

Facteurs influençant une saine alimentation chez des adolescents : revue de littérature destinée à l'infirmière en milieu scolaire

Danielle Boucher ^a, inf., M.Sc.* et Françoise Côté ^b, inf. Ph.D.

^a Professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

^b Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Certaines habitudes alimentaires des adolescents sont associées à une augmentation inquiétante de l'excès de poids, du nombre de cas d'obésité et du développement de maladies chroniques. Ce phénomène est maintenant considéré comme un problème majeur en santé publique. En promotion de la santé, des modèles écologiques ont été développés pour illustrer la manière dont les caractéristiques personnelles, interpersonnelles, institutionnelles, communautaires et politiques peuvent influencer les comportements. Nous avons utilisé ce modèle pour revoir les facteurs d'influence d'une saine alimentation chez des adolescents de 12 à 18 ans vivant dans des pays industrialisés. Nous avons identifié dans la littérature scientifique des facteurs individuels tels que les connaissances, l'attitude et les croyances, des facteurs interpersonnels tels que la famille et les pairs et des facteurs institutionnels tels que l'école qui peuvent influencer les choix alimentaires des adolescents. La connaissance de ces facteurs peut constituer un préalable lors du choix d'interventions pertinentes ciblant un changement de comportement et permettre ainsi aux infirmières, notamment celles œuvrant en milieu scolaire, d'intervenir plus efficacement auprès des jeunes. Les futures interventions pour promouvoir une saine alimentation pourraient donc cibler ces différents niveaux écologiques et prendre en compte leurs interactions. Le but du présent article est de faire le point sur l'état des connaissances concernant les facteurs qui influencent une saine alimentation chez les adolescents de 12 à 18 ans par le biais d'une revue de littérature dans ce domaine.

Mots-clés : Facteurs d'influence, saine alimentation, adolescents, modèle écologique.

Dans la plupart des pays industrialisés, des comportements alimentaires délétères sont associés à une inquiétante augmentation du poids ainsi qu'à l'obésité chez les jeunes (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2004; Raine, 2005; Larson & Story, 2007). Ce phénomène croissant est maintenant considéré comme l'un des problèmes majeurs de santé publique (OMS, 2004; Raine, 2005). Depuis 1978 au Canada, les taux combinés d'embonpoint et d'obésité ont plus que doublé chez les adolescents de 12 à 17 ans, passant de 14 à 29 %. Celui de l'obésité, à lui seul, a triplé, passant de 3 % en 1978-1979 à 9 % en

2004 (Shields, 2006). Au Québec, environ 25 % des jeunes de 6 à 16 ans présentent un surplus de poids, embonpoint et obésité combinés (Lavallée & Stan, 2004). Par ailleurs, l'alimentation des jeunes québécois serait incomplète selon les recommandations du Guide alimentaire canadien, et ce, particulièrement pour la consommation de légumes et fruits et de produits laitiers (Institut de la statistique du Québec [ISQ], (2008).

Les études sur ce phénomène mettent souvent l'accent sur les facteurs de risque influençant l'alimentation (OMS, 2003; Shepherd, 1999; Stevenson et al., 2007). Cependant, en promotion

* Au moment de la publication, l'auteure principale est candidate au doctorat en santé communautaire de l'Université Laval, Québec.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Danielle Boucher, département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, Campus de Lévis, 1595, boul. Alphonse Desjardins, Lévis (Québec) G6V 0A6. Tél. : 833-8800, poste 3309, Courrier électronique : danielle.Boucher01@uqar.ca

de la santé, il est intéressant d'examiner aussi des facteurs sous-jacents à une saine alimentation. En pareil cas, nous pouvons parler de facteurs de protection. Pour Resnick (2000), les facteurs de protection se forment à partir d'interactions complexes entre l'environnement extra familial (école, voisinage, groupe d'appartenance, etc.), l'environnement familial (ressources familiales, caractéristiques parentales, pratiques éducatives, etc.) et les caractéristiques des personnes (compétence, maturation, croyances, connaissances, etc.). Une telle définition nécessite le recours à un modèle écologique pour conceptualiser des facteurs d'influence du comportement. En promotion de la santé, McLeroy et ses collaborateurs (1988) ont adapté le modèle de Bronfenbrenner (1979). Ils en ont conservé cinq niveaux d'analyse pour guider les stratégies d'intervention : individuel (savoir, attitudes, habiletés, etc.), interpersonnel (réseaux sociaux tels famille, pairs, amis, etc.), institutionnel (institutions sociales avec leurs règles implicites et explicites, lois), communautaire (relations entre les institutions, les réseaux sociaux informels) et public (politiques et lois locales, nationales). Ce cadre permet d'éviter une représentation linéaire ou de causalité, de situer les facteurs susceptibles d'influencer la santé selon différentes sphères de la vie, de faciliter le repérage des lieux et des acteurs pour l'intervention et de reconnaître que la santé se crée avec les interactions individus/milieux. C'est pourquoi, en nous inspirant de McLeroy (1988), nous avons adapté un modèle écologique pour structurer notre revue de littérature et nous avons ainsi identifié des facteurs d'influence d'une saine alimentation chez des adolescents à trois niveaux : individuel, interpersonnel et institutionnel (Figure 1).

Nous avons concentré notre recherche sur l'identification de facteurs de protection qui permettraient d'orienter l'élaboration d'interventions auprès d'adolescents vivant en pays industrialisés. Notre démarche rejoint ainsi notre volonté de fournir des informations utiles aux infirmières, et tout particulièrement à celles œuvrant en milieu scolaire. Cela s'explique, d'une part, parce qu'une saine alimentation pourrait contribuer à prévenir des maladies chroniques tels l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le diabète de type 2 (OMS, 2003; 2004; Stevenson et al., 2007) ou d'autres problèmes reliés au poids (MSSS, 2006). D'autre part, l'école est largement reconnue comme un lieu de prédilection pour favoriser la promotion de la santé (Hagquist & Starrin, 1997; Taylor et al., 2005) et pour permettre de maximiser le potentiel des jeunes dans toutes les sphères du fonctionnement humain (OMS, 1997). De plus, l'adolescence est une période de transition au cours de laquelle les changements dans le

développement personnel, social et dans le style de vie pourront affecter les comportements alimentaires et ce, sur une très longue période (Story et al., 2002; Sabiston & Crocker, 2008). L'infirmière nous apparaît être une intervenante de choix pour accompagner les adolescents dans ce processus.

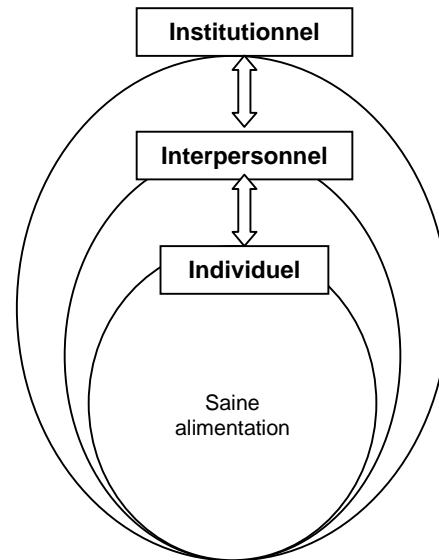


Figure 1. Modèle écologique pour la promotion d'une saine alimentation, adapté de McLeroy et al. (1988).

Le but de cette revue de littérature est de faire le point sur l'état des connaissances concernant les facteurs de protection qui influencent une saine alimentation chez des adolescents. Les objectifs sont les suivants : 1) synthétiser les résultats d'une revue critique de la littérature sur les facteurs qui influencent une saine alimentation chez des adolescents de 12 à 18 ans; 2) catégoriser ces facteurs selon des niveaux écologiques; et 3) proposer des stratégies aux infirmières en milieu scolaire pour la promotion de saines habitudes alimentaires.

Méthode

Stratégie de recherche et critères de sélection

Dans le cadre de cette revue de la littérature, cinq bases de données ont été consultées soit MEDLINE, CINAHL, Psychology and Behavioral Collection, ERIC et Academic Search Premier avec les mots clés pertinents (Food choice or food preference or eating behavior or feeding behavior or dietary patterns); (healthy eating or fruit consumption or vegetable intake); (factor,

predictor, determinant, influence) et en sélectionnant le champ « Subject terms » pour les mots « adolescence or teenagers ». Les critères d'inclusion étaient les suivants : l'âge des participants (de 12 à 18 ans ou la majorité de l'échantillon dans cette catégorie), la présence de facteurs associés à une saine alimentation ou au choix d'aliments sains ou à la consommation de fruits et de légumes, ainsi que la description d'une méthodologie scientifique. Les études qui ne traitaient que de facteurs de risque ont été exclues, de même que celles effectuées dans un contexte de pathologies. Les articles méthodologiques ont aussi été exclus.

Résultats

Notre recherche documentaire a permis de répertorier 94 articles écrits de 1996 à décembre 2008. Après lecture des résumés par le premier auteur, 24 articles ont été retenus, ainsi qu'une enquête québécoise. La plupart des études avaient utilisé un devis corrélationnel pour identifier des facteurs en lien avec une saine alimentation chez des adolescents. La majorité de ces facteurs se situaient sur le plan individuel, quelques-uns sur le plan interpersonnel et très peu sur le plan institutionnel. Parmi les études retenues, 13 provenaient des États-Unis, six de l'Europe, quatre du Canada, dont une du Québec, et une dernière de la Nouvelle-Zélande (Tableau 1 en annexe). Notons que très peu d'articles de langue française sur ce sujet ont été publiés à ce jour.

Définition

Nous avons pu regrouper sous trois thèmes les définitions d'une saine alimentation retrouvées dans la plupart des études conservées. Premièrement, elle peut se définir comme « des habitudes ou des comportements alimentaires qui favorisent l'amélioration ou le maintien de la santé » (Taylor et al., 2005, p. 23). Deuxièmement, elle est vue comme une alimentation congruente avec les recommandations actuelles soit un régime alimentaire faible en gras, contenant beaucoup de fibres et riche en fruits et légumes, c'est-à-dire plus de cinq portions par jour (Conner et al., 2002, p. 194). Finalement, elle se définit à partir d'indicateurs tels que la quantité de portions de fruits et de légumes consommées par jour.

Globalement, dans les études recensées, il semble que peu de jeunes se préoccuperaient de santé ou de qualité nutritive dans leurs choix alimentaires. De manière générale, les données des différentes études indiquent une faible consommation de fruits et de légumes au profit d'une consommation élevée d'aliments riches en

gras et en sucre par les adolescents (Lien et al., 2002; Lytle et al., 2003; Taylor et al., 2005; Nystrom et al., 2005). Ces derniers seraient plutôt motivés par des facteurs tels le goût (Story et al., 2002; Backman et al., 2002; Neumark-Sztainer et al., 2003; Contento et al., 2006; Shepherd et al., 2007; Stevenson et al., 2007), le coût des aliments ou tout simplement la faim (Feunekes et al., 1998; Neumark-Sztainer et al., 1999). D'ailleurs, ce dernier élément est souvent rapporté comme un déterminant important dans les choix alimentaires des adolescents. Ce constat n'est pas surprenant en soi, le poids et la taille doublant au cours de cette période (Feunekes et al., 1998), ce qui implique des besoins énergétiques élevés.

Facteurs individuels

Connaissances. En ce qui concerne les connaissances, leur influence sur les comportements alimentaires à l'adolescence demeure incertaine et plutôt limitée (Taylor et al., 2005). Par exemple, pour Story et ses collaborateurs (2002), l'association entre les connaissances et des choix alimentaires sains est plutôt faible ($r = 0,10$). Par ailleurs, bien que les adolescents aient certaines connaissances concernant des notions de modération, d'équilibre et de variété des aliments, ils déclarent ne pas les transposer en pratique, c'est-à-dire ne pas suivre les recommandations alimentaires (Croll et al., 2001).

Attitude et croyances comportementales. L'attitude réfère à l'évaluation plus ou moins favorable de l'adoption ou du maintien d'un comportement. Elle regroupe deux composantes : instrumentale (utile/inutile) et affective (agréable/désagréable). L'attitude envers le comportement est elle-même influencée par les croyances comportementales de la personne à l'égard des conséquences positives ou négatives advenant que le comportement soit adopté (Ajzen, 2006). Ainsi, Haerens et ses collaborateurs (2008) ont démontré qu'une attitude favorable pour des aliments faibles en gras et pour les fruits constituait un facteur prédictif de l'adoption d'une saine alimentation. Il en va de même pour la consommation de fruits chez les 12 – 14 ans dont l'attitude positive à l'égard de ce comportement a été le principal déterminant (Martens et al., 2005). Toutefois, dans plusieurs études, une association entre le genre, les attitudes ou les croyances comportementales a été mise en lumière et influencerait les choix alimentaires des adolescents. Pour Hewitt et Stephens (2007), les filles avaient une attitude plus favorable que les garçons envers la consommation quotidienne de fruits. Sabiston et Crocker (2008) ont pour leur part démontré que les filles qui accordent de la valeur à une alimentation saine adoptent plus facilement ce

comportement que les garçons. Pour Backman et ses collaborateurs (2002), les croyances des filles envers une saine alimentation seraient le facteur qui prédirait le mieux l'intention de bien manger. Également, elles croyaient davantage à l'importance de bien se sentir dans leur peau et de maintenir un poids santé. Qui plus est, les filles qui se croyaient au-dessus du poids moyen, et qui avaient des pratiques pour perdre des kilos, consommaient davantage de fruits et de légumes (Nystrom et al., 2005; Stevenson et al., 2007).

Perception et croyances de contrôle. La perception de contrôle réfère au degré de facilité ou de difficulté perçue à adopter un comportement spécifique (Ajzen, 2006). Les croyances de contrôle, pour leur part, réfèrent à la perception de la personne quant aux facteurs qui pourraient faciliter ou nuire à l'adoption ou au maintien du comportement (Ajzen, 2006). L'étude de Lytle et ses collaborateurs (2003) révèle que les croyances de contrôle étaient le facteur qui expliquait le mieux la consommation de fruits et de légumes. Ainsi, pour les jeunes de cette étude, le coût trop élevé, le manque d'attrait et la faible disponibilité des produits étaient des facteurs qu'ils percevaient comme des barrières limitant leur consommation de fruits et de légumes (Lytle et al., 2003). Lien et ses collaborateurs (2002) confirment ce résultat en regard de l'accessibilité et du coût, mais retrouvent également le goût comme facteur pouvant influencer la consommation de fruits et légumes par les jeunes. Concept similaire à la perception de contrôle de la théorie du comportement planifié de Ajzen (Godin & Kok, 1996), l'efficacité personnelle perçue est un construit de la théorie de Bandura (1986, voir Godin & Kok, 1996). L'efficacité personnelle perçue par des adolescents de 12 à 18 ans s'est révélée être un facteur influençant positivement les choix alimentaires sains (Cusatis & Shannon, 1996), dont la consommation d'un fruit ou d'un légume au moment de la collation (Granner et al., 2004). Également, Sabiston et Crocker (2008) ont identifié que les garçons avaient une perception de compétence, concept semblable à la perception de contrôle, plus élevée que celle des filles quant à leur capacité à manger sainement.

Perception de contrôle en interaction avec famille. Une plus grande efficacité personnelle des adolescents serait en lien avec un milieu familial qui favorise la disponibilité et l'accessibilité d'aliments sains et qui assure la sécurité alimentaire (Neumark-Sztainer et al., 2003; Shepherd et al., 2006). Lorsqu'il y a une plus grande disponibilité dans le choix d'aliments à la maison, les adolescents indiquent une perception de contrôle plus élevée quant aux choix favorables à la santé dans l'étude de Contento et ses collaborateurs (2006).

Perception de contrôle en interaction avec âge. Il est également intéressant de noter que l'efficacité personnelle perçue est plus importante chez les jeunes (11 – 13 ans) que chez les plus vieux (14 – 15 ans). Pour Granner et al. (2004), en vieillissant les adolescents deviendraient plus réalistes quant à leurs capacités de faire de bons choix alimentaires (Granner et al. 2004).

Habitude. Selon Triandis (1980, voir Godin & Côté, 2006), « certains comportements ont force d'habitude, c'est-à-dire qu'ils ne découlent plus d'une volonté consciente [...]. Dans le cas de tels comportements, l'habitude plutôt que l'intention devient le facteur de prédiction du comportement » (Godin & Côté, 2006). L'habitude de choisir des aliments sains s'avère être une variable significative qui semble tout à fait cohérente. En effet, choisir fréquemment et régulièrement un tel type d'aliments peut devenir un choix habituel. Dans des études qualitatives, cette notion d'habitude a été identifiée par des adolescents comme un facteur important dans leurs choix (Lytle et al., 2003; Contento et al., 2006).

Facteurs interpersonnels

Famille. Dans cinq études recensées, une saine alimentation était associée aux repas pris en famille et à la disponibilité des aliments sains à la maison (Contento et al., 2006; Haerens et al., 2008; Shepherd et al., 2006; Stan, 2004; Story et al., 2002). Pour Wu et ses collaborateurs (2007) qui ont étudié un échantillon de 274 adolescents de 14 – 16 ans, une meilleure alimentation, se retrouvait chez ceux qui percevaient que leurs parents avaient de saines habitudes alimentaires. Également, la ressemblance dans les choix alimentaires de la mère et de ceux du père, dans une moindre mesure, serait fortement associée aux choix de l'adolescent (Bassett et al., 2008; Feunekes et al., 1998). Chez 2 379 filles de 9 à 19 ans, c'est la solidarité familiale qui a été associée à une prise régulière du petit déjeuner et à une diminution de la consommation de boissons gazeuses (Franko et al., 2008). L'influence des parents semble se confirmer aussi dans un contexte où les adolescents exercent leur autonomie dans la prise de décisions relativement aux choix alimentaires. Les choix des adolescents refléteraient ceux des parents et seraient encore plus manifestes lorsque les jeunes ont participé à faire l'épicerie avec les parents (Bassett et al., 2008). Aussi, la famille est perçue comme une source importante d'informations sur la nutrition (Shepherd et al., 2006). Par ailleurs, les adolescents croient que leur alimentation est plus saine en présence d'interactions fréquentes avec leur famille concernant les choix alimentaires ainsi que de repas en famille (Contento et al., 2006). Toutefois, le modelage parental, bien qu'important

chez les adolescents de 11 ans, déclineraient de 13 à 15 ans (Granner et al., 2004).

Pairs. L'environnement social constitué par les amis est considéré comme une importante source d'influence des comportements alimentaires des adolescents (Feunekes et al., 1998). Par exemple, dans une étude réalisée auprès de 3 846 adolescents de 13 ans, l'importance que l'adolescent accorde à l'opinion de ses amis a été associée à une plus grande consommation de fruits et de légumes lorsque ces derniers valorisent ces choix alimentaires (Lytle et al., 2003). Également, pour le jeune âgé de 14 à 16 ans, les amis incarnent une norme sociale influente quant au choix des repas consommés à l'extérieur de la maison (Story et al., 2002). Chez ce même groupe d'âge, le soutien social perçu en faveur d'une saine alimentation a été associé à de meilleures habitudes alimentaires dont la consommation de cinq fruits et légumes par jour et la limitation des repas de restauration rapide et de boissons gazeuses (Wu et al., 2007).

Facteurs institutionnels

École. L'école peut jouer un rôle capital pour instaurer des conditions facilitant l'adoption d'une saine alimentation. La restriction du nombre de jours où les frites sont disponibles au menu du midi à la cafétéria a été associée à une plus grande probabilité que le choix des élèves respecte les recommandations nutritionnelles en ce qui concerne les gras (Nelson et al., 2007). Aussi, un plus grand choix d'aliments sains à la cantine de l'école a été proposé comme un facteur facilitant une meilleure alimentation par des jeunes de 11 à 16 ans (Shepherd et al., 2006). De plus, l'information sur le contenu nutritionnel des repas servis à l'école encourageait davantage un choix plus sain chez les filles (Shepherd et al., 2006).

Discussion

Le but de cette revue de littérature était de faire le point sur l'état des connaissances, afin de mieux comprendre ce qui influence l'adoption d'une saine alimentation chez les adolescents. Pour l'infirmière en milieu scolaire qui veut participer à la promotion d'une saine alimentation, le choix des interventions pertinentes passe d'abord par la compréhension des facteurs d'influence de ce comportement selon différents niveaux.

Au niveau individuel, les attitudes et les croyances favorisant le choix d'aliments sains constituent l'un des facteurs recensés dans la littérature qui prédit bien l'intention de manger sainement. Ce résultat semble particulièrement vrai chez les filles. Aussi, des croyances comme le manque d'attrait, le coût des aliments et leur

disponibilité sont des facteurs perçus comme autant de barrières à consommer des fruits et des légumes. Le mauvais goût perçu des légumes peut être une barrière alors que le bon goût peut être un facteur qui facilite l'adoption de ce comportement. L'efficacité personnelle, plus importante chez les plus jeunes que chez les plus vieux, s'est révélée être un facteur qui influence les choix alimentaires sains. Quand on considère le genre, les garçons se sentent plus compétents que les filles quant à leur capacité à manger sainement. Cette observation peut être expliquée par une définition plus indulgente de la part des garçons de ce qu'est manger sainement (Sabiston & Crocker, 2008). L'habitude de choisir des aliments sains constitue aussi un facteur d'influence d'une saine alimentation.

Au niveau interpersonnel, des facteurs tels que l'accès à des aliments sains et à de l'information sur la nutrition à la maison, le style parental à l'égard de l'alimentation et les repas en famille ont été associés à une meilleure alimentation chez des adolescents. Aussi, l'influence des pairs, définissant une norme sociale joue un rôle important dans le choix des adolescents à l'égard de leur alimentation. Au niveau institutionnel, l'accessibilité à des aliments sains serait également un facteur facilitant ce choix ainsi que l'information nutritionnelle sur les repas servis à l'école. Toutefois, les facteurs institutionnels sont peu documentés à ce jour. Ce n'est que récemment qu'une politique alimentaire visant une saine alimentation a interpellé le milieu scolaire.

Bien que les études recensées documentent plusieurs facteurs d'influence d'une saine alimentation qui peuvent nous permettre de mieux comprendre l'adoption de ce comportement, des limites des études ont été cernées, notamment pour ce qui est du cadre théorique et de la méthodologie. D'une part, il y a absence dans certains écrits d'une description du cadre théorique sous-jacent à l'étude (p. ex. : Croll et al., 2001; Feunekes et al., 1998; Nystrom et al., 2005; Stevenson et al., 2007). D'autre part, la théorie du comportement planifié de Ajzen (1991) et la théorie sociale cognitive de Bandura (1977) sont les cadres théoriques les plus utilisés dans les études recensées (Par ex. : Backman et al., 2002; Lien et al., 2002; Lytle et al., 2003; Hewitt & Stephens, 2007), mais permettent rarement d'expliquer plus de 30 % de la variance dans l'intention de manger sainement chez des adolescents. Afin d'améliorer la valeur prédictive de ces théories, certains auteurs (p. ex. : Lytle et al., 2003 et Wu et al., 2007) rapportent l'ajout de nouvelles variables dont la pertinence est plus ou moins discutée dans le contexte des choix alimentaires. Sur le plan méthodologique, des lacunes apparaissent dans les caractéristiques psychométriques des

questionnaires utilisés. Certains questionnaires n'ont pas été validés auprès d'une population adolescente (Granner et al., 2004), tandis que d'autres rapportent des questionnaires « maison » avec des qualités psychométriques qui vont de faible à acceptable selon les variables mesurées (Wu et al., 2007). Également, dans d'autres études (Backman et al., 2002; Lien et al., 2002; Lytle et al., 2003; Neumark-Szteiner et al., 2003; Nystrom et al., 2005), le temps de rappel très long, jusqu'à une année, peut constituer un biais de mémoire dont les conséquences sont un report inadéquat de la consommation réelle des aliments. Ces lacunes méthodologiques limitent donc l'interprétation des résultats.

Par ailleurs, les études utilisant une approche qualitative (Bassett et al., 2008; Contento et al., 2006; Croll et al., 2001; Feunekes et al., 1998; Stevenson et al., 2007) permettent d'explorer différentes dimensions des facteurs d'influence. Par contre, ces études génèrent beaucoup d'informations, parfois difficiles à analyser. En effet, parfois les adolescents ont de la difficulté à s'exprimer oralement, comme le rapportent Croll et ses collaborateurs (2001).

Aussi, les résultats d'études effectuées avec un échantillon de participants dont l'âge varie de 12 à 18 ans, sans nuances par rapport à l'âge, peuvent limiter notre compréhension des facteurs influençant les choix alimentaires chez les plus jeunes comme chez les plus âgés. Compte tenu des changements rapides dans leur développement physique et psychologique (Feunekes et al., 1998), il pourrait être opportun de considérer les différences entre les groupes d'âge (12-14 ans; 16-18 ans) ainsi que le sexe des participants (Hewitt & Stephens, 2007; Sabiston & Crocker, 2008) lorsqu'il s'agit d'interpréter les résultats d'études pour cibler les facteurs d'influence dans l'élaboration d'interventions.

Implications pour l'intervention infirmière en milieu scolaire

Avisée que l'influence des connaissances est plutôt limitée pour entreprendre un changement de comportement (Story et al., 2002; Godin & Côté, 2006), l'infirmière pourra mettre en place des actions porteuses d'un plus grand potentiel de réussite. Par exemple, sur le plan individuel, les études recensées ont permis d'identifier que des attitudes favorables à des aliments sains peuvent influencer les choix alimentaires, notamment chez les filles. Ainsi, une intervention leur étant destinée pourrait cibler leurs attitudes et croyances quant aux avantages de choisir des aliments sains et de revoir les barrières perçues, notamment pour les garçons, à faire ces choix.

En regard des croyances de contrôle, le bon goût des aliments a été identifié comme un facteur

important de prédiction d'une saine alimentation (Backman et al., 2002; Stevenson et al., 2007; Story et al., 2002; Taylor et al., 2005). En ce sens, l'infirmière pourrait privilégier une stratégie éducative au cours de laquelle elle préparerait avec des adolescents des légumes plus appétissants (Taylor et al., 2005).

Sur le plan interpersonnel, la famille s'est révélée être un facteur important lié à la saine alimentation des adolescents. En effet, l'implication des parents semble avoir une influence favorable sur une alimentation saine lorsque les repas sont préparés à la maison. En ce sens, l'infirmière en milieu scolaire pourrait communiquer ce type d'informations aux parents via les réseaux de communication des milieux scolaires tel les sites internet des écoles. Également, l'implication des adolescents dans l'achat des aliments, en plus de les préparer à exercer leur autonomie, favoriserait le choix d'aliments sains (Bassett et al., 2008; Contento et al., 2006). Dans cette perspective, et pour soutenir ce facteur positif, l'infirmière pourrait composer avec les jeunes des menus équilibrés et, en corollaire, établir une liste d'épicerie qui tiendrait compte des aliments à se procurer pour confectionner les repas. Toujours sur le plan interpersonnel, l'influence des pairs a été retrouvée dans plusieurs études. Ainsi, l'infirmière aura avantage à travailler avec le Conseil étudiant et autres leaders chez les jeunes du milieu, car les pairs sont reconnus comme une norme sociale influente. En voyant les pairs comme des alliés, l'attitude de l'infirmière s'inscrit en droite ligne avec l'approche socio-écologique de la santé préconisée par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) et rejoint ainsi l'une de ses stratégies, soit celle de créer un milieu favorable à la santé en reliant les personnes avec leur milieu.

Sur le plan institutionnel, le développement de milieux favorables à la santé (Charte d'Ottawa, 1986) pourrait également être inclus dans les stratégies éducatives de l'infirmière. S'inspirant des Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière (OIIQ, 2004), elle pourrait participer à la mise en place des politiques alimentaires qui favorise l'accessibilité aux aliments sains à l'école et être la personne ressource dans la mise en œuvre de l'approche « École en santé » (Martin & Arcand, 2005). En ce sens, elle pourrait se référer au Guide de processus d'implantation de politiques alimentaires en milieu scolaire au Québec (Baril, 2008).

Finalement, l'infirmière en milieu scolaire, en complément aux informations issues de cette revue de littérature, pourrait procéder à des groupes de discussion focalisée avec des étudiants, afin de cerner certains autres facteurs d'influence présents dans son milieu. Sur la base de ces connaissances, elle pourrait cibler des

interventions éducatives adaptées aux besoins des jeunes de son milieu. Elle pourrait également vérifier leur intérêt pour le développement d'habiletés culinaires qui leur permettrait une plus grande autonomie quant au choix d'aliments sains et à la préparation des lunchs pris à l'école. Des initiatives à cet effet pourraient s'organiser, par exemple, dans les activités parascolaires comme le suggèrent Hyland et al. (2006) et Larson et al. (2006).

Implications pour la recherche

En accord avec Sabiston et Crocker (2008), il serait pertinent de mieux comprendre la perception des adolescents à différents âges sur la signification du « bien manger » et le rapport qu'ils établissent entre ce comportement et la santé. En termes de mesure, et pour améliorer les questionnaires avec mesures auto-rapportées sur les habitudes alimentaires, une approche qualitative permettrait de mieux comprendre comment les adolescents interprètent les questions visant à évaluer les facteurs d'influence (Lien et al., 2002; Lytle et al., 2003; Taylor et al., 2005). Aussi, récemment au Québec, l'orientation vers une saine alimentation dans les écoles se retrouve dans la politique-cadre « Pour un virage santé à l'école » (MELS, 2007). Il serait alors pertinent de développer des outils de mesure pour évaluer les effets d'une telle politique sur l'adoption de saines habitudes alimentaires.

Conclusion

L'utilisation d'un modèle écologique a permis d'identifier des facteurs, et leurs interactions, pour intervenir aux niveaux individuel, interpersonnel et institutionnel quant à une saine alimentation chez des jeunes en milieu scolaire. Perçue comme une ressource éducative majeure, l'infirmière a de multiples opportunités d'interventions pour promouvoir l'adoption de ce comportement. Une bonne connaissance des facteurs d'influence peut être une ressource utile pour l'aider à jouer ce rôle.

Références

Ajzen, I. (2006). *The Theory of Planned Behavior Diagram*. Document récupéré le 15 février 2009 de <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.diag.html>

Backman, D.R., Haddad, E.H., Lee, J.W. & Johnston, G.E. (2002). Psychosocial predictors of healthy dietary behaviour in adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34 (4), 184–193.

Baril, G. (2008). *Les politiques alimentaires en milieu scolaire. Une synthèse des connaissances sur le processus d'implantation*.

Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Bassett, R., Chapman, G.E. & Beagan, B.L. (2008). Autonomy and control: The co-construction of adolescent food choice. *Appetite*, 50, 325-332.

Bertrand, L. (2004). « Consommation alimentaires » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, volet nutrition*, Québec : Institut de la statistique du Québec. Chapitre 5, 89–102.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press.

Conner, M., Bell, R. & Norman, P. (2002). The Theory of Planned Behavior and Healthy Eating. *Health psychology*, 21, (2), 194–201.

Contento, I. R., Williams, S.S., Michela, J.L. & Franklin, A.B. (2006). Understanding of food choice process of adolescents in the context of family and friends. *Journal of Adolescent Health*, 38, 575-582.

Croll J.K., Neumark-Sztainer, D. & Story, M. (2001). Healthy eating: What Does It Mean to Adolescents? *Journal of Nutrition Education*, 33 (4), 193-198.

Cusatis, D.C. & Shannon, B.M. (1996). Influences on adolescent eating behaviour. *Journal of Adolescent Health*, 18, 27–34.

Feunekes, G.I.J., de Graaf, C., Meyboom, S. & van Staveren, W.A. (1998). Food choice and fat intake of adolescents and adults : Associations of intakes within social networks. *Preventive Medicine*, 27, 645–656.

Franko, D.L., Thompson, D., Bauserman, R., Affenito, S.G. & Striegel-Moore, R.H. (2008). What's Love Got to do with It? Family Cohesion and Healthy Eating Behaviors in Adolescent Girls. *International Journal Eating Disorders*, 41 (4), 360-367.

Godin, G. & Côté, F. (2006). Le changement planifié des comportements liés à la santé. Chapitre 10 dans *Pratiques en santé communautaire*, sous la direction de G. Carroll. Montréal : Chenelière Éducation.

Godin, G. & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviours. *American Journal of Health Promotion*, 11 (2), 87–98.

Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9 (1), 67-94.

Granner, M.L., Sargent, R.G., Calderon, K.S., Hussey, J.R., Evans, A.E. & Watkins, K.W. (2004). Factors of fruit and vegetable intake by race, gender and age among young adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36, (4), 173-180.

Haerens, L., Craeynest, M., Deforche, B. Maes, L., Cardon, G. & De Bourdeauhuij, I. (2008). The

- contribution of psychosocial and home environmental factors in explaining eating behaviours in adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62, 51-59.
- Hewitt, A. M. & Stephens, C. (2007). Healthy eating among 10-13-year-old New Zealand children: Understanding choice using the Theory of Planned Behaviour and the role of parental influence. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (5), 526-535.
- Hyland, R., Stacy, R., Adamson, A. & Moynihan, P. (2006). Nutrition-related health promotion through an after-school project: The responses of children and their families. *Social Science & Medicine*, 62, 758-768.
- Institut de la statistique du Québec (2008). [ISQ] *L'alimentation des jeunes québécois : un premier tour de table*. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition (2004). Québec : Gouvernement du Québec.
- Larson, N. I. & Story, M. (2007). The Pandemic of Obesity Among Children and Adolescents: What Actions are needed to Reverse Current Trends? *Journal of Adolescent Health*, 41, 521-522.
- Larson, N., Story, M., Eisenberg, M., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Food Preparation and Purchasing Roles among Adolescents : Associations with Sociodemographic Characteristics and Diet Quality. *Journal of the American Dietetic Association*, 106 (2), 211-218.
- Lavallée, C. & Stan, S. (2004). Caractéristiques des enfants et des adolescents québécois de 6 à 16 ans : dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, volet nutrition*, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. Chapitre 2, 35-62.
- Lien, N., Lytle, L.A. & Komro, K.A. (2002). Applying theory of planned behavior to fruit and vegetable consumption of young adolescents. *American Journal of Health Promotion*, 16 (4), 189-197.
- Lytle, L.A., Varnel, S., Murray, D.M., Story, M. Perry, C., Birnbaum, A.S. & Kubick, M.Y. (2003). Predicting adolescents' intake of fruits and vegetables. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 35, (4), 170-178.
- Martens, MK., Assema, PV. & Brug, J. (2005). Why do adolescents eat what they eat? Personal and social environmental predictors of fruit, snack and breakfast consumption among 12-14-year-old Dutch students. *Public Health Nutrition*, 8 (8), 1258-1265.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15 (4), 351-377.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). (2007). *Pour un virage santé à l'école*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2006). *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Martin, C. & Arcand, L. (2005). *Approche École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*. Gouvernement du Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Nelson, M., Lowes, K. & Hwang, V. (2007). The contribution of school meals to food consumption and nutrient intakes of young people aged 4 – 18 years in England. *Public Health Nutrition*, 10 (7), 652-662.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Perry, C. & Story, M. (2003). Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents. Findings from Project EAT. *Preventive Medicine*, 37, 198 - 208.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Perry, C. & Casey, M.A. (1999). Factors influencing food choices of adolescents: Findings from focus-group discussions with adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 99 (8), 929-937.
- Nystrom, A.A., Schnitz, K.H., Perry, C.L., Lytle, L.A. & Neumark-Sztainer, D. (2005). The relationship of weight-related perceptions, goals, behaviors with fruit and vegetable consumption in young adolescents. *Preventive Medicine*, 40, 203 – 208.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec [OIIQ]. (2004). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Montréal. OIIQ. 28 p.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- Organisation Mondiale de la santé [OMS]. (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Geneva: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.
- Organisation Mondiale de la santé [OMS]. (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Genève : Publications de l'Organisation Mondiale de la santé.
- Raine, K. D. (2005). Les déterminants de la saine alimentation au Canada. *Revue Canadienne de santé publique*, 96, supplément 3, S8 –S15.
- Resnick, M.D. (2000). Protective factors, resiliency, and healthy youth development. *Adolescent Medicine*, 11(1), 157-65.
- Sabiston, C.M. & Crocker, P.R.E. (2008). Examining an Integrative Model of Physical Activity and Healthy Eating Self-Perceptions and Behaviors Among Adolescents. *Journal of adolescent Health*, 42, 64-72.
- Santé Canada (2007). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*. Ottawa : Publications Santé Canada.
- Shepherd, J., Harden, A., Rees, R., Brunton, G., Garcia, J., Oliver, S. & Oakley, A. (2006). Young

- people and healthy eating : a systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Education Research*, 21 (2), 239-257.
- Shepherd, R. (1999). Social determinants of food choice. *Proceedings of the Nutrition Society*, 58, 807
- Shields, M. (2006). *L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents*. Rapports sur la santé, 17 (3), Statistique Canada, no. 82-003 au catalogue, 27-43.
- Stan, S. (2004). « Comportements alimentaires » dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, volet nutrition*, Québec, Institut de la statistique du Québec. Chapitre 6, 109 – 117.
- Stevenson, C., Doherty, G., Barnett, J., Muldoon, O.T. & Trew, K. (2007). Adolescent's views of food and eating: Identifying barriers to healthy eating. *Journal of Adolescence*, 30, 417-434.-812.
- Story, M., Neumark-Sztainer, D. & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *The Journal of The American Dietetic Association*, 102(3), Supplement; S40 – S51.
- Taylor, J.P., Evers, S. & McKenna, M. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les enfants et les jeunes. *Revue Canadienne de santé publique*, 96, supplément 3, S22 – S29.
- US Department of Health and Human Services (USDHHS) (2000). *Healthy People 2010, 2nd ed.* Washington DC : US Government Printing Office.
- Wu, T., Stoots, J.M., Florence, J.E., Floyd, M.R., Snider, J.B. & Ward, R.D. (2007). Eating Habits among Adolescents in Rural Southern Appalachia. *Journal of Adolescent health*, 40, 577-580.

Tableau 2 :

Synthèse des études recensées sur les facteurs de protection associés à une saine alimentation chez des 12-18 ans

Auteurs, année	Échantillon	Méthode /devis ¹	Facteurs
Bassett et al. (2008) Canada	47 adolescents (13–19 ans) et leurs parents	Qualitative	Influence parentale sur le choix de s'alimenter sainement dans le contexte du développement de l'autonomie.
Haerens et al. (2008) Belgique	534 adolescents (12-13 ans)	Corrélationnelle transversale	Attitude ; Disponibilité d'aliments sains ; Règles d'encadrement ; Heures de télévision.
Franko et al. (2008) USA	2,379 filles (9-19 ans)	Corrélationnelle transversale	Solidarité familiale
Sabiston & Crocker (2008) Canada	532 adolescents (χ =16 ans)	Corrélationnelle	Compétence perçue; Valeurs subjectives; Disponibilité des fruits à la maison (filles).
Hewitt & Stephens (2007) Nouvelle-Zélande	261 adolescents (10-13 ans)	Corrélationnelle transversale.	Croyances comportementales, Attitudes ; Normes subjectives ; Perception de contrôle ; Intention.
Nelson et al. (2007) Angleterre	1701 adolescents (4-18 ans)	Descriptive comparative; transversale.	Restriction d'aliments gras à la cafétéria de l'école.
Stevenson et al. (2007) Irlande	73 adolescents (12-15 ans)	Qualitative	Perceptions du concept de saine alimentation Genre ; Attitude ; Barrières perçues.
Wu et al. (2007) USA	274 adolescents (14-16 ans)	Corrélationnelle transversale.	Perception de saines habitudes alimentaires des parents Soutien social perçu dans les relations interpersonnelles.

¹ Tel que rapporté dans les articles.

Tableau 2 :

Synthèse des études recensées sur les facteurs de protection associés à une saine alimentation chez des 12-18 ans

Auteurs, année	Échantillon	Méthode /devis ¹	Facteurs
Contento et al. (2006) USA	108 adolescents (11-18 ans)	Qualitative	Goût ; Habitude ; Perception de contrôle liée à la disponibilité des aliments à la maison ; Repas en famille.
Shepherd et al. (2006) Angleterre	Adolescents (11-16 ans)	Revue systématique	Soutien familial ; information sur la nutrition de la famille ; disponibilité d'aliments sains à la maison et à la cantine de l'école ; repas pris en famille.
Martens et al. (2005) Pays-Bas	601 jeunes (12-14 ans)	Corrélationnelle transversale.	Attitude
Nystrom et al. (2005) USA	1,755 étudiants, $\chi = 12$ ans	Corrélationnelle	Poids ; Différences gars et filles ; Consommation de fruits et de légumes.
Taylor et al. (2005) Canada	Enfants et adolescents 2 à 18 ans	Revue de littérature	Déterminants individuels et collectifs.
Bertrand (2004) Québec	1,315 adolescents 12-16 ans	Enquête transversale, Etude descriptive	Fréquence de consommation alimentaire
Granner et al. (2004) USA	736 adolescents de 11- 15 ans	Corrélationnelle et transversale	Sentiment d'efficacité personnelle. Différences démographiques.
Stan (2004) Québec	1,315 adolescents, groupes 12 à 14 ans et 15-16 ans	Enquête transversale, Etude descriptive	Fréquence du déjeuner ; Cadre social au souper.

Tableau 2 :

Synthèse des études recensées sur les facteurs de protection associés à une saine alimentation chez des 12-18 ans

Auteurs, année	Échantillon	Méthode /devis ¹	Facteurs
Lytle et al. (2003) USA	3,878 étudiants (âge moyen de 12,8 ans)	Qualitative et corrélacionnelle.	Normes subjectives ; Perception de contrôle et barrières perçues; Choix habituel.
Neumark-Sztainer et al. (2003) USA	3,957 adolescents, âge moyen : 14,9 ans.	Corrélacionnelle	Facteurs personnels dont le sentiment d'efficacité personnelle ; Disponibilité des fruits et légumes à la maison.
Backman et al. (2002) USA	672 adolescents, âge moyen de 15 ans.	Corrélacionnelle	Intention ; Attitude.
Lien et al. (2002) USA	1406 adolescents de 12 ans	Longitudinale, Corrélacionnelle.	Barrières perçues (ex : goût); Intention.
Story et al. (2002) USA	Adolescents 12 à 18 ans	Revue de littérature ; Modèle conceptuel pour comprendre les facteurs qui influencent les comportements et choix alimentaires.	Influences individuelles et environnementales.
Croll et al. (2001) USA	203 adolescents 14-16 ans	Qualitative	Perceptions d'une saine alimentation ; Barrières perçues.
Neumark-Sztainer et al. (1999) USA	141 adolescents (12-15 ans)	Qualitative	Préférences alimentaires; Faim ; Disponibilité des aliments; Influence parentale
Feunekes et al. (1998) Pays-Bas	347 adolescents,âge moyen de 15 ans.	Descriptive et corrélacionnelle	Choix alimentaires des parents ; Coût et accessibilité des aliments ; Faim.
Cusatis et Shannon (1996) USA	242 adolescents de 12 et 18 ans.	Corrélacionnelle	Sentiment d'efficacité personnelle.