont décomposés entre leurs constituants pour être évalués.

Tableau 7. Composantes de l'Index de qualité de l'alimentation

Composantes	Scores varient de	Critère : score parfait 10 ¹⁰	Critère : score de 0
Groupes alimentaires			
1. Produits céréaliers	0 à 10	5-12	0 portion
2. Légumes	0 à 10	2.5 à 5 ¹¹	0 portion
3. Fruits	0 à 10	2.5 à 5	0 portion
4. Produits laitiers	0 à 10	2 à 3	0 portion
5. Viandes et substituts	0 à 10	2 à 3	0 portion
Recommandations sur la nutrition			
6. Gras total (% de l'énergie totale)	0 à 10	30% ou < de l'apport énergétique total	45% ou > de l'apport énergétique total
7. Gras saturé (% de l'énergie totale)	0 à 10	< 10% de l'apport énergétique total	15% ou > de l'apport énergétique total
8. Cholestérol (mg/jour)	0 à 10	300 mg ou moins	450 mg ou plus
9. Sodium	0 à 10	2400 mg ou moins	4800 mg ou plus
10. Variété (nombre de types d'aliments différents/3 jours)	0 à 10	8 items différents ou + (8 x ½ portion)	3 items/ < dans 1 jr

On peut présenter les résultats de cet Index sous forme graphique, ce qui aura l'avantage d'être plus visuel.

Les comportements alimentaires

Un **comportement** est un *acte observable* (donc ce n'est pas l'apport en nutriments!) qui correspond à une certaine façon d'agir. Dans le cadre éventuel d'un programme, il devient nécessaire de bien identifier et préciser le comportement visé, de même que la cible ou la quantité visée.

¹⁰ Les personnes ayant des scores entre le maximum et le minimum sur une composante reçoivent des scores proportionnels. Le nombre de portions recommandées varie selon l'apport énergétique recommandé et l'âge.

¹¹ Pour séparer les fruits et les légumes en deux groupes, diviser le nombre de portions recommandées en deux et tentez d'évaluer séparément l'apport total en fruits et légumes.

Suivent quelques exemples de comportements alimentaires et d'une CIBLE associée:

- Allaiter à la naissance (ou à 3 mois; ou 1 an, etc.);
- Allaiter exclusivement à la naissance; à 3 mois, etc.;
- Prendre le temps de dîner (au moins 2 ou 3 groupes d'aliments) chaque midi (ou 5 sur 7);
- Déjeuner (au moins 2 ou 3 groupes d'aliments) tous les matins (ou 5 sur 7);
- Consommer 5 portions ou plus de légumes et fruits chaque jour (au moins 6 jours sur 7);
- Consommer au moins 3 portions de produits laitiers chaque jour (réduits en matières grasses);
- Au moins deux fois par semaine, remplacer le fromage régulier par du fromage à moins de 15% de matières grasses;
- Consommer des légumineuses au moins 2 fois par semaine;
- Acheter des légumes et fruits biologiques chaque fois qu'on achète des légumes et fruits (ou pour au moins la moitié ou le quart de ces achats);
- Choisir des substituts de la viande au moins 4 fois par semaine;
- Remplacer les grignotines grasses et salées traditionnelles (chocolat, chips, etc.) par des grignotines santé (fruits, noix, etc.) au moins une fois sur deux;
- Prendre un repas en famille (ou entre amis) au moins 5 soirs sur 7;

Une fois les comportements identifiés, on discutera de l'environnement alimentaire associé. La mise en priorité des comportements pourrait aussi se faire avant l'étude de l'environnement.

L'environnement alimentaire

Les facteurs de l'**environnement** sont ceux **extérieurs à la personne** qui peuvent être modifiés pour appuyer les comportements, la santé nutritionnelle ou la qualité de vie. Ce qui nous concerne ici c'est l'environnement **alimentaire** ou l'environnement dans lequel s'inscrivent nos pratiques alimentaires. En reconnaissant son influence lors de la planification de programmes, on est plus conscient et plus réaliste quant aux limites de l'éducation en nutrition par exemple qui, elle, viserait à modifier les comportements des individus. On peut alors aussi prévoir des actions dirigées vers ces facteurs environnementaux, que ce soit au niveau local ou autre.

Un environnement alimentaire toxique !

La pression à sur-consommer et à consommer des aliments camelotes serait, pour plusieurs, largement responsable de l'épidémie actuelle de problèmes tels l'obésité, les MCV, le diabète de type 2.

- Qu'en pensez-vous?
- Comment le contrer?

L'environnement alimentaire correspond entre autres à toutes les infrastructures disponibles pour approvisionner la communauté en eau (systèmes d'approvisionnement en eau potable) et en aliments (système d'approvisionnement en aliments de qualité). Sont inclus à la fois les réseaux de production (agriculture industrielle ou biologique; production de semences; d'intrants agricoles, etc.), et de distribution d'aliments (supermarchés; restaurants; réseaux « fast food » et « slow food »; cafétérias; coopératives alimentaires; groupes d'achat; jardins communautaires; marché de fermiers, etc.). La variété, la qualité et le coût des produits offerts conditionnent les comportements alimentaires. À cela s'ajoute l'ensemble des messages véhiculés sur l'alimentation dans l'environnement de la communauté. Il peut s'agir d'allégations nutritionnelles paraissant sur les étiquettes, de réclames faites dans les médias (télévision, magazines, etc.), de nouveaux produits lancés sur le marché ou encore de tous les messages (implicites ou explicites) auxquels la population est exposée dans les restaurants, les épiceries, les marchés et les "prêt-à-emporter".

Agriculture industrielle vs agriculture biologique?

De nouveaux problèmes tels que la maladie de la vache folle, la réapparition de la fièvre aphteuse, la production d'aliments transgéniques, les préoccupations des pays non-industrialisés pour leur sécurité alimentaire associées à l'intensification de la mondialisation du commerce, amènent chaque jour un questionnement de plus en plus important quant au bien-fondé des pratiques d'agriculture industrielle ! L'agriculture biologique se veut une réponse à plusieurs de ces préoccupations. Il s'agit d'un marché en pleine expansion !

Divers niveaux de l'environnement peuvent être appréciés : l'environnement immédiat (la famille; les voisins; les amis; et les collègues), l'environnement intermédiaire (milieu de travail; école; église; organismes – institutions présentes dans le milieu; marchés d'alimentation, etc.) et l'environnement global de la communauté qui inclut les politiques publiques, les médias, le système politique en place, l'industrie alimentaire et les grands systèmes de production alimentaire, etc.

L'environnement alimentaire dépend des superstructures politiques, économiques et sociales et des lois et règlements qui découlent de ces structures et qui régissent la chaîne alimentaire depuis les systèmes de production jusqu'à la consommation individuelle. Ce qui témoigne de

la complexité de ce seul aspect qu'est l'environnement alimentaire. Un exemple de chaîne alimentaire est illustré à la figure 3.

Dans l'appréciation de l'environnement, il s'agit de décrire l'environnement alimentaire de la communauté, particulièrement celui associé aux comportements alimentaires qui semblent poser problèmes, et d'identifier avec les membres de la communauté (et autres acteurs) (1) sur **quels aspects de cet environnement** on veut porter notre attention; et (2) **qui** deviendra alors la **cible de l'intervention**. En effet, on pourrait à l'étape suivante avoir à étudier les déterminants du comportement d'un acteur de l'environnement afin de le modifier.

On décidera ensuite s'il est plus important d'agir d'abord sur les comportements *ou* sur l'environnement *ou* encore sur les deux à la fois.

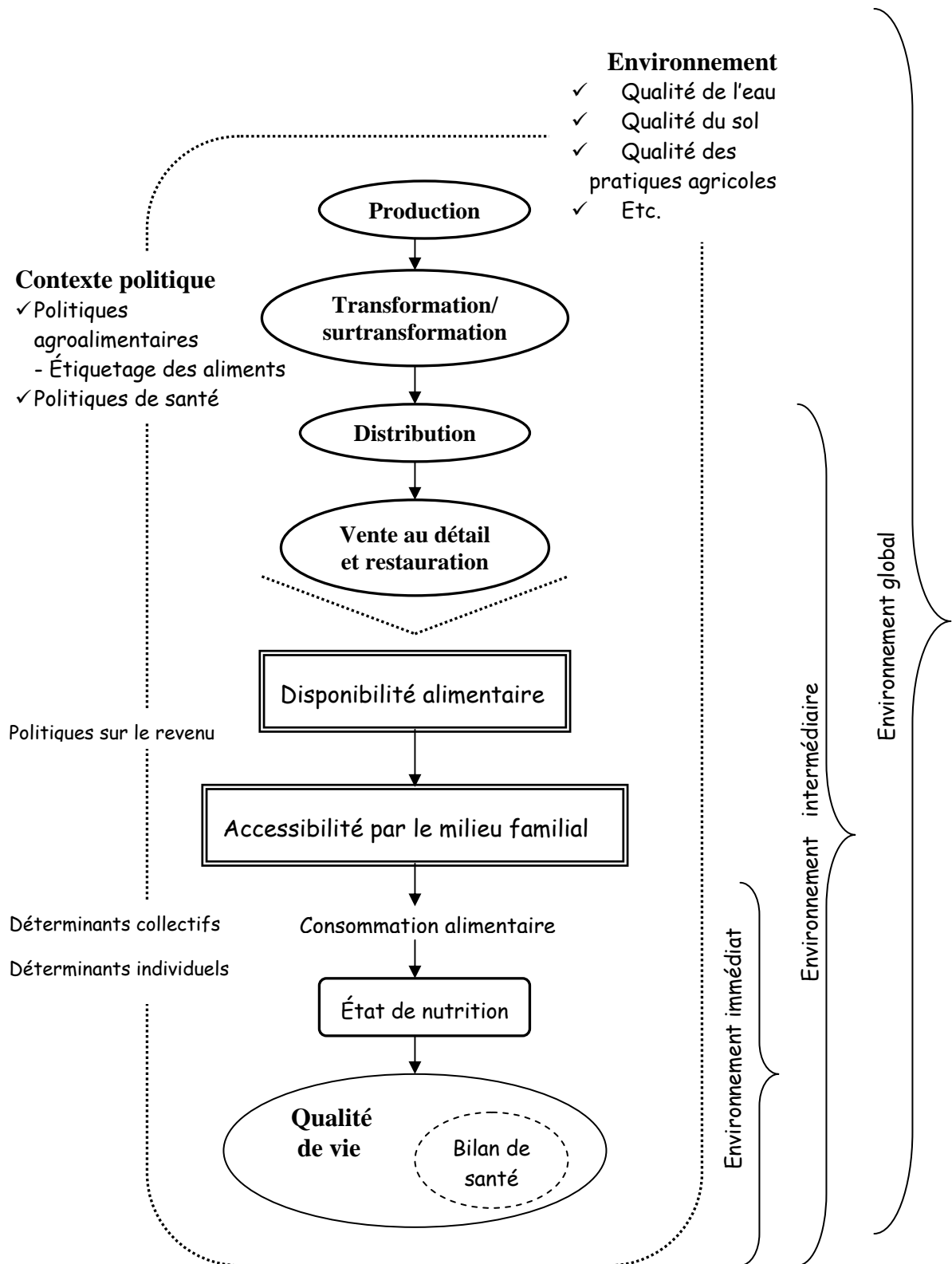
Exemple d'un problème lié à l'environnement alimentaire

Jean souhaite consommer plus de fruits et légumes et prend son lunch chaque jour à la cafétéria de son milieu de travail; cependant on n'y offre pas, ou peu, de fruits et légumes. Ils ne sont pas disponibles dans son environnement. On veut donc travailler avec les responsables de la cafétéria pour s'assurer qu'ils seront offerts régulièrement de façon attrayante et compétitive. On y influencerait non seulement le comportement de Jean, mais aussi celui de tous les autres employés qui utilisent le service. On agirait sur leur environnement !

Pour agir sur l'environnement, il faut alors modifier le comportement des responsables et employés de la cafétéria (à l'étape suivante on devra donc étudier les déterminants de leurs comportements !). Si le comportement des employés change et qu'ils offrent plus de fruits et légumes, Jean pourra modifier son comportement; **le public cible de l'intervention change** ! Ce ne sont plus les clients de la cafétéria mais les employés de la cafétéria que l'on doit inciter à changer !

On y reviendra en étudiant les déterminants des comportements et de l'environnement alimentaires (prochaine étape de PRECEDE-PROCEED).

Figure 3. Exemple de chaîne alimentaire

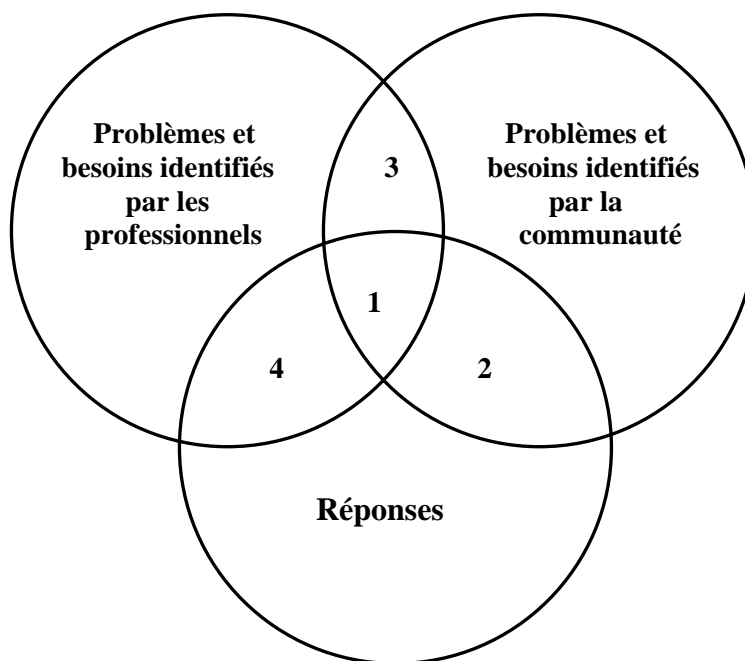


Mise en priorité

Il arrive que les besoins identifiés par les nutritionnistes ou les spécialistes de la santé ne soient pas nécessairement les mêmes que ceux identifiés par les membres de la communauté ou par d'autres acteurs. Il faut d'abord répondre aux besoins exprimés par la communauté tout en collaborant avec celle-ci au développement de **priorités et directions communes**. Idéalement, on vise à agir sur les **besoins qui convergent** (figure 4, *espace 1*). C'est là où les programmes auront le plus de succès, tant au niveau de leur mise en œuvre que des effets qu'ils auront sur les problèmes. Trop souvent les programmes répondent aux besoins détectés par les professionnels mais non perçus par les communautés (*espace 4*). La participation est alors faible de même que les effets ; en plus ils ne sont pas durables. Dans d'autres cas, les programmes répondent à des demandes exprimées qui ont peu ou pas de lien avec les problèmes de santé nutritionnelle observés (*espace 2*). Cette situation peut cependant être vue comme une stratégie pour initier un travail dans la communauté, créer des liens et développer une crédibilité qui permettra par la suite d'aborder d'autres problèmes. Il existe aussi des situations où les besoins exprimés par la communauté convergent avec les problèmes identifiés par les professionnels mais aucune réponse n'a encore été organisée (*espace 3*). Ces situations devraient recevoir la priorité afin de tendre vers l'*espace 1*.

Il faut aussi s'assurer de ne pas confondre besoin et moyen !

Figure 4. Convergence entre problèmes/besoins exprimés par les professionnels, ceux exprimés par la communauté et les réponses apportées¹²



L'utilisation de critères rigoureux de présélection et un examen réaliste de **l'importance** et de la **capacité à être modifiés** des éléments en cause (comportement ou environnement) rendent possible l'identification judicieuse de ceux à traiter. Le tableau 8 montre que l'emphase du programme doit être dirigée prioritairement vers les éléments les plus importants et les plus modifiables (AAA), puis subséquentment vers ceux qui sont importants mais plus difficilement modifiables (BB) et enfin vers ceux moins importants mais modifiables. Ce sont là les critères à utiliser pour mettre en priorité les comportements alimentaires et/ou éléments de l'environnement identifiés.

¹² Adapté de Chauhiac, M. et al. : L'éducation à la nutrition. L'enfant en milieu tropical. Centre international de l'enfance – Paris no 192, 1991, p. 14.

Tableau 8. Technique de mise en priorité des comportements alimentaires ou des éléments de l'environnement alimentaire répertoriés

	Plus important	Moins important
Plus modifiable	AAA Haute priorité pour un programme	CC Faible priorité, sauf pour démontrer un changement à des fins politiques
Moins modifiable	BB Priorité pour un programme innovateur; évaluation cruciale	D Pas de programme

Les éléments retenus suite à la mise en priorité seront transformés en objectifs précis répondant aux questions : QUI, QUOI (*action ou comportement*), COMBIEN (*cible ou quantité*), QUAND (*temps*); et dans quel CONTEXTE. « *Qui doit faire quoi, combien, quand et dans quel contexte* ».

Exemple d'un objectif de comportement dans une communauté d'élèves de 5^{ème} et 6^{ème} année :

« 80% des élèves incluront au moins une portion de légumes et une portion de fruits chaque jour dans leur lunch à l'école à partir d'octobre 2005 ».

QUI : 80% des élèves

QUOI: incluront ? portion de légumes et de fruits

COMBIEN : au moins une (portion)

QUAND : chaque jour à partir d'octobre 2005

CONTEXTE : dans leur lunch à l'école

On utilisera la même approche dans le cas, par exemple, d'une communauté de professionnels de la santé et de ses comportements professionnels. Ainsi un exemple pourrait être :

« Tous les professionnels de la santé en contact avec des nouvelles mères recommanderont toujours l'allaitement maternel jusqu'à six mois au cours de leur pratique future ».

QUI : tous les professionnels de la santé en contact avec des nouvelles mères

QUOI : recommanderont l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois

COMBIEN : toujours

QUAND : pratique future

CONTEXTE : au cours de leur pratique

On vise à identifier avec parcimonie quels comportement (ou facteurs de l'environnement) deviendront les objets d'intervention, puisqu'à l'étape suivante, chaque comportement alimentaire et facteur environnemental retenus feront respectivement l'objet d'une appréciation écologique et éducationnelle.

Tableau 9. Résumé de l'appréciation épidémiologique des besoins : santé nutritionnelle, comportement alimentaire et environnement alimentaire

Types de données	Sources de données
Objectives	<ul style="list-style-type: none"> - Documents existants : résultats de recherche ou de sondage; dossiers des institutions pour information sur des populations semblables - Observations et mesures directes - Relevés alimentaires
Subjectives	<ul style="list-style-type: none"> - Échanges et discussion

Démarche à suivre

Santé nutritionnelle :

1. Avec le concours des membres de la communauté et de ses divers acteurs, évaluer les données objectives quant à la santé nutritionnelle de la communauté de façon à déterminer si la communauté est plus vulnérable à des problèmes d'excès, d'insuffisance ou de déséquilibre alimentaire (tableau 4).
 - 1.1 recueillir et interpréter les données objectives pertinentes et disponibles quant à l'état de santé nutritionnelle des membres de la communauté;
 - 1.2 prendre connaissance des résultats d'études disponibles sur les problèmes de santé nutritionnelle qui affectent des groupes comparables;
 - 1.3 effectuer des relevés alimentaires (histoire alimentaire ou journal/rappel alimentaire de 3 jours représentatifs ou un questionnaire de fréquence valide

pour ses objectifs – mais ils sont très rares !) chez un échantillon des membres; les analyser en fonction par exemple de l'Index de la qualité de l'alimentation;

1.4 comparer les résultats aux recommandations et aux autres données recueillies sur des communautés semblables, en détecter les écarts avec les recommandations, et parmi ceux-ci, lesquels sont particulièrement associés à l'appréciation sociale (tableau 4).

2. Avec les divers acteurs de la communauté (membres de la communauté, organisme associé et autres acteurs du milieu), déterminer les *aspirations/ préoccupations* de la communauté quant à sa santé nutritionnelle, de façon à détecter ses principaux besoins associés et leur intérêt à s'investir pour l'améliorer (tableau 5).
3. Interpréter les résultats de vos **analyses et observations** quant à l'état de santé nutritionnelle de la population (tableaux 4 et 5).
4. Discuter des résultats des tableaux 4 et 5 avec les membres de la communauté et les divers acteurs y compris les représentants de l'organisme associé; avec eux, classer les besoins par ordre de priorité, selon la perception qu'a la communauté de l'importance de sa santé nutritionnelle (analyse). Toujours avec les membres de la communauté, et en fonction du besoin prioritaire détecté, **préciser le but du programme** de façon à intégrer les préoccupations de la communauté quant à sa santé nutritionnelle et celles relatives à sa qualité de vie.

Comportement alimentaire:

5. Inventorier les comportements alimentaires qui pourraient être associés aux problèmes identifiés jusqu'à maintenant ; si le maintien de la santé nutritionnelle est le principal besoin, inventorier les comportements alimentaires actuels qui pourraient nuire à la qualité de l'alimentation et au maintien de la santé nutritionnelle (appréciation).

5.1 avec la communauté (ou certains de ses représentants), choisir comment examiner les comportements alimentaires;

5.2 outre l'examen des relevés alimentaires et les échanges avec les membres de la communauté, un questionnaire portant sur les habitudes plus spécifiques au

problème (exemples en annexe) peut aider à susciter la discussion avec la communauté pour identifier des comportements spécifiques;

5.3 faire une liste des écarts identifiés ou des comportements qui peuvent poser problèmes;

5.4 pour chacun, tenter d'identifier un comportement à adopter qui pourrait le remplacer.

6. Après avoir inventorié les comportements en cause (tableau 10), les classer par ordre d'importance avec la communauté à partir de critères tels :

6.1 La fréquence du comportement;

6.2 son importance selon les études épidémiologiques démontrant ou suggérant un lien avec le problème ou la force de l'association d'après la revue de littérature (analyse);

6.3 quels comportements sont *les plus modifiables* parmi les comportements problèmes;

6.4 et surtout, quels nouveaux comportements acceptables il faudrait adopter pour les remplacer (analyse).

7. Parmi les comportements à adopter, choisir avec la communauté le nouveau comportement alimentaire prioritaire qu'elle souhaite tenter d'adopter pour modifier le comportement problème, i.e. le comportement qui sera la cible d'une intervention éventuelle pour le faire adopter; donner une idée de sa prévalence actuelle dans la communauté (tableau 8).

Exemple : *Actuellement, la communauté mange du « fast food » 5 midis par semaine. Le comportement qu'elle souhaite adopter est : se faire un lunch santé rapide 2 fois par semaine.*

Tableau 10. Exemple d'inventaire des comportements alimentaires examinés

Nutriments (exemples)	Comportements alimentaires	Lien avec appréciation sociale et santé nutritionnelle
<i>Apport énergétique et protéique élevé</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N portions VS et PL OK</i> ▪ <i>Portions VS trop grosses</i> ▪ <i>Beaucoup d'aliments « autres »</i> 	
<i>Apport en fer insuffisant</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N portions PC OK</i> ▪ <i>N portions FL insuffisant</i> ▪ <i>Choisit souvent PC raffinés, gras, sucrés</i> ▪ <i>Ne déjeune pas</i> 	
<i>Proportion de gras > 30%</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Choisit lait entier et fromages gras</i> ▪ <i>Choisit souvent fritures (+2 /semaine)</i> ▪ <i>Portions VS trop grosses</i> ▪ <i>Viande rouge 2 X sur 3</i> 	

8. Établir les objectifs de comportement (à ce stade, la précision est primordiale). Chaque objectif de comportement doit répondre aux questions : **Qui, quoi, combien, quand et dans quel contexte**. Par exemple:

D'ici mai 200x, 75% des étudiants en nutrition de 3^e année consommeront au moins 5 portions de légumes et fruits par jour (vs actuellement 3 portions) au moins 6 jours par semaine.

QUI : 75% des étudiants en nutrition de 3^{ième} année

QUOI : consommeront ? portions de légumes et fruits par jour

COMBIEN (vs consommation actuelle) : au moins 5 (portions) (vs actuellement 3 portions)

QUAND : d'ici mai 200x

CONTEXTE : au moins 6 jours par semaine

Environnement alimentaire:

9. Avec la communauté et ses principaux acteurs décrire les principaux aspects de l'environnement social et physique qui influencent les comportements alimentaires identifiés comme problèmes et que la communauté souhaite voir modifier (*appréciation*).

- *L'environnement immédiat : les goûts de ma famille, de mes amis, leur attitude, etc.*

- L'environnement intermédiaire : *lieu d'approvisionnement, la cafétéria à mon travail, le dépanneur du quartier, etc.*
- L'environnement plus global : *la publicité qui m'entoure, l'étiquetage, les techniques de production agricole, etc.*

10. Toujours avec le concours de la communauté, classer par ordre d'importance (tableau 8) les aspects de l'environnement à modifier (*analyse*).

- Parmi les caractéristiques de l'environnement alimentaire, quelles sont celles qui ont le plus d'impact sur le comportement ou problème visé;
- Évaluer les éléments de l'environnement en terme de capacité à être modifiés.

11. Avec le concours de la communauté, et parmi les éléments de l'environnement retenus au point 10, préciser (1) ceux sur lesquels on portera son attention et (2) qui deviendront alors la cible de l'intervention pour modifier ces éléments de l'environnement (*direction de l'action*).

12. Établir les objectifs environnementaux en terme quantitatif. Par exemple,

- *Afin de favoriser un meilleur accès à une variété de légumes frais et bon marché pour les résidents du campus, le service de terrains et bâtiments de l'Université Laval établira d'ici deux ans, deux cents nouvelles parcelles de jardin de 16m² chacun sur ses terrains adjacents aux résidences.*

QUI : Le service de terrains et bâtiments de l'Université Laval

QUOI : établira des parcelles de jardin de 16 m² chacun

COMBIEN : deux cents nouvelles (parcelles)

QUAND : d'ici deux ans

CONTEXTE : sur ses terrains adjacents aux résidences

Étape 3 : Appréciation écologique et éducationnelle des besoins

L'appréciation des aspects sociaux des besoins suivie de l'appréciation des aspects épidémiologiques associés à la santé nutritionnelle, au comportement alimentaire et à l'environnement alimentaire nous ont fait comprendre partiellement les besoins de la population, en lien avec leur alimentation.

L'appréciation **écologique** et **éducationnelle** des besoins permet d'identifier les principales causes ou déterminants des comportements alimentaires d'intérêt, de même que les éléments de leur environnement identifiés à l'étape précédente (ou leur écologie !), tout en gardant en tête qu'il peut y avoir plusieurs interactions entre ces déterminants. On examine ici les déterminants dits **modifiables**, soit ceux sur lesquels des pratiques telles l'éducation en nutrition et l'organisation communautaire peuvent avoir une influence¹³. L'intervention éventuelle sera axée sur des facteurs causals ou des déterminants que l'on regroupe en **trois catégories**:

- Les facteurs qui **prédisposent** un individu à vouloir adopter le comportement visé, c'est-à-dire à avoir l'intention de l'adopter;
- Les facteurs qui **facilitent** le passage de l'intention au comportement lui-même;
- Les facteurs qui **renforcent** ce passage de l'intention à l'action en favorisant la répétition et le maintien éventuel du comportement.

Il n'est pas nécessaire de vérifier ces facteurs ou leurs interactions de façon détaillée chez chaque individu dans la population visée. On cherche plutôt à obtenir une image globale des principaux facteurs en cause dans des sous-groupes relativement homogènes d'une population comme les résidents, les étudiants, les patients ou les employés regroupés dans des quartiers ou des structures administratives. De même, il est plus important de (1) mettre en ordre de priorité les principaux facteurs qui influencent ou déterminent un changement de comportement ou d'environnement pour bien spécifier ceux sur lesquels il faut agir et (2) de trouver une façon de le faire, que de s'assurer que chaque facteur est placé dans la bonne catégorie. Il est préférable de considérer les facteurs «prédisposants», «facilitants» et de renforcement comme des capacités à renforcer plutôt que comme des déficits ou problèmes à corriger.

¹³ Mise à part l'éducation en nutrition, d'autres moyens d'intervention sur le comportement sont le marketing social et la communication stratégique. Quant à l'organisation communautaire, il s'agit d'une méthode d'intervention qui, comme l'action socio-politique et les changements organisationnels, visent plutôt les facteurs de l'environnement.

Facteurs « prédisposants »

Parmi les multiples facteurs **qui prédisposent** à un comportement donné, ceux dont on se préoccupera en vue de planifier un programme d'intervention sont généralement associés aux croyances, connaissances, attitudes, valeurs et habiletés perçues. Ils expliquent ce qui motive le *comportement* d'un individu ou d'un groupe. Avant de voir comment on les utilisera, on définira chacun de ces termes.

- Une *croyance* est une conviction que quelque chose est vrai ou réel. Par exemple, *Marie croit que déjeuner tous les matins prend trop de temps*; cette croyance influence son attitude envers le déjeuner – son attitude à déjeuner tous les matins est sans doute peu favorable. Nos diverses croyances définissent notre *attitude* envers le comportement en question. Elles définissent aussi comment nous percevons autour de nous la *norme sociale* associée à ce comportement (il est plus ou moins acceptable dans notre environnement significatif) ou encore notre *habileté* (capacité) ou notre *efficacité personnelle* (ou perception du contrôle) à effectuer le comportement.
- Une *connaissance* correspond à l'information factuelle et interprétative qui mène à la compréhension ou qui est utile pour entamer une action sur une base informée.
 - La connaissance est une condition nécessaire mais habituellement insuffisante pour mener à un changement de comportement individuel ou collectif.
 - Par exemple, je peux savoir (connaissance) que manger au moins cinq légumes et fruits par jour contribue à réduire les problèmes cardiovasculaires, mais je peux en même temps douter que MA consommation de cinq F/L par jour réduira MON risque de développer des problèmes cardiovasculaires.
 - La connaissance ou l'apprentissage cognitif peut découler de l'expérience, menant ainsi à des *croyances* qui à la longue se combinent et produisent des *valeurs*. Ajoutées aux influences sociales, elles mènent à leur tour à des *attitudes*.
 - La motivation ou prédisposition à adopter un comportement vient habituellement de sources autres que (ou en plus de) la connaissance factuelle. Pour motiver ou prédisposer à l'adoption d'un comportement, on doit donc toucher les éléments clés de cette motivation dans une population donnée.

- Une *attitude* peut être définie comme un jugement, une évaluation envers une certaine catégorie d'objets, de personnes ou de situations. Elle peut prendre une forme « cognitive » ou « affective ». Par exemple, *Louise n'est pas très favorable à l'allaitement exclusif* (son attitude n'est pas favorable); elle se sent gênée d'allaiter en public (c'est une croyance *affective* qui influence son attitude). Quant à Julie, *elle est très favorable à l'allaitement exclusif jusqu'à six mois* (son attitude est favorable); *elle considère que l'allaitement contribuera à améliorer la santé de son bébé* (croyance *cognitive* qui influence son attitude). La structure de l'attitude inclut toujours un élément d'évaluation (bon-mauvais; favorable-défavorable). Cette évaluation dépend des croyances qui la sous-tendent.
- Les *valeurs* correspondent aux principes qui orientent l'action d'un individu, d'un groupe ou d'une organisation en société. Les *valeurs* sont plus ancrées que les attitudes et les croyances et plus difficiles à changer, surtout à court terme. Les attitudes sont souvent fondées sur les valeurs, mais aussi influencées par les croyances; les croyances sont plus facilement modifiables que les valeurs.
- Les *habiletés existantes* et les *capacités* auxquelles on a accès peuvent aussi prédisposer à adopter le comportement si elles augmentent le sentiment *d'auto-efficacité* (on parle aussi de *perception du contrôle*), et vice-versa. Par exemple, *Julie sait bien cuisiner, elle croit qu'il lui sera facile de diminuer de moitié la quantité de corps gras* (huile, margarine et beurre) *qu'elle utilise chaque semaine*. Selon sa perception, elle s'en sent capable. La *croyance* qui fait qu'elle s'en sent capable est que sachant bien cuisiner, elle se sent capable de faire des substitutions de gras. Plus la perception du contrôle, ou le sentiment d'auto-efficacité d'une personne est positif face à un comportement à adopter, plus elle sera prédisposée à l'adopter.
- On peut aussi percevoir que certains de nos comportements sont plus ou moins acceptables aux yeux des personnes qui sont importantes pour nous. On parle alors de la *norme sociale ou subjective*. Plus elle est positive, plus on sera motivé ou prédisposé à adopter le comportement. Ainsi, *chez plusieurs jeunes adolescents, prendre une boisson gazeuse en collation est plus « in » que prendre un verre de lait*. Ils croient que les autres jeunes le

voient ainsi même si leurs parents préfèrent les voir prendre un verre de lait. À cet âge, plusieurs jeunes sont plus sensibles à l'opinion de leurs pairs. Leur perception de la *norme sociale* envers le lait comme collation sera plutôt négative alors que celle envers les boissons gazeuses sera plus positive.

C'est donc *une combinaison de facteurs* (croyances, attitudes, valeurs et habiletés perçues), qui définit la motivation ou la prédisposition, à agir d'une certaine façon. C'est pourquoi on s'attarde à l'analyse des divers facteurs qui prédisposent ou motivent à un **comportement spécifique** dans une **population donnée**. Pour favoriser l'adoption d'un nouveau comportement, on cherche à définir la combinaison de facteurs qui serait la plus responsable de la motivation (prédisposition) à l'adopter dans ce groupe; c'est sur ces facteurs que l'on voudra agir pour augmenter la motivation (ou prédisposition) et favoriser l'adoption du nouveau comportement. La motivation vient rarement seulement de la connaissance. En général, une motivation suffisante pour modifier un comportement implique à la fois une *attitude favorable* envers le nouveau comportement, la perception que la *norme sociale* dans son environnement significatif est *favorable* à ce comportement et la perception que l'on se sent *capable de le faire*. Après avoir identifié le ou les comportements alimentaires à modifier, il faut donc définir, dans la communauté en question, quels sont principaux éléments de motivation sur lesquels il faudra agir pour amener ce changement de comportement (attitude, norme sociale et/ou perception du contrôle face au nouveau comportement) et les principales croyances qui sont sous-jacentes à chacun.

Exemple : le cas de la cigarette. *Bon nombre de fumeurs savent et acceptent que fumer nuit à la santé (croyance cognitive - attitude); et que la cigarette n'est plus acceptée dans les lieux publics (croyance - norme sociale), cependant ils ne se sentent pas « capables » d'arrêter (perception du contrôle) !*

Ils ont une partie de la motivation, mais elle n'est pas suffisante pour les amener à changer. Chez ces fumeurs on cherchera à comprendre pourquoi ils ne se sentent pas capables afin d'augmenter leur perception du contrôle (ex.: en leur aidant à ne plus acheter de cigarettes, à prévoir une autre activité pour remplacer ou occuper la pause-cigarette, etc.). Selon les facteurs «**prédisposants**» identifiés, on cherchera **par la suite** à favoriser l'actualisation de cette motivation en **facilitant** le changement (ex.: timbres de nicotine, gomme, accès régulier à une personne ressource, etc.) et en les encourageant à poursuivre en agissant sur les facteurs de **renforcement** (ex.: conjoint accepte d'être tolérant et reconnaissant, etc.).

On peut identifier les facteurs qui *prédisposent* soit (1) au comportement problème actuel (ex. : *déjeuner moins de 3 fois par semaine*), ou encore (2) au comportement souhaité à adopter. Si le comportement problème actuel est maintenu, c'est que divers facteurs y contribuent. Mais ce qui intéresse davantage en nutrition publique, c'est de connaître les divers **facteurs qui pourraient prédisposer à adopter le comportement souhaité**, de façon à identifier ceux sur lesquels on devra agir pour mener au changement.

Par exemple, *chez plusieurs adultes, l'habitude acquise dans la jeunesse et la croyance que seule une boisson gazeuse désaltère peuvent concourir au maintien de ce comportement.* L'ignorance de l'effet négatif d'une consommation quotidienne de boissons gazeuses sur la qualité de l'alimentation est un facteur qui peut aussi y concourir. Cependant, parmi les personnes qui en consomment régulièrement, peu les considèrent comme des aliments santé – et pourtant la plupart continuent d'en consommer régulièrement. Leur motivation reposerait donc sur autre chose que la connaissance! Omettre ce fait et tenter de motiver seulement par la diffusion de connaissances risque de donner peu de résultats. Chez un groupe d'adolescents, la croyance que c'est « in » de consommer des boissons gazeuses est certes un élément motivationnel particulièrement important à son maintien. Pour déloger les boissons gazeuses, en tout ou en partie, on doit d'abord préciser ce qui pourra les remplacer, dans quel contexte et

ensuite s'assurer d'identifier avec soin les principaux facteurs qui pourraient être considérés, soit ceux qui prédisposent au **comportement visé dans la population visée**. En d'autres mots : quelles sont les croyances positives et négatives associées à leur *attitude, norme sociale* ou *perception du contrôle* vis-à-vis du comportement à adopter? Lesquelles sont les plus importantes? Les croyances positives détectées sont celles sur lesquelles on peut s'appuyer pour construire la nouvelle motivation. Cependant le principal défi sera celui de transformer les principales croyances négatives de façon à les neutraliser ou à les rendre positives. Le tableau 11 peut aider à identifier ces croyances et celles qui sont les plus importantes dans chaque construit (attitude, norme sociale, perception du contrôle). C'est sur ces dernières que l'on devra agir pour favoriser l'adoption du nouveau comportement.

Ces divers construits (attitude, norme sociale et perception du contrôle) relèvent des différentes **théories qui tentent d'expliquer pourquoi les individus adoptent ou non un comportement**. Il est utile de partir d'une de ces théories pour guider la recherche des principaux facteurs qui *prédisposent* à l'adoption d'un comportement dans une communauté donnée. On choisira la théorie avec laquelle on a le plus d'affinité, ou celle qui semble mieux expliquer le comportement à l'étude parmi divers modèles tels : celui des *Croyances relatives à la santé* (Becker et al.), *Théorie sociale cognitive* (Bandura), *Théorie de l'action raisonnée* (Fishbein et Ajzen), *Théorie du comportement planifié* (Ajzen et Madden), *Modèle des étapes du changement* (Prochaska), *Théorie de la diffusion de l'innovation* (Rogers), *modèles écologiques*, etc.

Plusieurs de ces modèles sont décrits dans le texte de Gaston Godin (1991)¹⁴. Par ailleurs, Godin propose aussi un « modèle intégrateur »¹⁵.

¹⁴ Godin, Gaston (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences sociales et Santé, vol. IX (1) mars (14 pp).

¹⁵ Godin, Gaston (2002). *Le changement des comportements de santé. Chapitre 17, pages 375-388, dans Fischer G-N, ed. : Traité de psychologie de la santé, Dunod.*

Tableau 11. Démarche d'identification des facteurs «prédisposants» dans un groupe

Exemple de comportement à adopter : Diminuer la consommation de beurre ajouté sur les aliments (ex. : pains, muffins, craquelins, etc.), en le remplaçant par de la margarine non hydrogénée chaque jour au pensionnat.

Attention : le comportement à adopter doit être défini pour chaque situation !

D'une façon générale, nous associons des avantages et des désavantages à nos comportements alimentaires. Quels seraient *pour vous* les AVANTAGES et les DÉSAVANTAGES de remplacer le beurre ajouté sur les aliments (pain, muffins, biscottes, légumes...) par une margarine non hydrogénée chaque jour au pensionnat? (facteur prédisposant – attitude)

AVANTAGES

- ✓ *Je sentirai que je pose un geste positif pour ma santé en le faisant*
- ✓ *Si je m'y habitue, je pourrai épargner plus tard car la margarine est moins coûteuse que le beurre*

DÉSAVANTAGES

- ✓ *La margarine non hydrogénée a moins bon goût que le beurre*

Dans notre entourage, il y a généralement des personnes ou des groupes de personnes qui approuvent ou désapprouvent nos comportements. Quels sont les principales personnes ou groupes de personnes de *votre entourage* qui seraient en ACCORD ou en DÉSACCORD avec le fait que vous remplaciez le beurre ajouté sur les aliments (pain, muffins, biscottes, légumes...) par une margarine non hydrogénée à chaque jour au pensionnat? (facteur prédisposant – norme sociale)

ACCORD

- ✓ *Nos parents préfèrent que nous consommions de la margarine sur notre pain et muffins lors des repas familiaux*

DÉSACCORD

- ✓ *Les amies et collègues : la plupart préfèrent le beurre et n'encouragent pas la consommation de margarine non-hydrogénée; elles pourraient nous traiter de « granola ».*
- ✓ *Ça fait 'cheap' (ou ordinaire) de prendre de la margarine plutôt que du beurre qui lui a une connotation plus prestigieuse ou qui dégage une meilleure image; il est associé à une cuisine plus raffinée*

Parfois un certain nombre de facteurs aident ou nuisent à l'adoption de nouveaux comportements. Dans votre cas, pouvez-vous nommer les facteurs qui pourraient vous AIDER à remplacer le beurre ajouté sur les aliments (pain, muffins, biscottes, légumes...) par une margarine non hydrogénée à chaque jour au pensionnat ou encore qui pourraient vous en EMPÊCHER? (facteur prédisposant – perception du contrôle)

AIDER

- ✓ *À la maison il y a toujours de la margarine sur la table, nous nous sentons donc plus capables d'utiliser de la margarine sur le pain ou les muffins plutôt que du beurre lorsque nous y prenons le petit déjeuner*
- ✓ *Si nous savions comment choisir une margarine non-hydrogénée, nous pourrions vérifier si c'est ce que nous avons à la maison et au besoin s'en assurer.*

EMPÊCHER

- ✓ *À la cafétéria, il nous faut demander la margarine au préposé, car c'est toujours le beurre qui est automatique; ceci allonge le temps de service car il faut attendre que le préposé soit libre. La tentation de choisir le beurre est donc omniprésente.*
- ✓ *Nous ne savons pas comment distinguer les différents types de margarine pour pouvoir choisir les bonnes.*

Dans ce document, on s'inspire de *la Théorie du comportement planifié* (TCP). C'est ce modèle qui a été inséré dans la boîte des facteurs «prédisposants» de Precede-Proceed. **On aurait pu remplacer la TCP par n'importe quelle autre théorie ou modèle d'identification des déterminants psychosociaux du comportement ou encore par une combinaison de modèles**, selon ce qui semble le plus approprié pour la communauté à l'étude¹⁶.

La *Théorie du comportement planifié* s'est souvent révélée utile dans l'étude des comportements alimentaires. Cette théorie (illustrée à la figure 5 dans la partie « facteurs qui prédisposent ») postule que **l'intention** d'une personne d'adopter ou non un comportement est le déterminant immédiat de l'acte comportemental, soit son principal prédicateur. **L'intention** serait elle-même déterminée par (1) *l'attitude* de la personne à l'égard du comportement (plus ou moins favorable); (2) l'importance qu'elle accorde à l'opinion des gens qui lui sont proches (croient-ils qu'elle devrait ou non adopter le comportement en question? *norme sociale ou subjective*) et (3) la *perception* qu'a l'individu *de son contrôle* (physique et psychologique) sur le comportement à venir. Il y a un contrôle total lorsqu'il n'existe aucune contrainte à son adoption, c'est-à-dire si l'intention y est et qu'elle est supportée par des facteurs «facilitants» et de renforcement. À l'inverse, il y aura un manque de contrôle si son adoption nécessite opportunités, ressources et habiletés. Il faut alors identifier ces « barrières » qui nuisent à l'adoption du comportement pour ensuite voir comment on pourra les enlever (agir sur l'environnement) ou encore améliorer la capacité des personnes à les surmonter (agir sur leur perception du contrôle). En cherchant les principaux aspects de *l'attitude*, de *la norme sociale ou subjective* et de *la perception du contrôle* qui *favoriseraient le comportement à adopter* dans la population visée on commence à identifier les facteurs «**prédisposants**» sur lesquels il faudra agir pour favoriser l'adoption du comportement souhaité. Lorsqu'il s'agit d'améliorer la **capacité** des personnes à **surmonter les obstacles identifiés**, on travaille alors sur les facteurs qui **prédisposent**. S'il s'agit d'enlever les obstacles, on travaille sur l'environnement.

¹⁶ On peut donc changer de modèle pour poursuivre son analyse dans une communauté donnée. L'important c'est de choisir le modèle qui convient le mieux à la situation. Pour le décider on consultera des études antérieures sur les changements d'habitudes alimentaires ou de comportements alimentaires semblables. En effet, adopter un nouveau comportement alimentaire c'est forcément modifier une habitude !

L'intention d'adopter le nouveau comportement peut être plus ou moins forte. L'importance des divers facteurs de prédiction de l'intention (l'attitude, la norme sociale et la perception du contrôle) varie probablement selon le degré d'intention tel que suggéré par le modèle transthéorique de Prochaska qui parle des **étapes ou stades du changement**. Selon Prochaska, il y aurait cinq stades par lesquels chacun passe avant d'avoir vraiment adopté un nouveau comportement : **pré-contemplation, contemplation, préparation, action et maintien**. Au stade de pré-contemplation, comme son nom l'indique, l'individu n'a pas l'intention d'adopter le comportement – il ne se pose même pas la question. Sa *perception du contrôle* est peut-être moins importante; alors que l'*attitude* est sans doute le plus important déterminant de l'intention dans ce cas (tout comme les croyances qui les sous-tendent). Pour faciliter l'identification des facteurs «prédisposants» et établir des objectifs pertinents, il est utile de savoir **où se situe la communauté dans le processus de modification du comportement**, à quel stade de changement, ou quel est son degré d'intention.

Kristal et al. (1990)¹⁷ décrivent comment la théorie des stades de changement de comportement de Prochaska peut servir à modifier des comportements alimentaires, même en clinique. Ils suggèrent aussi comment poser les questions (consommation de gras ou de légumes) pour déterminer le stade auquel se trouve un client !

¹⁷ Kristal et al: How can stages of change be best used in dietary interventions. JADA 99 (6): 679-684, 1990.

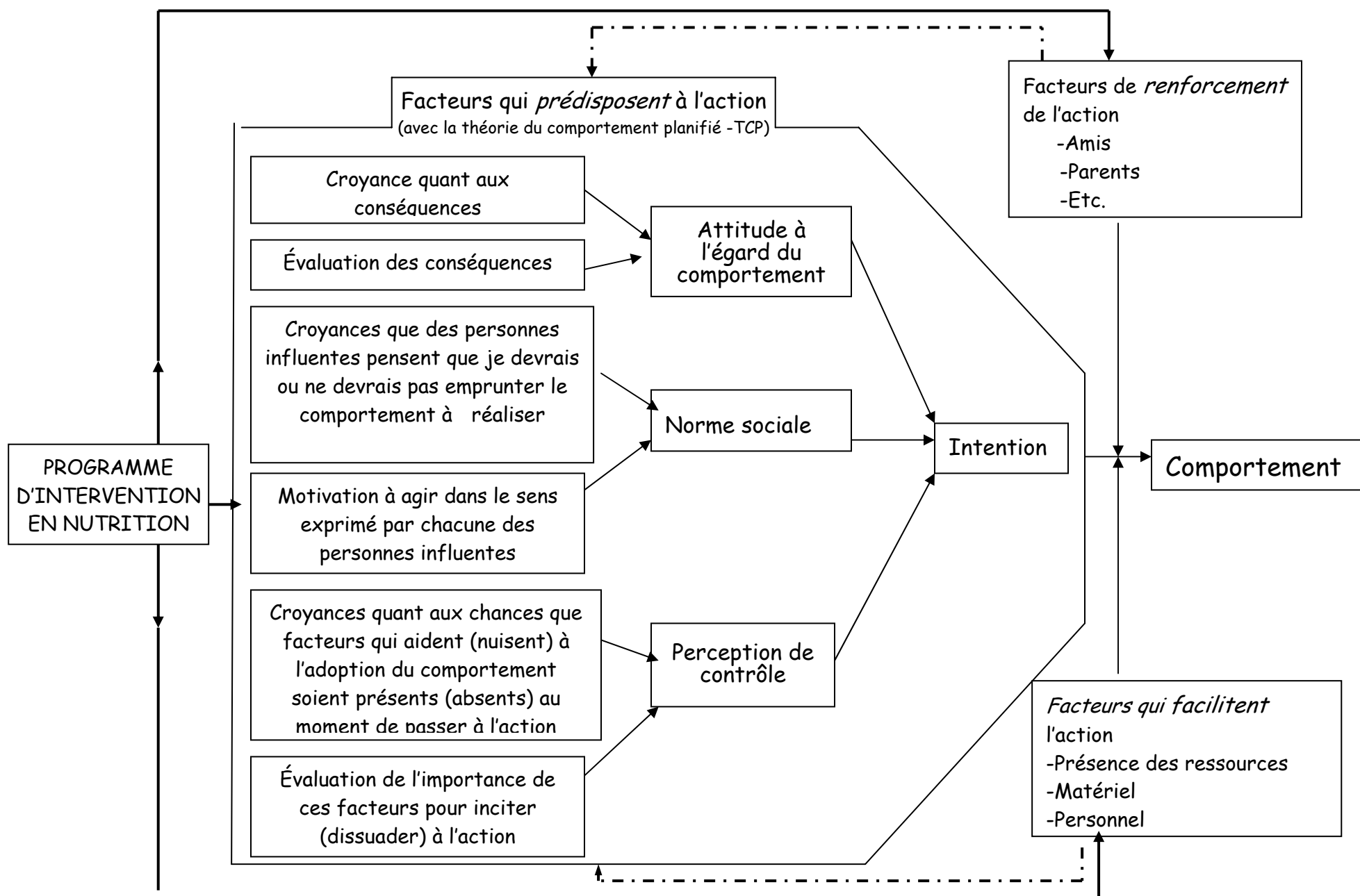


Figure 5. La place des modèles psychosociaux de prédiction du comportement (ici TCP), dans un modèle de planification des interventions. Exemple adapté de Godin 1991. Sciences sociales et santé, vol IX (1), Tableau 6, p. 88.

Facteurs « facilitants »

Une fois les principaux facteurs «*prédisposants*» du comportement identifiés, on s'intéresse à ceux qui pourraient *faciliter* et *renforcer* l'actualisation de l'intention en comportement. Les facteurs **qui facilitent** le comportement sont généralement des *conditions de l'environnement* des personnes. Ces conditions «*facilitent*» la réalisation du comportement par les individus (ou par les organisations), une fois ceux-ci suffisamment motivés pour vouloir l'adopter. Ces conditions *incluent la disponibilité et l'accessibilité* tant physique que financière des *ressources personnelles et communautaires* nécessaires à l'individu pour qu'il adopte le comportement visé. Ces conditions «*facilitantes*» font partie de l'environnement. Dans certaines communautés, on pourrait même décider d'agir d'emblée sur l'environnement et donc directement sur les facteurs «*facilitants*» après avoir examiné les motivations au comportement à adopter. Ou encore, c'est clairement un aspect de l'environnement alimentaire qui préoccupe la communauté au départ, plutôt que les comportements. C'est le cas lorsque le contrôle est objectivement hors de portée des individus. Par exemple, *il n'y a que des dépanneurs dans un rayon de marche de la majorité de la communauté. Ses membres non motorisés n'ont donc pas accès à des aliments frais (tels fruits et légumes) à des prix raisonnables même s'ils sont fort motivés à en consommer.*

Exemples de facteurs « facilitants »

1. *Jeannette et Lucie ont un budget limité pour nourrir leur famille; elles achètent peu de fruits et légumes : ils sont trop chers et de qualité inégale au marché du coin. Elles constatent qu'elles arriveraient à acheter ce qu'il leur faut si elles pouvaient faire leurs achats dans les supermarchés à partir de leurs spéciaux. Or il n'y a pas d'autobus qui s'y rendent et elles n'ont pas de voiture ! Ces supermarchés ne leur sont pas accessibles (ressource communautaire). Leur motivation pour mieux manger est bonne! Elles sauraient quoi acheter si elles y avaient accès. Un service de transport hebdomadaire et abordable serait un facteur facilitant pour que leurs familles consomment plus de fruits et légumes !*

2. *Dans la résidence pour personnes âgées « abc », les résidents consomment très peu de fibres et ont un diagnostic de santé conséquent ! On y sert très peu de fruits ou de légumes, les pains et produits céréaliers sont généralement raffinés, les desserts plutôt sucrés et traditionnels. Même si les résidents étaient motivés, il n'y a pas de ressources dans leur environnement (aliments riches en fibres) pour leur permettre d'adopter le comportement de manger plus de fruits et légumes et/ou plus de pains et céréales à grains entiers. Il serait facilitant pour eux que chaque jour un plateau de fruits frais et de muffins au gruau soit disponible dans la salle des loisirs toute la journée ; leur accès régulier à ces ressources serait facilité !*

Plusieurs changements environnementaux nécessitent un changement de comportement chez les acteurs qui contrôlent l'environnement (*vs* chez les membres de la communauté). Il peut alors s'avérer utile de tenter de comprendre ce qui pourrait motiver ces acteurs à modifier l'environnement. Ayant identifié qui sont ces acteurs et quel est le comportement que l'on souhaite les voir adopter (pour ensuite favoriser un autre comportement dans la communauté), on cherchera alors à déterminer quels sont les facteurs «*prédisposants*» chez eux (quant à l'attitude, la norme sociale, la perception du contrôle et leurs croyances respectives), sur lesquels on devrait agir. On cherchera ensuite à *faciliter* et à *renforcer* ces changements.

La compréhension de l'influence des conditions environnementales (ex.: disponibilité des ressources, accessibilité, coûts abordables) sur un comportement permet d'identifier avec justesse les facteurs qui faciliteront l'action au sein des communautés. L'action professionnelle devra donc amener la communauté à développer les ressources que le comportement exige, ainsi que l'accès à celles-ci.

Facteurs de renforcement

Les facteurs **de renforcement** d'un comportement sont les *conséquences* d'action qui font que la personne reçoit une rétroaction positive (ou négative) suite au comportement et si elle est appuyée socialement. Les facteurs de renforcement **suivent**

le comportement; ils font référence à des **personnes** et ils sont **externes**. Ils incluent le support social, la réaction des pairs et celle des professionnels de la santé; de même que les réactions qui encouragent (félicitations et récompenses) ou découragent (moquerie) les gens à maintenir un nouveau comportement. Les renforcements vus dans leur ensemble ont un effet global négatif ou positif. Il s'agit ici d'identifier **pour un comportement visé dans un groupe donné**, quels seraient des **facteurs de renforcement pertinents**, c'est-à-

Exemple de facteur de renforcement

Le soutien familial de l'individu qui tente de manger plus de fruits et légumes (on le félicite chaque fois qu'il le fait!) renforce ses efforts et l'encourage à persévérer. Dans le cas contraire, un contexte de moquerie de l'entourage pourrait détruire rapidement une démarche déjà difficile.

dire ceux qui feront que la réalisation du comportement sera suivie de « récompenses », de réactions que l'individu recevra de façon positive de façon à mener à la répétition et au maintien du comportement, **soit à son adoption** ! Le renforcement devra donc venir de personnes « significatives » ou considérées comme étant importantes à leurs yeux.

Suite à l'identification des facteurs «prédisposants», «facilitants» et de renforcement, il restera ensuite à choisir des méthodes d'intervention pertinentes qui aideront à modifier ces facteurs déterminants. Une combinaison heureuse de diverses méthodes d'intervention visant à la fois à prédisposer, faciliter et renforcer un comportement accroît les chances d'acquisition et de maintien du nouveau comportement. En général, des interventions de *communication directe* avec la population cible agissent sur les facteurs «*prédisposants*» alors que des activités de *communication indirecte*, à travers les parents, les pairs, les professeurs, etc., agissent sur les facteurs de *renforcement*. Quant à *l'organisation communautaire et les interventions politiques*, elles agissent sur les facteurs «*facilitants*». On étudiera plus spécifiquement les théories les plus fréquemment utilisées en nutrition et les méthodes d'intervention en Nutrition Communautaire II (NTR-22445).

Une stratégie qui vise à changer un comportement doit viser à agir sur chacune des trois catégories de déterminants : les facteurs «prédisposants» (attitude, norme sociale, perception du contrôle), «facilitants» et de renforcement. En effet, pour vouloir adopter un nouveau comportement (c'est-à-dire vouloir changer une habitude) il faut être motivé ou prédisposé à le faire; une fois prédisposé, le changement s'effectuera dans la mesure où il est facilité par des ressources mises à la disposition et renforcé par des personnes significatives. Il n'est donc pas rare que les programmes en nutrition utilisent des **modes d'interventions variés**. La figure 5 illustre aussi ces trois niveaux d'intervention.

Finalement, les facteurs déterminants qui doivent être modifiés pour initier et soutenir le processus du changement comportemental et environnemental deviendront le "QUOI" des objectifs *spécifiques* du programme (alors que le comportement et/ou l'environnement à modifier sont devenus le « QUOI » des objectifs *généraux* du programme). Les **objectifs spécifiques** viseront les **trois types de facteurs**. Les objectifs portant sur les motivations (au niveau de l'attitude, de la norme sociale ou de la perception du contrôle) définiront les facteurs «**prédisposants**» à mettre en place pour que le comportement puisse changer. Les objectifs portant sur les ressources définiront les facteurs «**facilitants**» devant être mis en place à la fin du programme pour que le comportement (ou l'environnement) puisse changer. Les objectifs portant sur les personnes significatives pour renforcer le changement de comportement intenté définiront les facteurs de **renforcement** à mettre en place. **Ces objectifs servent en même temps de critères d'évaluation de l'impact des programmes.** Chaque objectif du programme (spécifique ou général) doit répondre aux questions suivantes:

- QUI est visé par son intervention¹⁸?
- QUEL facteur déterminant (ou quelle croyance—dans le cas des facteurs «prédisposants») est visé?; (QUOI)
- DANS QUELLE MESURE peuvent-ils être modifiés (*combien*) et dans QUELLES CONDITIONS (*contexte*)?;
- EN COMBIEN DE TEMPS?

En d'autres mots : « QUI devra faire QUOI, pour QUAND, et dans QUELLES CONDITIONS » ; « FAIRE » doit inclure un verbe d'action observable; « QUOI » doit spécifier le changement attendu de façon observable et mesurable (et non le moyen à mettre en place. Attention !).

Démarche à suivre

Après s'être resitué dans le contexte du ou des comportements prioritaires à adopter et/ou de l'environnement alimentaire prioritaire à modifier identifiés à l'étape préalable, on cherche avec les membres de la communauté quels sont les principaux facteurs qui prédisposent à **adopter** chacun de ces comportements ou à **modifier** chacun de ces éléments de l'environnement. On consultera environ 20 à 30 personnes ou un échantillon représentatif de la communauté visée. À cet effet, on organise des rencontres de groupe (6 à 10 personnes par groupe) avec les membres de la communauté (et/ou les autres acteurs concernés). On peut utiliser une pluie d'idées ou une discussion de type « groupe focus ». Le tableau 11 est une ressource utile pour guider la discussion ; il s'agit d'abord d'y substituer le comportement visé dans sa communauté et sa définition, puis de **modifier les questions** en conséquence. Les résultats de ces échanges identifieront les croyances de la communauté sous-jacentes à l'*attitude* (avantages-désavantages), la *norme sociale* (accord-désaccord) et la *perception du contrôle* (aide-nuit) face au comportement visé.

En analysant les résultats avec la communauté, on pourra (1) choisir les principales croyances à modifier, et (2) définir si l'on doit agir à la fois *sur l'attitude, la norme sociale et la perception du contrôle* pour arriver à augmenter suffisamment l'intention de la communauté de modifier son comportement. Pour mettre en priorité les croyances identifiées dans chaque catégorie (attitude, norme sociale, perception du contrôle), on pourra utiliser une discussion de groupe ou encore un

¹⁸ Lorsqu'il s'agit des objectifs spécifiques (visant les facteurs prédisposant, facilitant ou renforçant) ou des objectifs généraux (visant le comportement ou l'environnement) de programme, le « qui » fait toujours référence aux résultats attendus par rapport à la communauté visée. Plus tard, lorsqu'on planifiera des actions ou des moyens, on définira des objectifs opérationnels qui eux peuvent avoir trait aux intervenants.

exercice tel que la technique du groupe nominal. Lorsqu'il s'agit d'une population importante en nombre, on pourra élaborer un questionnaire standardisé à partir des résultats des premières discussions. En l'administrant à un échantillon de la population cible, on pourra tester ces résultats auprès de l'ensemble de cette même population. L'analyse et l'interprétation des réponses au questionnaire permettent alors de spécifier les principaux éléments des facteurs de motivation «prédisposants» sur lesquels on agira.

Pour faire cet exercice avec succès, il faut avoir bien **décrit le comportement** de façon à ce qu'il soit compris également par tous les participants. Ainsi, déjeuner tous les matins peut vouloir dire « *prendre une rôti et un café* », ou encore « *un jus accompagné d'un bol de céréales avec du lait et un café au lait* ». Quelle définition est acceptable? Laquelle correspond au comportement à adopter? Autour de quelle définition souhaite-t-on que les gens échangent? (ex.: *déjeuner, c'est consommer au moins une portion de chacun de 3 groupes d'aliments au moins 6 matins sur 7*).

Lorsque le comportement des membres de la communauté est presque entièrement sous le contrôle d'un élément de l'**environnement**, on procède directement à l'étude de comment modifier l'environnement. Par exemple : *il n'y a que des dépanneurs dans le quartier, donc l'approvisionnement en fruits et légumes frais est pratiquement inexistant*. Il faudra alors étudier avec les divers acteurs de la communauté comment on pourrait agir sur cette situation et faciliter un meilleur approvisionnement en fruits et légumes frais : on pourrait amener des marchés publics, nouveaux commerces, etc., à s'installer dans la communauté; on pourrait aussi faciliter le déplacement des membres de la communauté en instaurant par exemple un transport hebdomadaire vers un marché de grande surface situé en banlieue ! Les membres de la communauté choisiront dans quelle démarche ils souhaitent s'investir et qui sera visé pour instaurer l'approche souhaitée. Il faudra ensuite étudier ce qui les y prédisposera, etc.

Une fois les facteurs «prédisposants» identifiés et mis en priorité, on cherchera à identifier avec la communauté comment on pourrait **faciliter** l'actualisation de leur intention et comment on pourrait la **renforcer**. Il faut constamment s'assurer que l'on comprenne bien le sens des réponses apportées par les membres de la communauté en pratiquant l'écoute active et en demandant des précisions au besoin.

1. Déterminer l'ensemble des causes/facteurs qui **prédisposent** à chacun des comportements à adopter retenus lors de l'étape précédente : revue de littérature, entrevues, pluies d'idée en groupes ou groupes de discussion, etc. (tableau 11).
2. Classer ces causes en 3 catégories: ceux reliés à l'*attitude*, à la *norme sociale* et à la *perception du contrôle*. Bien réfléchir à chacune des réponses émises pour (1) bien comprendre leur sens réel en s'assurant qu'on les a suffisamment approfondies et (2) vérifier qu'elles appartiennent vraiment à cette catégorie; au besoin, les remettre dans la bonne catégorie. Il est vraiment important que les réponses compilées au tableau 11 soient bien approfondies et complètes; sinon, le reste de la démarche et sa pertinence risquent fort d'être hypothéquées. Entre autres, il faut se rappeler que deux des objectifs spécifiques du programme seront définis à partir de l'identification des facteurs prédisposants au comportement à problème.
 - Par exemple : *les étudiants n'ont pas le temps de déjeuner* : préciser ce qui prend du temps pour eux, quel est l'obstacle réel?
3. Avec la communauté, mettre en ordre de priorité chacune des catégories de facteurs «prédisposants» selon l'importance des facteurs et leur capacité à être modifiés (tableau 8). Spécifier ensuite s'il est nécessaire d'agir sur les trois catégories de facteurs «prédisposants» et, si non, spécifier sur lesquelles on tentera d'agir.
4. Répéter l'exercice pour chacun des éléments de l'environnement retenus à l'étape précédente, le cas échéant.
5. On comprend maintenant mieux les besoins de sa communauté. Au besoin, reformuler les objectifs généraux du programme qui avaient été formulés lors de l'appréciation du comportement et de l'environnement. Inclure à la fois des objectifs comportementaux et des objectifs environnementaux (qui, quoi, combien, quand, dans quel contexte), ou seulement l'un ou l'autre.
6. Formuler les objectifs spécifiques du programme, c'est-à-dire ceux qui visent les facteurs «prédisposants» du comportement visé (ou de l'environnement). Chaque objectif

comportemental ou environnemental doit avoir au moins deux objectifs spécifiques qui visent les facteurs «prédisposants» (tels l'attitude, la norme sociale et la perception du contrôle).

7. Revoir ces objectifs avec la communauté. Chercher ensuite avec ses membres ou représentants et d'autres acteurs du milieu, comment le programme pourrait **faciliter** l'actualisation de leur motivation (ou prédisposition, ou intention améliorée) à adopter le comportement, et comment il pourrait **renforcer** leurs efforts pour adopter le comportement. En d'autres mots, quels seraient les principaux facteurs «**facilitants**» et de **renforcement** que l'on pourrait instaurer. Ces facteurs seront aussi l'objet d'objectifs spécifiques.

8. Exemple d'objectifs spécifiques pour un programme dont l'objectif général est :

- *Au 1er décembre 200X, 55% des pensionnaires de 4^{ième} secondaire au Collège C.Q. Rité – A. Limentaire, auront remplacé le beurre qu'elles ajoutent sur du pain, des craquelins, des légumes et autres aliments par de la margarine non hydrogénée, et ce à chaque jour au pensionnat.*

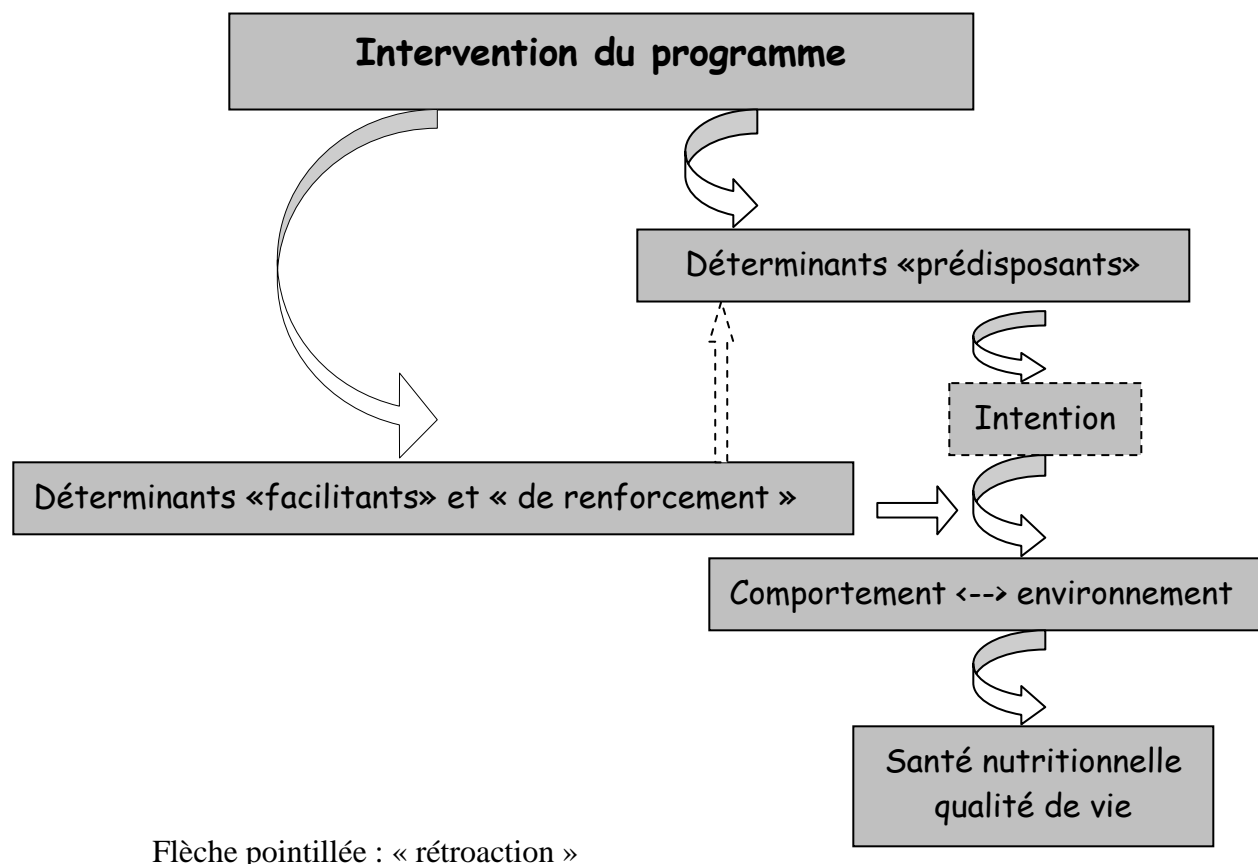
Objectifs spécifiques (selon facteurs déterminants jugés prioritaires par la communauté) :

D'ici le 15 septembre 200X, 75% des pensionnaires de 4^{ième} secondaire au Collège C.Q. Rité – A. Limentaire considéreront le goût de la margarine non hydrogénée équivalent à celui du beurre et elles ne considéreront plus le goût de la margarine non hydrogénée comme un obstacle à sa consommation (facteur prédisposant : attitude – croyance à développer : que la margarine est bonne au goût) .

- *D'ici le 1er novembre 200X, 55% des pensionnaires de 4^{ième} secondaire au Collège C.Q. Rité – A. Limentaire, seront en mesure de différencier les divers types de margarines et elles sauront choisir une margarine non hydrogénée grâce à la lecture adéquate des étiquettes nutritionnelles (facteur prédisposant : perception du contrôle – croyance à développer quant à leur habileté à lire les étiquettes nutritionnelles pour être capable de choisir).*
- *D'ici le 1er décembre 200X, le personnel de la cafétéria mettra en évidence à la cafétéria la margarine non hydrogénée pour toutes les pensionnaires du Collège, alors que le beurre ne sera disponible que sur demande et ce, à tous les repas des jours scolaires (facteur facilitant à instaurer- disponibilité).*
- *75% des pensionnaires en 4^{ième} secondaire au Collège C.Q. Rité – A. Limentaire, seront jumelées avec une collègue de la communauté qui les félicitera à chaque repas où elles choisiront de la margarine non hydrogénée plutôt que du beurre entre le 15 octobre 200X et le 15 novembre 200X; 55% des filles poursuivront cette pratique d'encouragement par jumelage à chaque jour entre cette dernière date et le 1er décembre 200X (facteur de renforcement à instaurer – reconnaissance).*

Ce n'est qu'après la spécification des objectifs du programme (généraux et spécifiques) et l'appréciation administrative et politique (prochaine étape) que l'on choisira les interventions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs spécifiques, c'est-à-dire pour modifier les facteurs déterminants les plus importants, soit ceux qui vont aider à atteindre les objectifs comportementaux et environnementaux fixés. Comme il a été dit plus haut, on doit d'abord comprendre ce que l'on veut modifier, les résultats à atteindre, avant de décider comment on va y arriver ! Et l'on voit maintenant que c'est d'abord sur les facteurs déterminants du comportement visé (ou de l'environnement) que l'on tentera d'agir pour modifier le comportement (ou l'environnement). De la même façon, le comportement et/ou l'environnement ainsi modifiés devraient agir sur les besoins identifiés lors de l'appréciation sociale et de l'appréciation épidémiologique de la santé nutritionnelle (figure 6)!

Figure 6: Liens ente l'intervention (ou le programme) et l'appréciation des besoins à différents niveaux



Étape 4 : Appréciation administrative et politique

Cette étape est la plaque tournante entre le processus de planification PRECEDE et le processus d'implantation et d'évaluation PROCEED. Ayant identifié dans les étapes précédentes ce qui doit être changé, on est bientôt prêt à passer à la pratique, c'est-à-dire au choix et à la planification des interventions et à leur mise en oeuvre.

Toutefois, il faut encore (i) apprécier les **ressources nécessaires et disponibles** à la réalisation du programme, (ii) apprécier les facteurs de **soutien organisationnels** et les **barrières administratives à surmonter** pour le mettre en œuvre, et (iii) apprécier les **politiques** qui peuvent être utilisées pour l'appuyer ou encore celles qui doivent être changées pour lui permettre de procéder. Ces dernières démarches amèneront ensuite à mettre les touches finales au plan formel en incluant un échéancier, la distribution des ressources et responsabilités et un budget. Il s'agit ici de *ressources, barrières ou appuis et politiques institutionnelles* qui sont en lien avec la réalisation de l'intervention; à l'étape antérieure on avait identifié les ressources et *barrières personnelles*, du point de vue des membres de la communauté en vue de l'adoption du comportement.

L'**appréciation administrative et politique** correspond à l'analyse des politiques, ressources et circonstances qui prévalent au moment de la phase organisationnelle et qui peuvent faciliter ou freiner la mise en oeuvre du programme. **Politiques** évoque ici l'ensemble des objectifs et règles qui guident une organisation ou une administration; **réglementation** réfère à l'action d'implanter des politiques ou de faire respecter les lois et les règlements. Par **organisation**, on entend l'action de classer et coordonner les ressources nécessaires à la mise en oeuvre du programme. L'**implantation** ou la **mise en oeuvre** réfère à l'acte de convertir les objectifs de programme en actions par l'administration, la réglementation et l'organisation.

La première démarche de l'appréciation administrative est l'évaluation des **ressources requises** pour atteindre les objectifs énoncés lors des étapes antérieures. Le choix des objectifs spécifiques effectué lors de l'appréciation éducationnelle et écologique s'est sans doute fondé sur une considération plus ou moins consciente des ressources disponibles à la communauté et des méthodes d'intervention que l'on pouvait entrevoir même si elles n'avaient pas été définies (et ne devaient pas l'être). Il s'agit maintenant d'apprécier plus formellement ces **ressources**, soient **celles que l'on croit requises** pour agir sur les facteurs identifiés; il peut s'agir de ressources *de temps, de personnel, de budget, etc..*

Quelques-unes des ressources nécessaires auront besoin d'être développées à partir de zéro, d'autres existent déjà (au sein de l'organisme communautaire avec lequel on travaille, ou encore de la communauté) et ont besoin d'être transigées et adaptées. Quant au personnel, il doit correspondre aux objectifs élaborés lors des deux étapes précédentes. Le personnel est préférablement choisi dans la communauté même. Enfin, les besoins budgétaires peuvent inclure les salaires à verser, les bénéfices marginaux, le matériel, l'impression de matériel, les frais postaux, les photocopies, le téléphone, les équipements divers, le traitement des données etc. A ces dépenses directes (personnel et matériel) il faut ajouter les coûts fixes qui correspondent chez la plupart des organisations à 20 à 50% des coûts directs. On examinera le temps nécessaire pour accomplir les objectifs, le type de qualifications et le nombre de personnes nécessaires et le support matériel requis.

Il est utile de faire un diagramme de Gantt ou un cheminement critique (ex. : PERT). Un diagramme de Gantt par exemple permet de voir les activités qui se superposent dans le temps, la durée de chaque activité, mais aussi d'entrevoir les besoins de chaque activité (ex. : en personnel et appui matériel). Ces méthodes ont déjà été vues dans d'autres cours. Il s'agit ici de les appliquer. On étudiera plus à fond en Nutrition communautaire II comment traduire les étapes 4 et 5 en plan de programme. D'ici là il s'agit de faire une évaluation préliminaire des ressources que l'on croit nécessaires. La seconde démarche de l'appréciation administrative concerne l'évaluation des **ressources disponibles** pour les comparer aux ressources requises.

Une autre exigence de l'appréciation administrative consiste en l'**évaluation des obstacles** à l'implantation du programme ou encore des aspects organisationnels qui pourraient la faciliter. En plus des contraintes entourant les ressources, quelques unes des barrières potentielles sont essentiellement question d'attitude chez certains des partenaires (ici il s'agit des intervenants et non des membres de la communauté), sans oublier celles qui mettent en évidence les relations

Exemple de barrière

Le personnel de la résidence pour personnes âgées est déjà débordé et ne considère pas de son ressort de s'assurer que des plateaux de fruits et de muffins soient toujours disponibles dans la salle de loisirs. Quant au propriétaire il a peur que ça lui coûte trop cher! Leur attitude n'est pas favorable même si les résidents apprécieraient. Si on n'identifie pas cet obstacle éventuel au préalable pour tenter de le contourner, le reste du projet aura un succès limité!

de pouvoir. Bien que certaines de ces barrières ne peuvent poliment être rendues publiques dans un plan de travail, on les ignore au péril du programme. Parmi les obstacles que l'on peut rencontrer, certains ont trait au degré d'engagement et/ou à l'attitude des divers intervenants ou organismes impliqués, d'autres à des conflits, réels ou apparents, entre certains des objectifs du programme et ceux de certains groupes dans la communauté, ou encore d'autres résistances qui peuvent émerger dans la communauté (ex. : si le programme va trop vite, est trop complexe, interfère avec d'autres aspects de la vie communautaire). Les obstacles qui n'ont pas été pris en compte dans cette démarche seront considérés essentiellement comme des barrières politiques ou structurelles et font partie de l'appréciation politique. Certains aspects organisationnels peuvent cependant être favorables à l'implantation du programme et doivent aussi être appréciés (ex. : familiarité du personnel avec l'approche que vous souhaitez utiliser).

Par l'appréciation **politique** on se demande quelles structures réglementaires et quelles politiques en place peuvent faciliter la mise en oeuvre du programme, ou encore lesquelles doivent être modifiées pour que le programme puisse être mis en oeuvre. Dans l'étape antérieure (appréciation éducationnelle et écologique) on a identifié divers facteurs facilitants qui influencent les comportements prioritaires identifiés.

Certains de ces facteurs facilitants ne peuvent être influencés directement par des efforts d'éducation ou par des appels à la communauté parce qu'ils impliquent des changements légaux ou politiques ou qu'ils découlent des conditions environnementales émanant des politiques et des réglementations actuelles (ex. : pour qu'une salle soit disponible au Comtois pour permettre aux jeunes mamans d'allaiter ou d'extraire leur lait au besoin, il faudra influencer la politique d'utilisation des locaux dans le pavillon; pour que les

Exemple de politique silencieuse

Une institution de professionnels de la santé comptant environ 500 employés, n'a que des machines distributrices comme source d'aliments. Les employés en demandent plus. Voulant planifier une cafétéria, on apprend éventuellement que le grand patron n'aime pas l'odeur de nourriture. Il défend toute production de repas dans l'édifice!

machines distributrices au pavillon X incluent non seulement des boissons gazeuses mais aussi du lait et des jus de fruits, ne faudrait-il pas influencer les contrats négociés par l'Université à cet effet?). C'est à ces facteurs facilitants institutionnels que s'adresse l'appréciation politique.

Les plans d'intervention et les politiques entourant un programme doivent laisser assez de **flexibilité** et de discrétion à ceux chargés de les appliquer pour qu'ils puissent les adapter aux conditions locales, et à la personnalité des gens touchés, et enfin selon les messages reçus lors des évaluations.

Une analyse **intersectorielle** est particulièrement importante en nutrition publique (promotion de la santé par une saine alimentation), puisque plusieurs des programmes et politiques souhaitées pour modifier le style de vie et l'environnement liés à l'alimentation sont contrôlés par des organisations relevant de divers secteurs. Les modifications souhaitées dans l'environnement peuvent nécessiter des actions touchant plusieurs forces politiques, certaines non reliées au secteur de la santé. Par exemple, les incitatifs industriels et financiers actuels favoriseraient : la production, la disponibilité et la consommation de fromages relativement gras; l'inclusion dans les aliments transformés d'acides gras trans, de quantités excessives de sodium; etc...comment les modifier? Pour y arriver, il est primordial de bien connaître ces forces et les relations de pouvoir qui prévalent entre elles puisque leur collaboration harmonieuse pourra s'avérer nécessaire.

L'instauration de **partenariats** équitables avec divers acteurs du milieu dès le début de l'évaluation des besoins facilitera considérablement cette démarche. De tels partenariats seront en effet un atout précieux pour le succès du programme éventuel lequel réside entre autre dans la possibilité de développer une **stratégie politique** qui permettra d'obtenir le **support souhaité** pour faciliter les changements nécessaires à l'atteinte des objectifs de programme et des buts de santé visés. Des partenariats heureux seront critiques pour obtenir ce support.

Plusieurs approches peuvent être envisagées; il faut toutefois éviter toute stratégie qui avantagerait un acteur au détriment d'un autre. La meilleure approche est encore celle qui permet à tous les acteurs d'en sortir gagnant (proposition 'WIN-WIN'). Certaines approches favorisent les échanges de bons procédés avec les acteurs ou encore visent le plus grand gain pour le plus grand nombre. Il y a aussi l'approche éducative qui peut miser sur les valeurs morales et humanitaires des divers acteurs. Toutefois son échec peut conduire à une situation conflictuelle qui, par ailleurs, constitue une autre approche à envisager (ex. confrontation organisée tel le

boycott de Nestlé). Finalement, l'approche du lobby et de l'interventionnisme direct sur les politiciens ne doit pas être considérée uniquement comme l'apanage des grandes industries (tabacs, alcool, etc.). Ne pourrait-on développer un lobby pour un étiquetage nutritionnel obligatoire plus complet, pour l'étiquetage de la présence d'OGM dans les aliments? Outre l'action politique, l'action (l'organisation) communautaire peut également être considérée comme une approche permettant d'obtenir les appuis nécessaires aux changements escomptés. Nous étudierons ces méthodes en Nutrition Communautaire II.

Les démarches précédentes nous dirigent vers la touche finale de PRECEDE: *le plan du programme*. Il inclut le choix des méthodes d'intervention, le plan d'exécution des activités (cheminement critique), l'attribution des ressources et responsabilités et le budget. On peut faire un plan préliminaire en tentant de décider si on utilisera des méthodes d'intervention visant les individus (éducation en nutrition, communication, marketing social) ou l'environnement (changements organisationnels, action communautaire, action politique), et la ou lesquelles. On traitera de comment y arriver au cours de Nutrition communautaire II.

Démarche à suivre

1. Évaluer les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs définis à l'étape 4, et celles disponibles dans la communauté et l'organisme associé (temps, personnel, budget).
2. Évaluer les politiques et la réglementation; leur compatibilité avec le plan préliminaire d'intervention.
3. Évaluer les obstacles et appuis à l'implantation du programme, leur flexibilité: peut-on modifier obstacles pour faciliter la mise en oeuvre? qui sont les principaux acteurs, comment sont les relations de pouvoir?
4. Préparer le plan du programme (choix de méthodes d'interventions; des activités; plan d'exécution des activités; attribution des ressources et des responsabilités; budget).

MOTS CLÉS	Ressources nécessaires VS ressources disponibles Appuis organisationnels et obstacles à franchir pour permettre la mise en œuvre Soutien politique et réglementaire Plan du programme
------------------	--

Annexe – Outils de collecte de données

Portrait de la communauté (appréciation sociale - données objectives)¹

1. Caractéristiques des membres-cibles de la communauté et tendances²

Données :

- Démographiques (ex.: nombre, âge, sexe, structure familiale)

- Économiques (ex. : source et niveau revenu *vs* seuil faible revenu et/ou moyenne provinciale)

- Socioculturelles (ex. : langue, origine ethnique, type d'emploi, niveau d'instruction)

- Écologiques (ex. : milieu rural/urbain, type d'habitation/logement)

2. Principaux acteurs du milieu (incluant les services communautaires)

- Organisme associé (mission, objectif, intervenants, qui? quoi? rôles?)

- Autres acteurs (qui? rôles?)

3. Autres informations pertinentes ?

¹ Beaudry M. et A.-M. Hamelin avec la collaboration de S. Blaney et K. Gravel. Introduction à la partie «PREDECE» du modèle «PRECEDE-PROCEED» pour planifier et évaluer des programmes de promotion de la santé : son application en nutrition publique. Cahier de nutrition publique no 3 (2006). Université Laval, Groupe d'études en nutrition publique.

² i.e. augmente/stable/diminue...

**Guide de discussion pour détecter les besoins quant à la qualité de vie
(appréciation sociale – données subjectives)¹**

(Répéter avec divers membres de la communauté, les représentants de l'organisme communautaire auquel on est associé et les divers acteurs clés du milieu, toujours en fonction des besoins des membres de la communauté. Adapter les questions à la situation.)

➤ Aux membres de la communauté :

1. Selon vous, quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations de vos pairs² quant à leur qualité de vie?
 - Ou : qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure qualité de vie?

2. Quels sont vos principaux souhaits, aspirations ou préoccupations quant à votre qualité de vie?
 - Ou : qu'est-ce qui vous empêche d'avoir une meilleure qualité de vie?

➤ À un représentant de l'organisme communautaire :

1. D'après vous quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations des membres de la communauté quant à leur qualité de vie?
 - Ou : d'après vous, qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure qualité de vie?

➤ À divers acteurs clés du milieu :

1. D'après vous, quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations des membres de la communauté quant à leur qualité de vie?
 - Ou : d'après vous, qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure qualité de vie?

¹ Beaudry M. et A.-M. Hamelin avec la collaboration de S. Blaney et K. Gravel. Introduction à la partie «PREDECE» du modèle «PRECEDE-PROCEED» pour planifier et évaluer des programmes de promotion de la santé : son application en nutrition publique. Cahier de nutrition publique no 3 (2006). Université Laval, Groupe d'études en nutrition publique.

² Il est souvent plus facile de dire ce que l'on pense en parlant au nom des autres quand il s'agit d'une question plus personnelle comme celle-ci. On peut reformuler cette question afin qu'elle soit comprise du groupe avec lequel on travaille (ex. : selon leur âge, leur niveau d'instruction).

**Guide de discussion pour détecter les besoins quant à la santé nutritionnelle
(appréciation épidémiologique – données subjectives)¹**

(Répéter avec divers membres de la communauté, les représentants de l'organisme communautaire auquel on est associé et les divers acteurs clés du milieu, toujours en fonction des besoins des membres de la communauté. Adapter les questions à la situation.)

➤ Aux membres de la communauté :

1. Selon vous, quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations de vos pairs quant à leur santé nutritionnelle?

Ou : qu'est-ce qui, à leur avis, les empêche d'avoir une meilleure santé nutritionnelle?

2. Quels sont vos principaux souhaits, ... ou préoccupations quant à votre santé nutritionnelle?

Ou : qu'est-ce qui vous empêche d'avoir une meilleure santé nutritionnelle?

3. Souhaiteriez-vous vous investir pour une meilleure santé nutritionnelle ? Pourquoi ? Comment?

➤ À un représentant de l'organisme communautaire :

1. D'après vous quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations des membres de la communauté quant à leur santé nutritionnelle?

Ou : d'après vous, qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure santé nutritionnelle?

2. Souhaiteriez-vous vous investir pour une meilleure santé nutritionnelle des membres de la communauté? Pourquoi? Comment?

➤ À des acteurs clé de l'organisme communautaire :

1. D'après vous, quels sont les principaux souhaits, aspirations ou préoccupations des membres de la communauté quant à leur santé nutritionnelle?

Ou : d'après vous, qu'est-ce qui les empêche d'avoir une meilleure santé nutritionnelle?

2. Souhaiteriez-vous vous investir pour une meilleure santé nutritionnelle des membres de la communauté? Pourquoi? Comment?

¹ Beaudry M. et A.-M. Hamelin avec la collaboration de S. Blaney et K. Gravel. Introduction à la partie «PREDECE» du modèle «PRECEDE-PROCEED» pour planifier et évaluer des programmes de promotion de la santé : son application en nutrition publique. Cahier de nutrition publique no 3 (2006). Université Laval, Groupe d'études en nutrition publique.

Cahiers de nutrition publique

Groupe d'études en nutrition publique (GENUP)

Liste des publications

- | | | |
|---|--|---------|
| 1 | (2003) La nutrition publique : un paradigme émergent | 3.00\$ |
| | Par Micheline Beaudry, Anne-Marie Hamelin et Hélène Delisle.
<i>Novembre.</i> 13 pages | |
| 2 | (2003) Sécurité alimentaire et autonomie sociale des jeunes de la rue – Rapport sommaire | 3.00\$ |
| | Par Anne-Marie Hamelin et Céline Mercier.
<i>Décembre.</i> 18 pages | |
| 3 | (2006) Introduction à la partie PRECEDE du modèle 'PRECEDE-PROCEED' pour planifier et évaluer des programmes de promotion de la santé - son application en nutrition publique | 15.00\$ |
| | Par Micheline Beaudry et Anne-Marie Hamelin avec la collaboration de Sonia Blaney et Karine Gravel.
<i>2004, révisé – 2006.</i> 65 pages | |
| 4 | (2005) Insécurité alimentaire et obésité : des enjeux à rapprocher | 6.00\$ |
| | Par Anne-Marie Hamelin
<i>Août.</i> 25 pages | |

Toutes ces publications sont disponibles gratuitement en format Adobe Reader (PDF) sur le site Internet du Groupe d'études en nutrition publique (GENUP) (<http://www.genup.fsaa.ulaval.ca>). Il est également possible d'en obtenir un exemplaire papier en acheminant une demande écrite au GENUP avec les informations suivantes : nom, organisme, adresse complète, nom et numéro du ou des publications(s). Le chèque devra être libellé au nom de l'Université Laval. Les montant indiqués servent uniquement à couvrir les frais reliés à l'impression et à l'expédition des publications (frais de poste et taxes inclus). Un délai de 3 à 4 semaines est à prévoir pour le traitement de la demande et de la livraison
