

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 41 • numéro 4 • avril 2021

Dans ce numéro

- Recherche quantitative originale*
- 133 Intentions en matière de contrôle du poids et santé mentale chez les adolescents canadiens : analyse comparative entre les sexes chez les élèves participant à l'étude COMPASS
- Recherche qualitative originale*
- 145 Perception des enfants à l'égard d'un programme d'alimentation scolaire à approvisionnement centralisé dans le Sud-Ouest de l'Ontario (Canada)
- Avis de publication*
- 153 Outil de données sur le Cancer chez les jeunes au Canada : derniers taux d'incidence et nombres de cas
- Annonce*
- 154 Appel à contributions – Numéro spécial 2021 : Prévention et contrôle du tabagisme et du vapotage au Canada
- 155 Autres publications de l'ASPC

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, DOAJ, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Anne-Marie Ugnat, Ph. D.
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

Minh T. Do, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Barry Pless, C.C., M.D., FRCPC
Rédacteur scientifique adjoint

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Alexander Tsertsvadze, M.D., Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

Sylvain Desmarais, B.A., B. Ed.
Responsable de la production

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Chanelle Ayoub, B. Sc.
Rédactrice subalterne

Nicholas Cheta, B. Sc. Santé
Rédacteur subalterne

Joanna Odrowaz, B. Sc.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Anna Olivier, Ph. D.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Dawn Slawewski, B.A.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Comité de rédaction

Caroline Bergeron, Dr. P. H.
Agence de la santé publique du Canada

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

Martin Chartier, D.M.D.
Agence de la santé publique du Canada

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

Charlotte Kent, Ph. D.
Centers for Disease Control and Prevention

Jean-Claude Moubarac, Ph. D.
Université de Montréal

Howard Morrison, Ph. D.
Agence de la santé publique du Canada

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

Jennifer O'Loughlin, Ph. D.
Université de Montréal

Scott Patten, M.D., Ph. D., FRCPC
University of Calgary

Richard Stanwick, M.D., FRCPC, FAAP
Island Health

Mark Tremblay, Ph. D.
Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

Joslyn Trowbridge, M.P.P.
University of Toronto

**Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats,
à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.**

— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2021

ISSN 2368-7398

Pub. 200280

PHAC.HPCDP.journal-revue.PSPMC.ASPC@canada.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/information-intention-auteurs.html>

Recherche quantitative originale

Intentions en matière de contrôle du poids et santé mentale chez les adolescents canadiens : analyse comparative entre les sexes chez les élèves participant à l'étude COMPASS

Natalie Doan, M. Sc. (1); Isabella Romano, B. Sc. (1); Alexandra Butler, M. Sc. (1); Rachel E. Laxer, Ph. D. (2); Karen A. Patte, Ph. D. (3); Scott T. Leatherdale, Ph. D. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les différences entre les genres en lien avec les intentions de contrôle du poids et la santé mentale des adolescents sont peu connues. Notre objectif était d'examiner ces associations au sein d'un vaste échantillon d'adolescents et d'adolescentes.

Méthodologie. En utilisant les données de l'année 6 (2017-2018) de l'étude COMPASS (n = 57 324), nous avons procédé à une série de régressions linéaires multivariées pour déterminer si les intentions de contrôle du poids (gain de poids, perte de poids, maintien du poids, aucune intention) étaient associées à la dépression, à l'anxiété et à l'image de soi, tout en tenant compte de covariables pertinentes, dont l'indice de masse corporelle. Les modèles ont été stratifiés en fonction du genre autodéclaré.

Résultats. Par rapport aux filles sans intention en matière de contrôle du poids, les filles ayant l'intention de perdre du poids ont fait état de symptômes plus importants de dépression ($\beta = 0,52, p < 0,001$) et d'anxiété ($\beta = 0,41, p < 0,001$) ainsi que d'une moins bonne image d'elles-mêmes ($\beta = 2,06, p < 0,001$). Les filles ayant l'intention de prendre du poids ont elles aussi fait état de symptômes plus marqués de dépression ($\beta = 0,54, p < 0,001$) et d'anxiété ($\beta = 0,50, p < 0,001$) ainsi qu'une moins bonne image d'elles-mêmes ($\beta = 1,25, p < 0,001$). De leur côté, les garçons ayant l'intention de perdre du poids ont fait état de symptômes plus importants de dépression ($\beta = 0,26, p < 0,001$) et d'anxiété ($\beta = 0,33, p < 0,001$) ainsi que d'une mauvaise image d'eux-mêmes ($\beta = 1,10, p < 0,001$). Enfin, toujours chez les garçons, les intentions de gain de poids étaient associées à des symptômes d'anxiété plus prononcés ($\beta = 0,17, p < 0,05$), mais aucune différence n'a été observée en ce qui concerne les symptômes de dépression et d'image de soi.

Conclusion. Les intentions de gain ou de perte de poids étaient corrélées à des symptômes de troubles mentaux et à une mauvaise image de soi au sein du vaste échantillon d'adolescents sur lequel porte notre étude, avec des associations différentes chez les garçons et les filles. Ces résultats ont des implications importantes pour les programmes scolaires visant à promouvoir un poids santé et une image du corps saine.

Mots-clés : genre, contrôle du poids, santé mentale, dépression, anxiété, image de soi, filles, garçons

Points saillants

- Cette recherche porte sur le lien entre santé mentale et intentions de contrôle du poids chez les adolescents et les adolescentes à partir des données du système COMPASS, la plus vaste étude en milieu scolaire dans sa catégorie.
- Par rapport aux adolescents sans intention en matière de contrôle du poids, les adolescents ayant l'intention de perdre du poids présentaient une moins bonne santé mentale, indépendamment de leur indice de masse corporelle.
- Les filles ayant l'intention de prendre du poids ont fait état de symptômes d'anxiété et de dépression plus importants ainsi que d'une moins bonne image d'elles-mêmes, alors que les intentions de gain de poids n'étaient associées qu'à une anxiété plus marquée chez les garçons.
- Ces résultats confirment l'importance d'intégrer des approches neutres en ce qui concerne le poids dans les efforts de promotion de la santé, en particulier en milieu scolaire.

Rattachement des auteurs :

1. École de santé publique et des systèmes de santé, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
2. Santé publique Ontario, Toronto (Ontario), Canada
3. Département des sciences de la santé, Université Brock, St Catharines (Ontario), Canada

Correspondance : Isabella Romano, 200, avenue University Ouest, Waterloo (Ontario) N2L 3G1; courriel : iromano@uwaterloo.ca

Introduction

L'adolescence (soit la période de 12 à 18 ans environ¹) représente une étape de maturation importante marquée par des changements développementaux et sociaux majeurs. Pendant cette période, les adolescents prennent de plus en plus conscience des changements dans leur poids et des idéaux corporels socioculturels¹. Cette prise de conscience peut contribuer à une image du corps (soit le degré de confiance qu'éprouve une personne à l'égard de son apparence) négative et à une insatisfaction par rapport au poids¹⁻⁴.

Une image du corps malsaine, caractérisée par des perceptions biaisées et négatives, peut jouer un rôle dans l'émergence de troubles comportementaux et psychologiques⁵, et ce, particulièrement à l'adolescence, car il s'agit d'une période critique pour l'apparition de la dépression, de l'anxiété et des troubles alimentaires⁴⁻⁸.

L'image de son corps qu'une personne entretient est influencée par l'exposition aux messages sur les idéaux sur le corps, par les interactions avec sa famille et ses amis et par l'observation des représentations dans les médias^{3,8-10}. Certains peuvent se sentir obligés de se conformer à des idéaux prescrits par la société, qui présentent souvent des poids et des formes irréalistes et impossibles à atteindre^{10,11}. L'internalisation de certains idéaux normatifs en lien avec le corps constitue un processus psychologique important à l'origine d'une image corporelle malsaine et d'une insatisfaction corporelle¹².

Certains adolescents insatisfaits de leur corps souhaitent perdre du poids ou en prendre^{13,14}. Ce faisant, ils sont plus susceptibles d'avoir des comportements malsains et excessifs de contrôle du poids¹⁵. D'autres peuvent présenter des problèmes émotionnels découlant de la mauvaise image qu'ils ont de leur corps. Par exemple, selon les recherches, les séquelles psychologiques du surpoids et de l'obésité sont plus fortement liées au poids perçu qu'à l'indice de masse corporelle (IMC) réel¹⁶⁻¹⁸. Une mauvaise image de son corps, une insatisfaction à l'égard de son corps et une perception déformée de son poids peuvent contribuer à des problèmes psychologiques importants^{19,20}, que ce soit des troubles mentaux et des symptômes sous-cliniques d'anxiété sociale^{21,22} et de dépression²³⁻²⁶ ou une mauvaise image et une

piètre estime de soi^{27,28}. L'image de soi fait référence aux croyances conscientes qu'une personne a sur elle-même²⁹. Ce concept multidimensionnel englobe la façon dont la personne perçoit ses compétences scolaires et physiques, son apparence physique, son honnêteté, ses relations et son estime de soi³⁰. Des liens ont été établis entre une mauvaise image de soi et des niveaux élevés de conflits quotidiens³¹, de troubles mentaux et d'insatisfaction vis-à-vis de son corps^{32,33}.

Il est important d'examiner l'influence des identités sociales, dont le genre fait partie, sur l'insatisfaction vis-à-vis de son corps et les intentions de contrôle du poids. Par exemple, les filles ont tendance à surestimer leur poids³⁴ et disent se sentir obligées de perdre du poids³⁵, tandis que les garçons affirment se sentir obligés de gagner en masse musculaire et en taille tout en restant minces³⁶⁻³⁸. Ces pressions et perceptions peuvent avoir de profonds effets sur la santé mentale, tant chez les garçons que chez les filles³⁹. Toutefois, on dispose de peu de recherches sur les intentions de contrôle du poids et la santé mentale, et les mesures dont on dispose portent essentiellement sur les caractérisations des idéaux en lien avec le corps et des comportements liés au poids chez les filles et les femmes. De ce fait, notre compréhension des incidences sur la santé mentale des garçons est peut-être erronée.

Cette étude a pour objet d'examiner les associations sexospécifiques entre les intentions de contrôle du poids et les symptômes de dépression, les symptômes d'anxiété et l'image de soi a sein d'un vaste échantillon d'adolescents et d'adolescentes au Canada.

Méthodologie

Modèle de l'étude COMPASS

Nous avons utilisé les données transversales de l'année 6 (2017-2018) de l'étude COMPASS (cannabis, obésité, santé mentale, activité physique, alcool, tabagisme, sédentarité), une vaste étude prospective échelonnée sur neuf ans (2012-2021) qui permet de recueillir chaque année des données sur les comportements liés à la santé auprès d'une cohorte mobile d'élèves canadiens du secondaire⁴⁰.

L'utilisation de protocoles d'information active et de consentement parental passif permet de recruter un échantillon complet

d'élèves dans chaque école pour qu'ils remplissent le questionnaire COMPASS pendant les heures de cours. Toutes les procédures ont été approuvées par le bureau d'éthique de la recherche de l'Université de Waterloo (ORE n° 30118) et par les conseils scolaires participants. De plus amples renseignements sur les procédures utilisées dans le cadre de l'étude COMPASS sont accessibles en version imprimée⁴⁰ et en ligne (www.compass.uwaterloo.ca). Cette étude constitue une analyse secondaire des données existantes de l'étude COMPASS.

Échantillon de l'étude

Au total, 57 324 élèves de la 9^e à la 12^e année, provenant de 122 écoles de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec, ont participé à l'année 6 de l'étude COMPASS. Nous avons exclu les participants dont les données étaient manquantes pour toutes les covariables autres que l'IMC (n = 1 816; 3,2 %). Notre échantillon de cas complet pour l'analyse était composé de 45 019 participants, après élimination des cas dont les données manquaient dans les catégories de variables dépendantes (dépression, anxiété, image de soi) et pour la variable indépendante (intention de contrôle du poids) (n = 10 489; 18,9 %).

Mesures

Intentions de contrôle du poids

Nous avons eu recours à une mesure des intentions de contrôle du poids des élèves comme variable dépendante d'intérêt. En réponse à la question « Parmi les affirmations suivantes, laquelle correspond à ton intention concernant ton poids? », les élèves pouvaient choisir l'une de ces quatre options : « perdre du poids », « prendre du poids », « maintenir mon poids » ou « je n'ai aucune intention concernant mon poids ». Nous avons opérationnalisé les intentions des élèves en matière de contrôle du poids de la manière suivante : aucune (catégorie de référence [réf.]), maintien, perte ou gain.

Dépression, anxiété et image de soi

Pour évaluer la santé mentale des élèves dans le cadre de notre étude, nous avons choisi des mesures de la dépression, de l'anxiété et de l'image de soi qui offrent de très bonnes propriétés psychométriques pour une utilisation avec des populations générales d'adolescents^{41,42}.

Pour évaluer les symptômes autodéclarés de dépression, le questionnaire de l'étude COMPASS destiné aux élèves a eu recours à l'échelle CESD-R-10 [Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (Revised)-10]⁴³. À l'aide d'une échelle de Likert à 4 points (où 1 correspondait à « jamais ou moins d'un jour » et 4 à « de 5 à 7 jours »), les élèves devaient indiquer la fréquence à laquelle ils avaient ressenti des symptômes somatiques, affectifs et d'anhédonie au cours des sept jours précédents. Parmi les exemples de symptômes figuraient les sentiments de tristesse, de désespoir, de démotivation et de solitude. Le score cumulatif pouvait s'échelonner de 0 à 30, un score élevé étant le signe de symptômes plus marqués. La cohérence interne de l'échelle CESD-R-10 était acceptable (α de Cronbach = 0,77).

Pour évaluer les symptômes autodéclarés d'anxiété, le questionnaire de l'étude COMPASS destiné aux élèves a fait appel à l'échelle GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale)⁴⁴. À l'aide d'une échelle de Likert à 4 points (où 1 correspondait à « jamais », et 4, à « presque tous les jours »), les élèves devaient indiquer la fréquence à laquelle ils avaient été dérangés par des symptômes tels qu'une inquiétude incontrôlable ou de l'agitation au cours des deux semaines précédentes. Le score cumulatif pouvait s'échelonner de 0 à 21, un score élevé signifiant une plus grande présence de symptômes d'anxiété généralisée. La cohérence interne de l'échelle GAD-7 était élevée (α = 0,91).

Le concept de soi a été évalué au moyen de l'instrument SDQ II Manual: Self Description Questionnaire II⁴⁵. À l'aide d'une échelle de Likert à 5 points (où 1 correspondait à « vrai » et 5 à « faux »), les élèves devaient réagir aux cinq énoncés suivants en choisissant la réponse les décrivant le mieux : « Dans l'ensemble, je m'aime comme je suis », « Dans l'ensemble, j'ai beaucoup de raisons d'être fier/fière », « Beaucoup de choses en moi sont bonnes », « Quand je fais quelque chose, je le fais bien » et « J'aime mon apparence ». Nous avons additionné les réponses pour obtenir une mesure globale de l'image de soi (de 0 à 25). Un score élevé était signe d'une moins bonne image de soi. La cohérence interne était élevée (α = 0,90).

Covariables

Nous avons inclus des variables liées au poids dans tous les modèles pour ajustement pour les facteurs de confusion

potentiels. Les élèves ont indiqué le nombre d'heures par jour qu'ils consacrent habituellement à une activité physique modérée à vigoureuse (APMV), au temps de loisir passé devant un écran (cinq éléments : télévision, jeux vidéo, navigation sur Internet, conversation au téléphone, envoi de textos ou de messages) et au sommeil. Les comportements ont été considérés en fonction du respect ou non des recommandations quotidiennes des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures de la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) (1 h ou plus d'APMV, 2 h ou moins de temps de loisir passé devant un écran, de 8 à 10 h de sommeil)⁴⁶. Les élèves devaient également préciser s'ils déjeunaient tous les matins. Sauter le déjeuner le matin et respecter les directives en matière de mouvement ont été traités comme des variables binaires (non [réf.] ou oui).

Les élèves ont indiqué leur niveau scolaire (9^e année [réf.], 10^e année, 11^e année, 12^e année), leur origine ethnique (« racialisé » [Noir, Autochtone, Asiatique, Latino-Américain/Hispanique, autre, mixte] ou « non racialisé » [Blanc] [réf.]), leur taille et leur poids. Conformément aux normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la santé, nous avons calculé l'IMC des élèves, nous l'avons corrigé en fonction de l'âge et du sexe puis nous avons réparti les résultats dans l'une des catégories suivantes : poids insuffisant, poids santé, surpoids et obésité⁴⁷. Étant donné la quantité importante de réponses manquantes – qui pourraient ne pas être aléatoires –, nous avons classé les réponses manquantes pour la taille, le poids, l'âge et le sexe (utilisés pour calculer l'IMC) dans la catégorie « non déclaré »^{48,49}. Les mesures ayant servi à évaluer l'APMV⁵⁰, le temps d'écran⁵¹ et l'IMC⁵² ont été validées dans cette tranche d'âge.

Analyse statistique

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de la version 9.4 du logiciel statistique SAS (SAS Institute Inc., Caroline du Nord, États-Unis)⁵³. Nous avons comparé les adolescents en fonction de leur intention en matière de contrôle du poids et de leur genre en utilisant (1) des tests du chi carré pour les caractéristiques démographiques, le mouvement, le fait de sauter le petit-déjeuner et la catégorie d'IMC et (2) des tests d'analyse de la variance ou des tests t pour la dépression, l'anxiété et l'image de soi. Nous avons conçu trois

séries de modèles fondés sur une régression linéaire multivariante pour examiner les associations entre, d'une part, l'intention de contrôle du poids et, d'autre part, les scores liés aux symptômes autodéclarés de dépression et d'anxiété ainsi qu'à l'image de soi. Nous avons testé le terme d'interaction multiplicative entre le genre et l'intention de contrôle du poids (jugé statistiquement significatif à $p < 0,05$) pour déterminer si la stratification de nos modèles par genre était appropriée. Nous avons inclus des variables sociodémographiques (niveau scolaire, origine ethnique) et associées au poids (APMV, temps d'écran, temps de sommeil, saut du déjeuner, IMC) dans chaque modèle afin d'ajuster pour les effets des facteurs de confusion potentiels sur les associations entre l'intention de contrôle du poids et la santé mentale des élèves. Pour tenir compte de la comorbidité entre la dépression et l'anxiété, nous avons ajusté les modèles relatifs à l'échelle CESD-R-10 en fonction des scores à l'échelle GAD-7 et vice versa. Nous avons fourni des estimations non ajustées et ajustées du coefficient bêta (β) standardisé avec des intervalles de confiance (IC) à 95 %.

Nous avons calculé le coefficient de corrélation intraclasse (CCI) pour décrire l'ampleur de la variabilité dans les écoles entre l'intention en matière de contrôle du poids et le score à l'échelle CESD-R-10, le score à l'échelle GAD-7 et le score lié à l'image de soi. Une variation d'environ 1 % au sein de l'école ayant été détectée pour chaque variable dépendante ($CCI_{GAD-7} = 0,014$; $CCI_{CESD-R-10} = 0,018$; $CCI_{image\ de\ soi} = 0,011$), nous n'avons pas ajusté pour l'effet de grappe (cluster) pour l'efficacité du calcul.

Résultats

Comparaison entre élèves avec données manquantes et élèves sans données manquantes

Nous avons estimé les probabilités de réponses manquantes pour les variables dépendantes et la variable indépendante en utilisant une série de modèles de régression linéaire multivariante (voir le tableau 1 pour les résultats de l'analyse des données manquantes). Par rapport aux garçons, il était moins probable que les filles omettent des réponses pour les mesures de la dépression, de l'anxiété, de l'image de soi et de l'intention de contrôle du poids. En général, les probabilités de réponses manquantes pour n'importe quelle

TABLEAU 1
Modèles de régression logistique estimant les probabilités de données manquantes pour les mesures de la dépression, de l'anxiété, de l'image de soi et de l'intention en matière de contrôle du poids chez les adolescents et adolescentes

Mesure	RCA (IC à 95 %)			
	Modèle I	Modèle II	Modèle III	Modèle IV
Genre				
Garçons (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Filles	0,85 (0,81 à 0,89)***	0,85 (0,79 à 0,91)	0,58 (0,52 à 0,63)***	0,64 (0,54 à 0,76)***
Niveau scolaire				
9 ^e année (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
10 ^e année	0,86 (0,81 à 0,92)***	0,95 (0,87 à 1,03)	0,82 (0,73 à 0,92)**	0,87 (0,70 à 1,07)
11 ^e année	0,77 (0,72 à 0,82)***	0,88 (0,80 à 0,96)**	0,79 (0,70 à 0,89)**	0,77 (0,62 à 0,97)*
12 ^e année	0,77 (0,72 à 0,83)***	0,91 (0,82 à 1,00)	0,85 (0,74 à 0,97)*	0,67 (0,52 à 0,88)**
Origine ethnique				
Blanc (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Autre origine	1,37 (1,30 à 1,44)***	1,46 (1,36 à 1,57)***	1,57 (1,43 à 1,72)***	1,05 (0,88 à 1,25)
Catégorie d'IMC				
Poids insuffisant	1,21 (1,01 à 1,45)*	1,31 (1,03 à 1,66)*	1,52 (1,10 à 2,07)**	1,41 (0,77 à 2,60)
Poids normal (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Surpoids	1,06 (0,98 à 1,15)	0,91 (0,82 à 1,02)	1,07 (0,92 à 1,24)	0,95 (0,71 à 1,28)
Obésité	1,00 (0,90 à 1,15)	1,06 (0,91 à 1,22)	1,22 (1,00 à 1,48)*	1,23 (0,86 à 1,76)
Non déclaré	1,43 (1,35 à 1,52)***	1,60 (1,48 à 1,72)***	1,89 (1,71 à 2,10)***	2,13 (1,77 à 2,56)***

Source : Questionnaire de l'élève dans le cadre de l'année 6 de l'étude COMPASS.

Abréviations : CESD-R-10, Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (Revised)-10; GAD-7, Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale; IC, intervalle de confiance; IMC, indice de masse corporelle; RCA, rapport de cotes ajusté; réf., catégorie de référence.

Remarques : Le modèle I estime le logarithme du rapport de cotes relatif aux données manquantes pour les scores liés aux symptômes de dépression (échelle CESD-R-10) (réf. : non manquantes); le modèle II estime le logarithme du rapport de cotes relatif aux données manquantes pour les scores liés aux symptômes d'anxiété (échelle GAD-7) (réf. : non manquantes); le modèle III estime le logarithme du rapport de cotes relatif aux données manquantes pour les scores cumulatifs liés à l'image de soi (réf. : non manquantes); le modèle IV estime le logarithme du rapport de cotes relatif aux données manquantes pour l'intention de contrôle en matière de poids (réf. : non manquantes). Toutes les estimations tiennent compte de l'APMV, du temps d'écran, du temps de sommeil et du déjeuner le matin.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

variable dépendante ou indépendante étaient plus faibles chez les élèves des niveaux supérieurs que chez ceux de 9^e année. Il était plus probable que les élèves n'aient pas de score pour la dépression, l'anxiété et l'image de soi s'ils avaient déclaré être d'une origine ethnique autre que blanche ou avoir un poids insuffisant. Les élèves qui n'avaient pas mentionné leur taille ou leur poids étaient environ 1,5 à 2 fois plus susceptibles de ne pas avoir de score pour la dépression, l'anxiété et l'image de soi et plus susceptibles de n'avoir déclaré aucune intention en matière de contrôle du poids.

Caractéristiques de l'échantillon

Parmi les élèves, plus du tiers (36 %) ont déclaré qu'ils essayaient de perdre du poids, tandis que 16 % ont indiqué qu'ils tenaient d'en prendre et 20 % ont mentionné

essayer de maintenir leur poids. Les scores moyens (écart-type [ET]) à l'échelle CESD-R-10, à l'échelle GAD-7 et aux questions sur l'image de soi étaient de respectivement 8,9 (6,1), 6,5 (5,7) et 10,9 (4,6). Si près de la moitié des élèves respectaient les directives sur l'APMV (42 %) et sur le sommeil (41 %), seuls 5 % des élèves respectaient celles sur le temps d'écran. Plus de la moitié des élèves (55 %) ont indiqué ne pas déjeuner le matin.

Environ le quart des élèves (27 %) étaient en 9^e année, 28 % en 10^e année, 27 % en 11^e année et 18 % en 12^e année. La moitié (51 %) s'est déclarée comme de sexe féminin et 28 % comme d'une origine ethnique racialisée.

Le tableau 2 présente les intentions auto-déclarées en matière de contrôle de poids

en fonction des caractéristiques de l'échantillon et des mesures de la santé mentale. Le tableau 3 présente les différences entre les garçons et les filles en fonction des caractéristiques sociodémographiques, des catégories d'intention autodéclarée en matière de contrôle du poids et des mesures de la santé mentale.

Associations stratifiées par genre entre l'intention en matière de contrôle du poids et la dépression et l'anxiété ainsi que l'image de soi

Nous avons stratifié les modèles par genre (filles et garçons), car les effets d'interaction multiplicatifs entre le genre et l'intention en matière de contrôle du poids étaient significatifs ($p < 0,05$, résultats non présentés). Le tableau 4 présente les résultats des modèles de régression linéaire multivariante qui permettent d'estimer la variation des scores à l'échelle CESD-R-10, à l'échelle GAD-7 et aux questions sur l'image de soi pour chaque catégorie d'intention en matière de contrôle du poids, pour les filles et pour les garçons. Les estimations ajustées sont décrites ci-dessous.

Les adolescentes qui avaient l'intention de maintenir leur poids ont fait état de symptômes de dépression moins marqués ($\beta = -0,21$, $p < 0,01$) et de symptômes d'anxiété plus importants ($\beta = 0,22$, $p < 0,01$) que celles qui n'avaient aucune intention en matière de contrôle du poids. Les filles ayant l'intention de perdre du poids ont fait état de symptômes plus importants de dépression ($\beta = 0,52$, $p < 0,001$) et d'anxiété ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$) ainsi que d'une moins bonne image d'elles-mêmes ($\beta = 2,06$, $p < 0,001$) et les filles ayant l'intention de prendre du poids ont fait, elles aussi, état de symptômes plus prononcés de dépression ($\beta = 0,54$, $p < 0,001$) et d'anxiété ($\beta = 0,50$, $p < 0,001$) ainsi que d'une moins bonne image d'elles-mêmes ($\beta = 1,25$, $p < 0,001$). Les garçons qui avaient l'intention de maintenir leur poids ont fait état de moins de symptômes de dépression ($\beta = -0,15$, $p < 0,05$), d'une anxiété un peu plus marquée ($\beta = 0,17$, $p < 0,05$) et d'une meilleure image d'eux-mêmes ($\beta = -0,33$, $p < 0,001$) que les garçons qui n'avaient aucune intention en matière de contrôle du poids. Comme les filles, les garçons souhaitant perdre du poids ont fait état de symptômes plus importants de dépression ($\beta = 0,26$, $p < 0,001$) et d'anxiété ($\beta = 0,33$, $p < 0,001$) ainsi que d'une mauvaise image d'eux-mêmes ($\beta = 1,10$, $p < 0,001$). Toutefois,

TABLEAU 2
Différences dans les intentions en matière de contrôle du poids en fonction
des caractéristiques de l'échantillon et des mesures de la dépression, de l'anxiété
et de l'image de soi (N = 45 019)

Mesure	Intention autodéclarée en matière de contrôle du poids				Valeur p
	Aucune	Maintien	Perte	Gain	
Niveau scolaire, n (%)					
9 ^e année (réf.)	3 719 (30,1)	2 527 (27,9)	4 117 (25,1)	1 647 (22,7)	< 0,0001
10 ^e année	3 580 (29,0)	2 578 (28,5)	4 437 (28,1)	2 011 (27,8)	
11 ^e année	3 183 (25,8)	2 541 (28,1)	4 459 (27,2)	2 111 (29,1)	
12 ^e année ^a	1 867 (15,1)	1 399 (15,5)	3 365 (20,6)	1 478 (20,4)	
Genre, n (%)					
Garçons (réf.)	5 750 (46,6)	4 833 (53,4)	11 055 (67,5)	1 302 (18,0)	< 0,0001
Filles	6 599 (53,4)	4 212 (46,6)	5 323 (32,5)	5 945 (82,0)	
Origine ethnique, n (%)					
Blanc (réf.)	9 404 (76,2)	6 872 (76,0)	11 195 (68,4)	4 907 (67,7)	< 0,0001
Autre origine	2 945 (23,8)	2 173 (24,0)	5 183 (31,6)	2 340 (32,3)	
Catégorie d'IMC, n (%)					
Poids insuffisant	262 (2,1)	125 (1,4)	76 (0,5)	294 (4,1)	< 0,0001
Poids normal (réf.)	7 601 (61,5)	5 980 (66,1)	6 903 (42,1)	5 270 (72,7)	
Surpoids	1 033 (8,4)	918 (10,1)	3 286 (20,1)	372 (5,1)	
Obésité	369 (3,0)	342 (3,8)	1 873 (11,4)	120 (1,7)	
Non déclaré	3 084 (25,0)	1 680 (18,6)	4 240 (25,9)	1 191 (16,4)	
Respecte les directives sur l'APMV, n (%)^b					
Non (réf.)	7 814 (63,3)	5 271 (58,3)	9 494 (58,0)	3 420 (47,2)	< 0,0001
Oui	4 535 (36,7)	3 774 (41,7)	6 884 (42,0)	3 827 (52,8)	
Respecte les directives sur le temps d'écran, n (%)^b					
Non (réf.)	11 543 (93,5)	8 462 (93,5)	15 680 (95,7)	6 938 (95,7)	< 0,0001
Oui	806 (6,5)	583 (6,5)	698 (4,3)	309 (4,3)	
Respecte les directives sur le sommeil, n (%)^b					
Non (réf.)	6 861 (55,6)	4 912 (54,3)	10 748 (65,6)	4 115 (56,8)	< 0,0001
Oui	5 488 (44,4)	4 133 (45,7)	5 630 (34,4)	3 132 (43,2)	
Saute le déjeuner, n (%)					
Non (réf.)	6 096 (49,4)	4 690 (51,8)	5 887 (35,9)	3 634 (50,1)	< 0,0001
Oui	6 253 (50,6)	4 355 (48,2)	10 491 (64,1)	3 613 (49,9)	
Symptômes de dépression (CESD-R-10)					
Score moyen (ET)	8,0 (5,8)	7,9 (5,5)	10,5 (6,4)	8,2 (5,7)	< 0,0001
Symptômes d'anxiété (GAD-7)					
Score moyen (ET)	5,6 (5,4)	5,9 (5,3)	8,0 (6,0)	5,6 (5,5)	< 0,0001
Image de soi^c					
Score moyen (ET)	10,2 (4,3)	9,9 (4,0)	12,5 (4,8)	10,0 (4,4)	< 0,0001
Total (%)	12 349 (27,4)	9 045 (20,1)	16 378 (36,4)	7 247 (16,1)	

Source : Questionnaire de l'élève dans le cadre de l'année 6 (2017-2018) de l'étude COMPASS.

Abréviations : APMV, activité physique modérée à vigoureuse; CESD-R-10, Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (Revised)-10; ET, écart-type; GAD-7, Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale; IMC, indice de masse corporelle; réf., catégorie de référence.

^a Il n'y a pas de 12^e année au Québec.

^b Indique si les élèves respectent les recommandations des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures de la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE), à savoir 1 h ou plus d'APMV, 2 h ou moins de temps de loisir passé devant un écran et de 8 à 10 h de sommeil par jour⁴⁶.

^c Évalué au moyen d'éléments de l'instrument SDQ II Manual: Self Description Questionnaire II⁴⁵. Un score élevé est le signe d'une moins bonne image de soi.

les intentions de gain de poids n'étaient pas associées à des différences de symptômes autodéclarés de dépression ou d'image de soi par rapport aux garçons n'ayant pas d'intention en matière de contrôle du poids, et les garçons ayant l'intention de prendre du poids présentaient plutôt des symptômes d'anxiété plus prononcés ($\beta = 0,17, p < 0,05$).

Analyse

L'objectif de cette étude était d'examiner les associations entre les intentions en matière de contrôle du poids et les symptômes de dépression, les symptômes d'anxiété et l'image de soi au sein d'un vaste échantillon d'adolescents et d'adolescentes au Canada. Plus de la moitié des personnes interrogées dans le cadre de l'étude ont déclaré qu'elles essayaient de prendre du poids ou d'en perdre. Nos résultats apportent la preuve d'une association entre l'intention en matière de contrôle du poids et la santé mentale, après ajustement pour l'IMC et d'autres covariables.

Dans notre étude, l'intention de perdre du poids s'est révélée associée à des symptômes de dépression et d'anxiété plus importants et à une moins bonne image de soi à la fois chez les garçons et chez les filles. Ces associations peuvent s'expliquer, en partie, par la détresse psychologique engendrée par l'échec des tentatives de perte de poids⁵⁴. Chez les adultes, les tentatives de perte de poids sont courantes, mais souvent inefficaces⁵⁵⁻⁵⁷. Dans la mesure où le poids est perçu comme un facteur contrôlable et relevant de la responsabilité individuelle, les difficultés à perdre du poids sont parfois considérées, à tort, comme signe d'une faille personnelle plutôt que comme relevant de l'inefficacité des régimes et des interventions comportementales visant la perte de poids. Les données probantes confirment l'existence de liens étroits entre les préoccupations relatives au poids et l'insatisfaction vis-à-vis de son corps, les troubles alimentaires et la discrimination fondée sur le poids, qui sont associés à un faible bien-être psychosocial⁵⁸⁻⁶⁰.

Les mesures de prévention de l'obésité incluent habituellement des messages axés sur le poids, et ces messages peuvent avoir une incidence négative sur les adolescents⁶¹⁻⁶⁴. Il est impératif d'aller au-delà des indicateurs (dont le poids fait partie) et des messages axés sur le poids pour insister sur l'importance d'adopter des

TABLEAU 3
Différences entre les adolescentes et les adolescents (N = 45 019) en fonction
des caractéristiques sociodémographiques, de l'intention en matière de contrôle du poids
et des mesures de la dépression, de l'anxiété et de l'image de soi

Mesure	Filles	Garçons	Valeur p
Niveau scolaire, n (%)			
9 ^e année (réf.)	6 136 (26,7)	5 874 (26,6)	0,843
10 ^e année	6 426 (28,0)	6 180 (28,0)	
11 ^e année	6 282 (27,4)	6 012 (27,2)	
12 ^e année ^a	4 096 (17,9)	4 013 (18,2)	
Origine ethnique, n (%)			
Blanc (réf.)	16 806 (73,3)	15 572 (70,5)	< 0,0001
Autre origine	6 134 (26,7)	6 507 (29,5)	
Catégorie d'IMC			
Poids insuffisant	309 (1,4)	448 (2,0)	< 0,0001
Normal (réf.)	13 861 (60,4)	11 893 (53,9)	
Surpoids	2 484 (10,8)	3 125 (14,2)	
Obésité	983 (4,3)	1 721 (7,8)	
Non déclaré	5 303 (23,1)	4 892 (22,2)	
Respecte les directives sur l'APMV, n (%)^b			
Non (réf.)	14 800 (64,5)	11 199 (50,7)	< 0,0001
Oui	8 140 (35,5)	10 880 (49,3)	
Respecte les directives sur le temps d'écran, n (%)^b			
Non (réf.)	21 571 (94,0)	21 052 (95,4)	< 0,0001
Oui	1 369 (6,0)	1 027 (4,6)	
Respecte les directives sur le sommeil, n (%)^b			
Non (réf.)	14 122 (61,6)	12 514 (56,7)	< 0,0001
Oui	8 818 (38,4)	9 565 (43,3)	
Saute le déjeuner, n (%)			
Non (réf.)	9 366 (40,8)	10 941 (49,5)	< 0,0001
Oui	13 574 (59,2)	11 138 (50,5)	
Intention en matière de contrôle du poids, n (%)			
Aucune (réf.)	5 750 (25,1)	6 599 (29,9)	< 0,0001
Maintien	4 833 (21,1)	4 212 (19,1)	
Perte	11 055 (48,2)	5 323 (24,1)	
Gain	1 302 (5,6)	5 945 (26,9)	
Symptômes de dépression (CESD-R-10)			
Score moyen (ET)	10,2 (6,4)	7,6 (5,4)	< 0,0001
Symptômes d'anxiété (GAD-7)			
Score moyen (ET)	8,2 (5,9)	4,8 (5,0)	< 0,0001
Image de soi^c			
Score moyen (ET)	11,7 (4,6)	9,8 (4,2)	< 0,0001
Total (%)	22 940 (51,0)	22 079 (49,0)	

Source : Questionnaire de l'élève dans le cadre de l'année 6 (2017-2018) de l'étude COMPASS.

Abréviations : APMV, activité physique modérée à vigoureuse; CESD-R-10, Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (Revised)-10; ET, écart-type; GAD-7, Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale; IMC, indice de masse corporelle; réf., catégorie de référence.

^a Il n'y a pas de 12^e année au Québec.

^b Indique si les élèves respectent les recommandations des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures de la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE), à savoir 1 h ou plus d'APMV, 2 h ou moins de temps de loisir passé devant un écran et de 8 à 10 h de sommeil par jour⁶⁶.

^c Évalué au moyen d'éléments de l'instrument SDQ II Manual: Self Description Questionnaire II⁶⁵. Un score élevé signifie un moins bon concept de soi.

comportements sains (en particulier en matière d'alimentation et d'activité physique) dans les initiatives de promotion de la santé^{65,61-64}.

Des analyses stratifiées ont révélé des différences entre les genres dans les résultats observés. En effet, l'intention de prendre du poids était associée à des symptômes de dépression et d'anxiété plus importants et à une moins bonne image de soi chez les filles. Les symptômes de dépression et d'anxiété étaient également plus marqués chez les garçons ayant l'intention de prendre du poids, mais dans une moindre mesure. Certaines recherches ont montré qu'il est plus fréquent d'observer une insatisfaction vis-à-vis de son corps et une image de son corps négative chez les filles que chez les garçons⁶⁵⁻⁶⁷. Or, selon Pope et ses collaborateurs, le taux d'insatisfaction vis-à-vis de son corps chez les garçons peut être comparable à celui chez les filles⁶⁸. Chez les garçons adolescents, l'insatisfaction vis-à-vis de son corps se traduit davantage par une intention de prise de poids passant par une augmentation de la masse musculaire, plutôt que par une perte de poids⁶⁹. Les comportements de manipulation utilisés pour améliorer la musculature ont été associés à des conséquences psychologiques néfastes à l'adolescence⁷⁰⁻⁷², ce que viennent corroborer les symptômes d'anxiété plus importants que nous avons constatés, dans le cadre de notre étude, chez les garçons ayant l'intention de prendre du poids. Cependant, on ne sait pas encore pourquoi les intentions de prise de poids chez les garçons n'étaient pas également associées à des symptômes de dépression ou à une mauvaise image de soi. Les différences de développement sont une explication possible, étant donné que la puberté chez les garçons se produit généralement plus tard que chez les filles et que les changements pubertaires chez les garçons rapprochent ces derniers des idéaux socio-culturels de musculature⁷³. Les filles, en revanche, ont tendance à faire état d'une insatisfaction vis-à-vis de leurs corps plus importante, d'une mauvaise image d'elles-mêmes et de symptômes de dépression avec le début de la puberté^{73,74}. Les résultats peuvent donc différer selon le stade de développement et selon si le développement s'est fait précocement ou tardivement, facteurs que nous n'avons pas pu évaluer dans le cadre de cette étude.

Nos conclusions concernant les intentions de maintien du poids sont nuancées. Dans

TABEAU 4
Modèles de régression linéaire multivariable estimant les symptômes de dépression, les symptômes d'anxiété et l'image de soi chez les adolescentes (n = 22 940) et les adolescents (n = 22 079)

Intention en matière de contrôle du poids	β (IC à 95 %)					
	Modèle I		Modèle II		Modèle III	
	Sans ajustement	Avec ajustement ^a	Sans ajustement	Avec ajustement ^a	Sans ajustement	Avec ajustement ^a
Filles						
Aucune (réf.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Maintien	-0,30 (-0,46 à -0,14)***	-0,21 (-0,37 à -0,06)**	0,25 (0,11 à 0,40)***	0,22 (0,08 à 0,37)**	-0,25 (-0,43 à -0,08)**	-0,12 (-0,29 à 0,05)
Perte	0,75 (0,62 à 0,88)***	0,52 (0,39 à 0,66)***	0,42 (0,30 à 0,54)***	0,41 (0,28 à 0,54)***	2,46 (2,31 à 2,61)***	2,06 (1,92 à 2,21)***
Gain	0,66 (0,40 à 0,91)***	0,54 (0,29 à 0,79)***	0,45 (0,22 à 0,68)***	0,50 (0,27 à 0,73)***	1,36 (1,08 à 1,63)***	1,25 (0,98 à 1,51)***
Garçons						
Aucune (réf.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Maintien	-0,20 (-0,34 à -0,05)**	-0,15 (-0,29 à -0,01)*	0,17 (0,03 à 0,30)*	0,17 (0,04 à 0,31)*	-0,48 (-0,65 à -0,32)***	-0,33 (-0,49 à -0,17)***
Perte	0,41 (0,28 à 0,55)***	0,26 (0,12 à 0,40)***	0,31 (0,19 à 0,44)***	0,33 (0,20 à 0,47)***	1,39 (1,24 à 1,54)***	1,10 (0,94 à 1,26)***
Gain	0,08 (-0,05 à 0,21)	0,08 (-0,05 à 0,21)	0,15 (0,02 à 0,27)*	0,17 (0,01 à 0,26)*	-0,29 (-0,44 à -0,14)***	-0,11 (-0,26 à 0,12)

Abréviations : APMV, activité physique modérée à vigoureuse; CESD-R-10, Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (Revised)-10; GAD-7, Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale; IC, intervalle de confiance; IMC, indice de masse corporelle; réf., catégorie de référence.

Remarques : Le modèle I estime les scores liés aux symptômes de dépression (CESD-R-10); le modèle II estime les scores liés aux symptômes d'anxiété (GAD-7); le modèle III estime les scores liés à l'image de soi (un score élevé est le signe d'une moins bonne image de soi). Le modèle I tient compte de l'échelle GAD-7 et le modèle II tient compte de l'échelle CESD-R-10.

^a Les estimations ont été ajustées pour le niveau scolaire, l'origine ethnique, la catégorie d'IMC, l'APMV, le temps d'écran, le temps de sommeil et le déjeuner le matin.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

notre échantillon, les filles et les garçons qui avaient l'intention de maintenir leur poids ont fait état de symptômes de dépression moins importants, mais de symptômes d'anxiété plus marqués. Ces résultats invitent à penser que l'intention de maintenir son poids n'est pas toujours associée à des symptômes liés à la santé mentale comme cela semble être le cas pour l'intention de perdre ou de prendre du poids. Nos mesures ne tiennent pas compte des tentatives mises en œuvre pour contrôler son poids. L'incidence des comportements actifs de maintien du poids sur la santé mentale nécessite d'autres recherches, en particulier par rapport aux adolescents sans intention particulière. L'intention de maintenir son poids était associée à une meilleure image de soi chez les garçons, ce qui révèle que ceux qui ont l'intention de maintenir leur poids pourraient être satisfaits de leurs croyances physiques et sociales à propos d'eux-mêmes. Le même constat n'a pu être dégagé chez les filles de notre échantillon, ce qui fait écho à la littérature qui montre que les adolescentes sont touchées de manière disproportionnée par les normes socioculturelles liées au poids et à la forme du corps⁶⁷. D'autres recherches doivent être menées sur les expériences selon le genre concernant les intentions en matière

de contrôle du poids, le maintien du poids et la santé mentale.

Incidences sur les résultats

Cette recherche confirme que l'adolescence est une période importante pour le développement de l'image de son corps et de l'image de soi ainsi que pour la santé mentale. Comme les changements corporels se produisent parallèlement à une augmentation des pressions sociales et à une exposition accrue aux idéaux socioculturels dans les écoles secondaires, nous concluons qu'il pourrait être bénéfique de cibler les populations d'adolescents dans les écoles pour promouvoir un contrôle sain du poids et une image de son corps positive. D'autres recherches doivent être effectuées pour examiner les liens temporels et bidirectionnels possibles entre les intentions en matière de contrôle du poids et la santé mentale chez les adolescents et les adolescentes, car la dépression et l'anxiété pourraient jouer un rôle dans les comportements liés au poids et à la santé^{75,76}.

Il faut également d'autres recherches sur les associations sexospécifiques entre les intentions en matière de contrôle du poids et la santé mentale des adolescents. Par exemple, il pourrait être utile, pour concevoir

des interventions efficaces, de déterminer pourquoi l'intention de prendre du poids était plus fortement associée à une mauvaise santé mentale chez les filles que chez les garçons. La plupart des recherches disponibles sur les intentions en matière de contrôle du poids portent principalement sur l'estime de soi et l'évaluation par les adolescents de leur propre valeur⁷⁷. Il n'est pas certain que ces concepts saisissent adéquatement la vision que les adolescents ont d'eux-mêmes dans les multiples domaines englobés par l'image de soi (scolaire, social, émotionnel, physique)^{78,79}.

Étant donné le nombre élevé d'élèves qui ont déclaré avoir tenté de contrôler leur poids en perdant du poids – même après ajustement pour l'IMC –, il est important de réduire l'exposition des adolescents aux facteurs contribuant à des intentions liées au poids qui ne sont pas nécessaires. Les interventions en santé publique dans des environnements multiples^{80,81} peuvent s'attaquer à ces facteurs équitablement, par exemple par l'inclusion d'éléments éducatifs destinés aux groupes d'adolescents ou aux adultes avec lesquels ils interagissent régulièrement (parents, enseignants, entraîneurs)⁸². Les programmes basés sur la dissonance et l'éducation aux médias ont donné des résultats positifs pour ce

qui est de réduire l'insatisfaction vis-à-vis de son corps chez les adolescents^{83,84}.

Il serait également important de cibler des interventions dans les environnements fréquentés par les adolescents (écoles, installations de loisirs)^{85,86} ainsi que d'adopter des politiques et des règlements plus généraux. Les interventions stratégiques qui limitent l'exposition des adolescents aux publicités axées sur le poids dans les médias sociaux populaires et les plateformes de partage de photos seraient sans doute utiles⁸⁷.

Enfin, il conviendrait d'adopter une approche de promotion de la santé neutre du point de vue du poids au lieu d'utiliser le poids comme indicateur d'une meilleure santé⁶¹. Les mesures de prévention de l'obésité devraient être analysées et modifiées pour que l'accent soit mis sur l'importance des indicateurs de santé autres que le poids⁶¹⁻⁶³, notamment les comportements sains et la santé mentale.

Forces et limites

Malgré la confidentialité du processus entourant le questionnaire de l'étude COMPASS destiné aux élèves⁴⁰, il se peut que les élèves aient été réticents à divulguer des renseignements relatifs à leur poids ou tout symptôme de dépression et d'anxiété. Cependant, les protocoles d'information active et de consentement parental passif et l'anonymat de l'étude COMPASS favorisent une auto-évaluation fiable⁸⁸. Il convient de rappeler que les mesures de dépression et d'anxiété ne sont pas liées à un diagnostic mais témoignent de la présence de symptômes de dépression et d'anxiété autodéclarés au sein d'importantes populations d'adolescents^{34,89,90}.

Certaines mesures utilisées dans les analyses pourraient constituer une limite à l'interprétation des résultats. La mesure binaire du genre, combinée aux directives données aux élèves de ne pas répondre aux questions auxquelles ils ne souhaitaient pas répondre, pourrait avoir entraîné l'exclusion des élèves qui s'identifient comme non conformes au genre ou non binaires, qui présentent un risque disproportionné de troubles alimentaires⁹¹. Les recherches futures devraient s'intéresser aux liens entre les intentions de contrôle du poids et la santé mentale au moyen de mesures plus complètes de l'identité de genre. Compte tenu des mesures utilisées et de l'échantillon d'élèves principalement

d'origine non racialisée, il nous a également été impossible d'examiner les effets par origine ethnique : d'autres études employant des analyses intersectionnelles dans ce domaine sont requises.

La mesure des intentions en matière de contrôle du poids n'ayant pas permis d'obtenir de distinction entre les tentatives de contrôle de la masse maigre et les tentatives de contrôle de la masse grasse, nos conclusions ne peuvent être interprétées qu'autour de l'intention de maintenir son poids ou de le transformer dans un sens ou dans l'autre. En outre, il convient de noter que, pour certains, l'intention de prendre du poids n'est pas nécessairement problématique, car les adolescents sont encore en pleine croissance.

En raison de la procédure d'échantillonnage de commodité de l'étude COMPASS, nos données ne sont pas représentatives à l'échelle nationale et nos résultats ne sont pas automatiquement généralisables à l'ensemble de la population adolescente du Canada. Toutefois, l'échantillonnage de commodité permet d'obtenir la taille d'échantillon souhaitable et suffisante pour détecter la présence d'une association significative le cas échéant⁸⁸. Pour contribuer à atténuer le risque de biais dans le cadre de notre analyse de cas complète, nous avons inclus dans une catégorie distincte les élèves dont l'IMC n'avait pas été déclaré, puisqu'il est prouvé que la majorité des données relatives au poids ne sont pas manquantes au hasard^{48,92}. Enfin, les données de cette étude sont transversales. Bien qu'on ne puisse établir une relation de causalité, nos conclusions comblent une lacune importante dans la littérature et peuvent servir à orienter les recherches visant à préciser la temporalité des liens entre les intentions en matière de contrôle du poids et la santé mentale ainsi que leurs mécanismes. Il serait possible d'y parvenir en utilisant les données de l'étude prospective COMPASS.

Conclusion

Nous avons pu associer l'intention de changer de poids et la santé mentale au sein d'un vaste échantillon d'adolescents et d'adolescentes au Canada. Chez les garçons comme chez les filles, l'intention de perdre de poids était associée à des symptômes de dépression et d'anxiété plus importants et à une moins bonne image de soi, tandis que l'intention de prendre du poids était associée à une santé mentale

moins bonne chez les filles que chez les garçons. Les filles et les garçons ayant l'intention de maintenir leur poids forment un groupe à part, ce qui justifie une étude approfondie sur les associations entre les comportements de maintien du poids et la santé mentale. D'autres recherches doivent être menées pour mieux comprendre l'expérience sexospécifique des intentions en matière de contrôle du poids et les stratégies susceptibles d'atténuer leur influence néfaste sur la santé mentale des adolescents.

Remerciements

L'étude COMPASS a reçu le soutien d'une subvention transitoire de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), grâce à l'attribution du financement prioritaire « Obesity-Interventions to Prevent or Treat » (Interventions pour prévenir ou traiter l'obésité) (OOP-110788; subvention accordée à STL), d'une subvention de fonctionnement de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC (MOP-114875; subvention accordée à STL), d'une subvention de projet des IRSC (PJT-148562; subvention accordée à STL), d'une subvention transitoire des IRSC (PJT-149092; subvention accordée à KP et STL), d'une subvention de projet des IRSC (PJT-159693; subvention accordée à KP) et d'un accord de financement de la recherche conclu avec Santé Canada (n° 1617-HQ-000012; contrat attribué à STL). Le projet COMPASS-Québec bénéficie également d'un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Les sources de financement n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, dans la rédaction du manuscrit ou dans la décision de soumettre l'article pour publication.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs et avis

ND, IR, AB et REL ont conçu l'étude et rédigé le manuscrit. IR a analysé et interprété les données. KAP a conceptualisé le module de santé mentale COMPASS, rédigé certaines parties du manuscrit et a effectué

une révision de contenu. STL a conceptualisé l'étude centrale COMPASS, dirigé l'acquisition des données et effectué une révision de contenu. Toutes les personnes ayant contribué de façon significative aux travaux décrits dans ce manuscrit ont été mentionnées ci-haut.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Voelker DK, Reel JJ, Greenleaf C. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther.* 2015;6:149-158. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S68344>
2. Cash TF, Phillips KA, Santos MT, Hrabosky JI. Measuring "negative body image": validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image.* 2004;1(4):363-372. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.10.001>
3. Cafri G, Yamamiya Y, Brannick M, Thompson JK. The influence of socio-cultural factors on body image: a meta-analysis. *Clin Psychol (New York).* 2005;12(4):421-433. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi053>
4. Butcher JN, Kendall PC. 'Introduction to childhood and adolescent psychopathology' in APA handbook of psychopathology: child and adolescent psychopathology. Washington (DC): American Psychological Association; 2018:3-14. <https://doi.org/10.1037/0000065-001>
5. Jones DC, Vigfusdottir TH, Lee Y. Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: an examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. *J Adolesc Res.* 2004;19(3):323-339. <https://doi.org/10.1177/0743558403258847>
6. Patten SB, Wang JL, Williams JV, Currie S, Beck CA, Maxwell CJ, El-Guebaly N. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry.* 2006;51(2):84-90. <https://doi.org/10.1177/070674370605100204>
7. Lijster JM, Dierckx B, Utens EM, et al. The age of onset of anxiety disorders. *Can J Psychiatry.* 2017;62(4):237-246. <https://doi.org/10.1177/0706743716640757>
8. Balantekin KN, Birch LL, Savage JS. Family, friend, and media factors are associated with patterns of weight-control behavior among adolescent girls. *Eat Weight Disord.* 2018;23(2):215-223. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0359-4>
9. Knauss C, Paxton SJ, Alsaker FD. Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image.* 2007;4(4):353-360. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.06.007>
10. Fitzsimmons-Craft EE, Harney MB, Koehler LG, Danzi LE, Riddell MK, Bardone-Cone AM. Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: the roles of social comparison and body surveillance. *Body Image.* 2012;9(1):43-49. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.002>
11. Mendes V, Araújo J, Lopes C, Ramos E. Determinants of weight loss dieting among adolescents: a longitudinal analysis. *J Adolesc Health.* 2014;54(3):360-363. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.003>
12. Lawler M, Nixon E. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *J Youth Adolesc.* 2011;40(1):59-71. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9500-2>
13. Roy M, Gauvin L. Associations between different forms of body dissatisfaction and the use of weight-related behaviors among a representative population-based sample of adolescents. *Eat Weight Disord.* 2013;18(1):61-73. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0007-1>
14. Raffoul A, Leatherdale ST, Kirkpatrick SI. Weight management, weight perceptions, and health-compromising behaviours among adolescent girls in the COMPASS Study. *J Prim Prevent.* 2018;39(4):345-360. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0512-0>
15. Johnson F, Wardle J. Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *J Abnorm Psychol.* 2005;114(1):119-125. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.119>
16. ter Bogt TF, van Dorsselaer SA, Monshouwer K, Verdurmen JE, Engels RC, Vollebergh WA. Body mass index and body weight perception as risk factors for internalizing and externalizing problem behavior among adolescents. *J Adolesc Health.* 2006;39(1):27-34. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.09.007>
17. Roberts RE, Duong HT. Perceived weight, not obesity, increases risk for major depression among adolescents. *J Psychiatr Res.* 2013;47:1110-1117. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.03.019>
18. Minor T, Ali MM, Rizo JA. Body weight and suicidal behavior in adolescent females: the role of self-perceptions. *J Ment Health Policy Econ.* 2016;19(1):21-31.
19. Cash TF, Green GK. Body weight and body image among college women: Perception, cognition, and affect. *J Pers Assess.* 1986;50(2):290-301. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5002_15
20. Whitaker A, Davies M, Shaffer D, et al. The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychol Med.* 1989;19(1):143-163. <https://doi.org/10.1017/S0033291700011107>
21. Vannucci A, Ohannessian CM. Body image dissatisfaction and anxiety trajectories during adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2018;47(5):785-795. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390755>
22. Abdollahi A, Abu Talib M, Reza Vakili Mobarakeh M, Momtaz V, Kaviani Mobarake R. Body-esteem mediates the relationship between self-esteem and social anxiety: The moderating roles of weight and gender. *Child Care Pract.* 2016;22(3):296-308. <https://doi.org/10.1080/13575279.2015.1054787>
23. Paxton SJ, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Eisenberg ME. Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2006;35(4):539-549. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_5

24. Duchesne AP, Dion J, Lalande D, et al. Body dissatisfaction and psychological distress in adolescents: Is self-esteem a mediator? *J Health Psychol.* 2017;22(12):1563-1569. <https://doi.org/10.1177/1359105316631196>
25. Morken IS, Røysamb E, Nilssen W, Karevold EB. Body dissatisfaction and depressive symptoms on the threshold to adolescence: examining gender differences in depressive symptoms and the impact of social support. *J Early Adolesc.* 2019;39(6):814-838. <https://doi.org/10.1177/0272431618791280>
26. Choi E, Choi I. The associations between body dissatisfaction, body figure, self-esteem, and depressed mood in adolescents in the United States and Korea: a moderated mediation analysis. *J Adolesc.* 2016;53:249-259. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.10.007>
27. Ajmal A. The impact of body image on self-esteem in adolescents. *CCPR.* 2019;1(1):44-54. <https://doi.org/10.32350/ccpr.11.04>
28. Perrin EM, Boone-Heinonen J, Field AE, Coyne-Beasley T, Gordon-Larsen P. Perception of overweight and self-esteem during adolescence. *Int J Eat Disord.* 2010;43(5):447-454. <https://doi.org/10.1002/eat.20710>
29. Campbell JD. Self-esteem and clarity of the self-concept. *J Pers Soc Psychol.* 1990;59(3):538-549. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.3.538>
30. Marsh HW, Shavelson R. Self-concept: its multifaceted, hierarchical structure. *Educ Psychol.* 1985;20(3):107-123. https://doi.org/10.1207/s15326985ep2003_1
31. Lawler JR, Lennings CJ. Adolescent self concept, family type and conflict: an empirical investigation. *Aust J Marriage Fam.* 1992;13(2):70-77. <https://doi.org/10.1080/1034652X.1992.11004448>
32. Vartanian LR, Hopkinson MM. Social connectedness, conformity, and internalization of societal standards of attractiveness. *Body Image.* 2010;7(1):86-89. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.10.001>
33. Strauman TJ, Glenberg AM. Self-concept and body-image disturbance: which self-beliefs predict body size overestimation? *Cognit Ther Res.* 1994;18(2):105-125. <https://doi.org/10.1007/BF02357219>
34. Patte KA, Bredin C, Henderson J, et al. Development of a mental health module for the COMPASS system: improving youth mental health trajectories. Part 1: Draft Development and Design. 2017; 4, 2. Waterloo, Ontario: University of Waterloo. En ligne à : <https://uwaterloo.ca/compass-system/development-mental-health-module-compass-system-improving>
35. Rice K, Prichard I, Tiggemann M, Slater A. Exposure to Barbie: effects on thin-ideal internalisation, body esteem, and body dissatisfaction among young girls. *Body Image.* 2016;19:142-149. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.09.005>
36. De Jesus AY, Ricciardelli LA, Frisén A, et al. Media internalization and conformity to traditional masculine norms in relation to body image concerns among men. *Eat Behav.* 2015;18:137-142. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.04.004>
37. Smolak L, Murnen SK, Thompson JK. Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. *Men Masc.* 2005;6(4):227-239. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.6.4.227>
38. McCabe MP, Ricciardelli LA, Banfield S. Body image, strategies to change muscles and weight, and puberty: do they impact on positive and negative affect among adolescent boys and girls? *Eat Behav.* 2001;2(2):129-149. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00025-3](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00025-3)
39. Ivarsson T, Svalander P, Litlere O, Nevonen L. Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eat Behav.* 2006;7(2):161-175. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.08.005>
40. Leatherdale ST, Brown KS, Carson V, et al. The COMPASS Study: A longitudinal hierarchical research platform for evaluating natural experiments related to changes in school-level programs, policies and built environment resources. *BMC Public Health.* 2014;14:331. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-331>
41. Löwe B, Decker O, Müller S, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care.* 2008;46(3):266-274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181616d093>
42. Mossman SA, Luft MJ, Schroeder HK, et al. The Generalized Anxiety Disorder 7-item scale in adolescents with generalized anxiety disorder: signal detection and validation. *Ann Clin Psychiatry.* 2017;29(4):227-234A.
43. Van Dam NT, Earleywine M. Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised (CESD-R): pragmatic depression assessment in the general population. *Psychiatry Res.* 2011;186(1):128-132. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.018>
44. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
45. Marsh HW. SDQ II manual: self description questionnaire - II. Campbelltown (NSW): University of Western Sydney; 1990.
46. Tremblay MS, Carson V, Chaput J-P. Introduction to the Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016;41(6):iii-iv. <https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0203>
47. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva (CH): World Health Organization; 2006.
48. Aceves-Martins M, Whitehead R, Inchley J, Giralt M, Currie C, Solà R. Self-reported weight and predictors of missing responses in youth. *Nutrition.* 2018;53:54-58. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2018.01.003>
49. Arbour-Nicitopoulos KP, Faulkner GE, Leatherdale ST. Learning from non-reported data: interpreting missing Body Mass Index values in young children. *Meas Phys Educ Exerc Sci.* 2010;14:241-251. <https://doi.org/10.1080/1091367X.2010.520243>

50. Wong S, Leatherdale ST, Manske S. Reliability and validity of a school-based physical activity questionnaire. *Med Sci Sports Exerc.* 2006;38:1593-1600. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000227539.58916.35>
51. Leatherdale ST, Laxer RE, Faulkner G. Reliability and validity of the physical activity and sedentary behaviour measures in the COMPASS study. COMPASS Technical Report Series. 2014;2(1). Waterloo (ON): University of Waterloo. En ligne à : <https://uwaterloo.ca/compass-system/publications/reliability-and-validity-physical-activity-and-sedentary>
52. Leatherdale ST, Laxer RE. Reliability and validity of the weight status and dietary intake measures in the COMPASS questionnaire: are the self-reported measures of body mass index (BMI) and Canada's Food Guide servings robust? *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10(1):42. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-42>
53. SAS Institute Inc. SAS® 9.4 Statements: Reference. Cary (NC): SAS Institute Inc; 2013.
54. Heatherton TF, Polivy J. Chronic dieting and eating disorders: a spiral model. In: Crowther JH, Tennenbaum DL, Hobfoll SE, Stephens MA (dir.). *The etiology of bulimia nervosa.* Milton Park (UK): Taylor and Francis; 2013. p. 149-172.
55. Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman J. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol.* 2007;62(3):220-233. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.220>
56. NIH Technology Assessment Conference Panel. Methods for voluntary weight loss and control. *Ann Intern Med.* 1992;116(11):942-949. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-116-11-942>
57. Aphramor L. Is a weight-centred health framework salutogenic? Some thoughts on unhinging certain dietary ideologies. *Soc Theory Health.* 2005;3(4):315-340. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700059>
58. Brown AW, Allison DB. Unintended consequences of obesity-targeted health policy. *Virtual Mentor.* 2013;15(4):339-346. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2013.15.4.pfor2-1304>
59. Ramos Salas X. The ineffectiveness and unintended consequences of the public health war on obesity. *Can J Public Health.* 2015;106(2):e79-81. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4757>
60. Byrne S, Niederdeppe J. Unintended consequences of obesity prevention messages. In: Cawley J, editor. *The Oxford handbook of the social science of obesity.* New York (NY): Oxford University Press; 2011.
61. Nutter S, Russell-Mayhew S, Alberga AS, et al. Positioning of weight bias: moving towards social justice. *J Obes.* 2016;2016:e3753650. <https://doi.org/10.1155/2016/3753650>
62. Bacon L, Aphramor L. Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutr J.* 2011;10(1):9. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-10-9>
63. McHugh MC, Kasardo AE. Anti-fat prejudice: the role of psychology in explication, education and eradication. *Sex Roles.* 2012;66(9-10):617-627. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0099-x>
64. Humphrey L, Clifford D, Morris MN. Health at every size college course reduces dieting behaviors and improves intuitive eating, body esteem, and anti-fat attitudes. *J Nutr Educ Behav.* 2015;47(4):354-360.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.01.008>
65. Polce-Lynch M, Myers BJ, Kliever W, Kilmartin C. Adolescent self-esteem and gender: Exploring relations to sexual harassment, body image, media influence, and emotional expression. *J Youth Adolesc.* 2001;30(2):225-244. <https://doi.org/10.1023/A:1010397809136>
66. Rosenblum GD, Lewis M. The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Dev.* 1999;70(1):50-64. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00005>
67. Jiménez Flores P, Jiménez Cruz A, Bacardi Gascón M. Body-image dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review. *Nutr Hosp.* 2017;34(2):479-489. <https://doi.org/10.20960/nh.455>
68. Pope H, Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession.* New York (NY): Simon and Schuster; 2000.
69. Frank R, Claumann GS, Felden ÉP, Silva DA, Pelegrini A. Body weight perception and body weight control behaviors in adolescents. *J Pediatr (Rio J).* 2018;94(1):40-47. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.03.008>
70. Cafri G, Strauss J, Thompson JK. Male body image: satisfaction and its relationship to well-being using the somatomorphic matrix. *Int J Mens Health.* 2002;1(2):215-231. <https://doi.org/10.3149/jmh.0102.215>
71. Cafri G, Thompson JK, Ricciardelli L, McCabe M, Smolak L, Yesalis C. Pursuit of the muscular ideal: physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(2):215-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.09.003>
72. Irving LM, Wall M, Neumark-Sztainer D, Story M. Steroid use among adolescents: findings from Project EAT. *J Adolesc Health.* 2002;30(4):243-252. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00414-1](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00414-1)
73. McCabe M, Ricciardelli L. A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence.* 2004;39(153):145-166.
74. Swarr AE, Richards MH. Longitudinal effects' pubertal development, perceptions of pubertal timing parental relations on eating problems. *Dev Psychol.* 1996;32:639-646. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.636>
75. Cohen JH, Kristal AR, Neumark-Sztainer D, Rock CL, Neuhouser ML. Psychological distress is associated with unhealthy dietary practices. *J Am Diet Assoc.* 2002;102(5):699-703. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90159-8](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90159-8)
76. Johnson F, Wardle J. Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *J Abnorm Psychol.* 2005;114(1):119-125. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.119>

77. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton (NJ): Princeton University Press; 2015.
78. Shavelson RJ, Hubner JJ, Stanton GC. Self-concept: validation of construct interpretations. *Rev Educ Res.* 1976; 46(3):407-441. <https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
79. Marsh HW, Shavelson R. Self-concept: its multifaceted, hierarchical structure. *Educ Psychol.* 1985;20(3):107-123. https://doi.org/10.1207/s15326985ep2003_1
80. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm (SE): Institute for Futures Studies; 1991.
81. Bauer G, Davies JK, Pelikan J. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promot Int.* 2006; 21(2):153-159. <https://doi.org/10.1093/heapro/dak002>
82. Karmali S, Ng V, Battram D, et al. Coaching and/or education intervention for parents with overweight/obesity and their children: study protocol of a single-centre randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2019;19(1): 345. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6640-5>
83. Stice E, Marti CN, Rohde P, Shaw H. Testing mediators hypothesized to account for the effects of a dissonance-based eating disorder prevention program over longer term follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(3):398-405. <https://doi.org/10.1037/a0023321>
84. Stice E, Rhode P, Shaw H, Marti CN. Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorder symptoms and unhealthy weight gain among female college students. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80(1):164-170. <https://doi.org/10.1037/a0026484>
85. Maes L, Lievens J. Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Soc Sci Med.* 2003;56(3): 517-529. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00052-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00052-7)
86. Currie C, Zanotti C, Morgan A, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe; 2011:271.
87. Borzekowski DL, Bayer AM. Body image and media use among adolescents. *Adolesc Med Clin.* 2005;16(2): 289-313. <https://doi.org/10.1016/j.admecli.2005.02.010>
88. Thompson-Haile A, Bredin C, Leatherdale ST. Rationale for using active-information passive-consent permission protocol in COMPASS. COMPASS Technical Report Series. 2013;1(6). Waterloo, Ontario: University of Waterloo. En ligne à : <https://uwaterloo.ca/compass-system/publications/rationale-using-active-information-passive-consent>
89. Tran TD, Kaligis F, Wiguna T, et al. Screening for depressive and anxiety disorders among adolescents in Indonesia: formal validation of the centre for epidemiologic studies depression scale — revised and the Kessler psychological distress scale. *J Affect Disord.* 2019;246:189-194. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.042>
90. Tiirikainen K, Haravuori H, Ranta K, Kaltiala-Heino R, Marttunen M. Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a large representative sample of Finnish adolescents. *Psychiatry Res.* 2019;272:30-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.004>
91. McClain Z, Peebles R. Body image and eating disorders among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Pediatr Clin North Am.* 2016;63(6): 1079-1090. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.008>
92. Pedersen AB, Mikkelsen EM, Cronin-Fenton D, et al. Missing data and multiple imputation in clinical epidemiological research. *Clin Epidemiol.* 2017;9:157-166. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S129785>

Recherche qualitative originale

Perception des enfants à l'égard d'un programme d'alimentation scolaire à approvisionnement centralisé dans le Sud-Ouest de l'Ontario (Canada)

Paige Colley, Ph. D. (1); Linda Miller, Ph. D. (1); Jamie A. Seabrook, Ph. D. (1,2); Sarah J. Woodruff, Ph. D. (3); Jason Gilliland, Ph. D. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Cette étude qualitative s'intéresse à la perception qu'ont les enfants de l'influence d'un programme d'alimentation scolaire à approvisionnement centralisé sur leurs comportements alimentaires et à leurs recommandations sur la manière d'améliorer le programme.

Méthodologie. Les observations de 208 élèves de 9 à 14 ans (de la 5^e à la 8^e année) provenant de 21 écoles primaires ont été recueillies au moyen de groupes de discussion en 2017 et 2018. L'intervention la plus importante a consisté en un programme de dix semaines proposant des collations quotidiennes (fruits, légumes, aliments à grains entiers, produits laitiers, substituts de viande) à des élèves d'écoles primaires du Sud-Ouest de l'Ontario (Canada).

Résultats. Dans l'ensemble, les participants ont eu une perception positive du programme. Ils ont constaté un apaisement de leur faim, une augmentation de leur niveau d'énergie et une amélioration de leur alimentation. De nombreux enfants ont estimé que le programme avait modifié leurs habitudes alimentaires à la maison et pas simplement à l'école, car il les avait notamment amenés à accroître leur consommation de fruits et de légumes. De plus, le programme de collations a permis aux enfants d'essayer des aliments sains.

Conclusion. La plupart des participants ont estimé que le programme s'avérait bénéfique pour favoriser une alimentation saine. Les participants ont recommandé d'ajouter des activités éducatives, de diversifier les aliments offerts et d'accroître la participation des enfants à la sélection et à la préparation des aliments.

Mots-clés : *alimentation, santé des enfants, programme d'alimentation, comportement alimentaire, école primaire*

Introduction

Les professionnels de la santé publique sont de plus en plus préoccupés par la qualité de l'alimentation des enfants¹. En effet, seulement 10 % des enfants canadiens de 6 à 12 ans consomment 5 portions de fruits et de légumes ou plus par

jour². La consommation régulière – et excessive – d'aliments qui manquent de nutriments essentiels est associée à des conséquences néfastes pour la santé³. Les taux d'obésité ont atteint des proportions épidémiques, près d'un tiers des enfants canadiens étant en surpoids ou obèses⁴. L'obésité peut entraîner des complications

de santé à très long terme, notamment le diabète de type 2, des maladies cardiovasculaires et des problèmes psychosociaux⁵. Ces tendances révèlent un problème de santé important qui mérite une attention immédiate, car les habitudes alimentaires

Points saillants

- Un programme d'alimentation scolaire à approvisionnement centralisé proposant des collations quotidiennes (fruits, légumes, aliments à grains entiers, produits laitiers, substituts de viande) constitue un moyen prometteur d'améliorer l'alimentation des enfants.
- Les élèves des écoles primaires ayant participé à un programme de ce type dans le Sud-Ouest de l'Ontario (Canada) ont mentionné que, grâce au programme, ils mangeaient plus de fruits et de légumes, ils étaient prêts à essayer de nouveaux aliments, ils avaient amélioré leurs habitudes alimentaires à l'école et à la maison et ils se sentaient généralement en bonne santé et bien dans leur peau.
- Les enfants ayant participé au programme d'alimentation scolaire ont formulé des recommandations utiles visant à améliorer ce dernier, comme ajouter des initiatives éducatives, offrir une plus grande variété d'aliments sains et accroître la fréquence à laquelle ces aliments sont offerts.

Rattachement des auteurs :

1. Université Western, London (Ontario), Canada
2. Collège universitaire Brescia, London (Ontario), Canada
3. Université de Windsor, Windsor (Ontario), Canada

Correspondance : Jason Gilliland, Social Science Centre, salle 2333, Université Western, 1151, rue Richmond, London (Ontario) N6A 3K7; tél. : 519-661-2111, poste 81239; courriel : jgillila@uwo.ca

caractérisées par une faible qualité nutritionnelle adoptées pendant l'enfance persistent souvent à l'âge adulte⁶.

On sait que les programmes d'alimentation scolaires sont un moyen efficace de favoriser une alimentation saine^{7,8}. Une revue systématique récente a révélé que les initiatives d'approvisionnement alimentaire à volets multiples menées dans les écoles primaires canadiennes avaient une influence positive sur la consommation d'aliments à forte densité nutritionnelle par les enfants⁹. La mise en œuvre de programmes d'alimentation scolaires donne probablement de meilleurs résultats dans les écoles primaires que dans les écoles secondaires, étant donné qu'on ne vend généralement pas ou peu d'aliments dans les écoles primaires et que les restrictions concernant les repas pris en dehors de celles-ci sont plus importantes.

Bien que les programmes d'alimentation scolaires puissent avoir des effets positifs sur la santé, les études expérimentales qui s'intéressent spécifiquement aux programmes alimentaires dans les écoles primaires au Canada sont peu nombreuses⁹. À notre connaissance, une seule étude qualitative a été menée à l'échelle nationale sur les perceptions et les expériences des enfants associés aux programmes alimentaires dans les écoles primaires¹⁰. Il est donc grand temps et essentiel de solliciter les points de vue et les opinions des enfants visés par ces initiatives.

Cette étude a pour but d'évaluer la perception qu'ont les enfants du nouveau programme d'alimentation scolaire à approvisionnement centralisé (CPSFP, de l'anglais *Centrally Procured School Food Program*) du Programme ontarien d'alimentation saine pour les élèves (POASE). Le CPSFP a fait l'objet d'un projet pilote dans 30 écoles primaires du Sud-Ouest de l'Ontario en 2017 et 2018. Il s'agit d'une étude qualitative qui relève d'une évaluation élargie du programme.

Le POASE offre un réseau de financement et de soutien aux écoles primaires de la province pour permettre de fournir des déjeuners, des collations ou des repas nutritifs aux élèves. Le financement du programme est assuré par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse du gouvernement de l'Ontario, et il est alloué à 15 organismes à l'échelle de la province. Dans la région du Sud-Ouest, ce sont les

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada qui sont responsables du POASE.

Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada ont mis en œuvre le CPSFP dans le Sud-Ouest de l'Ontario afin d'améliorer la qualité nutritionnelle des aliments offerts dans le cadre des programmes d'alimentation scolaires déjà en place et d'établir des stratégies d'approvisionnement alimentaire local. Après l'évaluation du projet pilote réalisée en 2017 et 2018, le CPSFP est devenu l'un des plus importants programmes d'alimentation scolaires gratuits au Canada, fournissant principalement des aliments d'origine locale.

Les écoles primaires participantes reçoivent chaque semaine des livraisons de fruits et de légumes frais, de produits laitiers, d'aliments à grains entiers et de substituts de viande pour nourrir quotidiennement des milliers d'élèves. Grâce à un menu approuvé par une diététicienne, le CPSFP offre des collations riches en nutriments et conformes aux lignes directrices nutritionnelles proposées par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse¹¹. Cette initiative en milieu scolaire intègre également des stratégies d'approvisionnement alimentaire centralisé qui visent à obtenir une grande proportion d'aliments auprès d'agriculteurs locaux (au moins 20 %) dans le cadre du programme.

Cette étude contribue à enrichir la littérature canadienne sur l'alimentation scolaire en évaluant la perception et les suggestions des enfants à l'égard du CPSFP. Elle a comme objectif d'évaluer (1) la perception qu'ont les enfants des influences du CPSFP sur leur alimentation et leurs comportements alimentaires et (2) les facteurs qui contribuent ou nuisent au succès du programme ainsi que fournir des recommandations pour l'élaboration de programmes futurs.

Méthodologie

Cette étude est fondée sur une méthodologie de recherche centrée sur l'enfant et guidée par une position épistémologique selon laquelle la recherche se fait *avec* les enfants plutôt que *sur* les enfants¹². L'approche adoptée fait donc appel à des méthodes qualitatives selon lesquelles on donne la place aux points de vue et aux expériences des enfants plutôt que de supposer que les adultes chargés de l'administration du programme peuvent parler

au nom des enfants¹³. Les processus de collecte et d'analyse des données ont été favorisés par la formation pédagogique de l'animatrice et son expérience avec les enfants, conduisant à l'établissement d'un dialogue marqué par l'ouverture et le respect. Nous avons tenu des groupes de discussion pour créer un dialogue ouvert et constructif entre les enfants participants et ainsi recueillir leurs perceptions et leurs suggestions à l'égard du programme alimentaire.

L'étude a intégré des groupes de discussion dans les écoles primaires participant au CPSFP sous la forme d'une intervention sur 10 semaines. L'approbation éthique a été accordée par le comité d'éthique de la recherche non médicale de l'Université Western (n° NMREB 108549). Les deux conseils scolaires anglophones de la région financés par des fonds publics et les directeurs de 30 écoles primaires ont approuvé l'étude.

Bien que le CPSFP ait été offert à tous les enfants de la maternelle à la 8^e année, cette étude d'évaluation ne vise que les enfants de la 5^e à la 8^e année. L'examen d'enquêtes et de groupes de discussion a révélé qu'à cet âge, les enfants sont capables d'exprimer efficacement leurs points de vue et leurs recommandations pour améliorer leur situation à l'école et en dehors de celle-ci^{14,15}. L'équipe de recherche a offert des présentations en classe dans chaque école aux enfants de la 5^e à la 8^e année afin d'expliquer le processus de recherche et de répondre à leurs questions. À la suite de ces présentations, une lettre d'information et des formulaires de consentement du parent ou du tuteur et d'assentiment de l'enfant ont été envoyés à la maison (l'école avait déjà informé les parents et les tuteurs du CPSFP). Le formulaire de consentement devait être signé par le parent ou le tuteur et le formulaire d'assentiment devait être signé par l'enfant pour permettre la participation à l'étude élargie, qui comprenait des enquêtes auprès des parents ou tuteurs, des enquêtes auprès des enfants avant et après la mise en œuvre du programme, des observations directes pendant les heures de collation ainsi que des groupes de discussion avec les enfants, le personnel des écoles, les coordonnateurs du programme et les fournisseurs d'aliments.

Dans cet article, nous examinons les données provenant des groupes de discussion qui ont eu lieu avec les enfants. Le

consentement du parent ou du tuteur et l'assentiment de l'enfant ont permis l'enregistrement sonore de toutes les discussions tenues dans les groupes de discussion et leur transcription mot à mot. Les participants ont été informés que des citations directes anonymisées pourraient être utilisées dans le cadre de l'étude.

Nous avons utilisé une stratégie d'échantillonnage aléatoire par grappes pour inviter les 30 écoles participant à l'évaluation sur 10 semaines du CPSFP à participer aux groupes de discussion. Sur les 30 écoles, 21 ont accepté de prendre part aux groupes de discussion de suivi. Tous les enfants de la 5^e à la 8^e année (âgés de 9 à 14 ans) ont été invités à participer (soit 3 432 élèves) et 647 d'entre eux ont reçu le consentement de leur parent ou tuteur. À partir d'une liste d'élèves ayant le consentement de leur parent ou tuteur, les directeurs d'école ont sélectionné de 4 à 12 enfants par école au moyen d'une approche de sélection par numéro aléatoire, ce qui a permis d'obtenir un échantillon de 208 enfants ayant fourni leur assentiment et qui ont participé aux groupes de discussion. Nous avons formé 38 groupes de discussion, chacun composé de 4 à 6 enfants, et ce, dans 21 écoles, pour les années scolaires 2017 et 2018.

Les caractéristiques sociodémographiques des participants aux groupes de discussion de l'étude qualitative ont été recueillies à partir d'enquêtes menées auprès des jeunes et de leurs parents ou tuteurs dans le cadre de l'évaluation élargie du CPSFP.

Chaque groupe de discussion a été animé par une étudiante au doctorat dûment formée, avec le soutien d'une assistante de recherche pour la prise de notes et l'enregistrement sonore des discussions. Des membres d'une équipe interdisciplinaire composée de chercheurs et d'éducateurs spécialisés dans la santé des enfants ont élaboré un guide d'entretien semi-structuré (disponible sur demande auprès des auteurs).

Les questions posées par l'animatrice dans le cadre des groupes de discussion ont favorisé les échanges entre les enfants sur leur perception du CPSFP, en particulier sur les effets observés sur leur alimentation. Les groupes de discussion ont duré entre 20 et 60 minutes (30 minutes pour la plupart). Ils ont eu lieu dans la salle de ressources, la bibliothèque, une salle de classe ou le gymnase de l'école. Tous les

groupes de discussion se sont déroulés en anglais et ils ont été enregistrés puis transcrits mot à mot, avec double vérification de la transcription.

Nous avons effectué une analyse thématique pour relever les tendances dans les données. Nous avons eu recours à une méthode de codage inductive pour analyser les réponses des participants et formuler des conclusions de portée plus générale. Des codeurs ont suivi de manière indépendante le processus systématique d'analyse thématique de Braun et Clarke, qui consistait à se familiariser avec les données, à générer des codes initiaux, à rechercher, schématiser et définir des thèmes et à produire une analyse finale¹⁶. Nous avons utilisé la version 12 du logiciel d'analyse des données qualitatives NVivo (QSR International Pty Ltd., Melbourne, Australie) pour organiser et analyser les transcriptions de chaque école.

Plusieurs protocoles ont été intégrés pour s'assurer que l'analyse demeure rigoureuse. L'animatrice des groupes de discussion a créé les codes initiaux pour veiller à ce que le contenu important reflète avec exactitude ce qui avait été observé et entendu au sein des groupes de discussion. Une codeuse secondaire – soit une assistante de recherche externe qui n'avait pas participé à l'élaboration des groupes de discussion et qui n'était pas présente à ceux-ci – a effectué un examen indépendant du code secondaire des données afin d'atténuer tout biais interne.

Les deux chercheuses, qui ont travaillé indépendamment, ont décelé un degré élevé de similarité entre les codes généraux. Dans le cas des codes manquants ou contradictoires, des discussions ont eu lieu avec le chercheur principal jusqu'à l'obtention d'un consensus. La réflexivité critique a été intégrée dans l'analyse, dans la mesure où on a tenu compte de la manière dont les hypothèses, les valeurs et les actions personnelles ont pu influencer l'interprétation des données. L'un des objectifs de l'étude était de respecter les principes centrés sur l'enfant et de réellement présenter l'analyse en fonction des points de vue et des idéologies des enfants.

Résultats

Au total, 208 élèves ont participé aux groupes de discussion, ce qui a permis d'obtenir suffisamment de données pour atteindre la saturation. L'âge moyen (écart-type) des

participants était de 11,2 ans (1,2) et 64,4 % se sont déclarés de sexe féminin. La plupart des participants (75 %) résidaient dans de petites villes ou en milieu rural. Le revenu médian des ménages se situait entre 80 000 et 89 999 dollars. Les thèmes qui ont émergé au cours du processus d'analyse des données ont été organisés en deux domaines clés : la perception qu'ont les enfants des influences du CPSFP sur leurs comportements alimentaires et les recommandations visant à améliorer le CPSFP (voir le tableau 1).

Influences perçues du programme d'alimentation scolaire à approvisionnement centralisé sur les comportements alimentaires des enfants

Le CPSFP a été bien accueilli par la plupart des enfants. Dans l'ensemble, leur perception du programme et de son influence sur leur alimentation était positive.

« Je crois que ça permet à beaucoup d'élèves de ne pas avoir faim. » (fille, 7^e année)

« Ça nous donne du carburant pour le reste de la journée, le programme de collations, parce qu'il offre tout ce qu'il faut pour nous donner de l'énergie. » (garçon, 6^e année)

« [Le programme] [...] permet aux enfants de bien manger. » (garçon, 6^e année)

De nombreux participants ont décrit la manière dont le programme a permis d'apaiser leur faim, leur a donné de l'énergie et a encouragé l'adoption de bonnes habitudes alimentaires durant le temps passé à l'école.

De nombreux enfants ont affirmé qu'ils avaient faim le matin avant de consommer les aliments offerts par le CPSFP. Cette sensation de faim était souvent attribuable au fait qu'ils n'avaient pas déjeuné avant le début de leur journée d'école.

« Certaines personnes n'ont genre pas le temps de déjeuner le matin, alors c'est bien de pouvoir manger quelque chose à l'école. » (fille, 8^e année)

Presque tous les participants souhaitaient que les collations du programme leur soient

TABEAU 1
Principaux domaines et thèmes découlant de l'analyse
des données des groupes de discussion

Influences perçues du CPSFP sur les comportements alimentaires des enfants	Recommandations visant à améliorer le CPSFP
<ul style="list-style-type: none"> • Favorise une bonne alimentation • Fournit de l'énergie • Apaise la faim • A des effets positifs sur les habitudes alimentaires à l'école et à la maison • Fait augmenter la consommation de fruits et de légumes • Réduit la consommation de collations malsaines • Fait naître la volonté d'essayer différents aliments 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajouter des ustensiles et des outils • Diviser les aliments en portions • Améliorer la salubrité et l'hygiène alimentaires • Ajouter des initiatives éducatives • Demander aux élèves leurs préférences alimentaires • Accroître la participation des enfants à la préparation des aliments • Diversifier l'offre alimentaire

Abréviation : CPSFP, programme d'alimentation scolaire à approvisionnement centralisé.

servies plusieurs fois au cours de la journée afin de combler leur faim.

« J'aimerais qu'il [le programme de collations] soit offert toute la journée pour ne pas avoir faim. » (fille, 7^e année)

Des participants ont fait remarquer que les collations étaient consommées rapidement, en grande partie ou en totalité. La quantité de nourriture consommée dépendait souvent de l'aliment, des préférences pour certains aliments et du niveau de faim général.

« Il n'en reste presque plus [de nourriture]. » (garçon, 8^e année)

« Parfois, ils mettent genre tous les aliments préférés et ça disparaît très vite. » (garçon, 5^e année)

La plupart des participants ont indiqué souhaiter avoir davantage de collations, en particulier de collations d'aliments qu'ils aimaient.

De nombreux enfants étaient d'avis que le programme avait influencé positivement leurs habitudes alimentaires à l'école et à la maison. Ils ont dit manger plus de fruits et de légumes, et avoir réduit leur consommation de collations malsaines depuis leur participation au programme.

« J'ai commencé à préparer mon lunch très différemment. Souvent, je n'ai pas de malbouffe dans mon lunch, et je mange plus de fruits et de légumes. » (garçon, 5^e année)

Quelques participants ont toutefois mentionné que le programme n'avait pas modifié leurs habitudes alimentaires, car ils estimaient avoir déjà une alimentation saine.

De nombreux enfants ont mentionné que le programme les a encouragés à essayer des aliments qu'ils n'avaient jamais mangés auparavant.

« Le programme de collations offre beaucoup d'aliments différents que je n'ai jamais mangés auparavant, alors ça m'a encouragée à manger des aliments différents. » (fille, 6^e année)

« Si j'essaie quelque chose à l'école et que j'aime vraiment ça, je vais vouloir en manger à la maison; mes parents vont m'en acheter pour que je puisse en manger. » (fille, 8^e année)

Les enfants ont constaté que l'accès à des aliments sains et l'expérience de consommer ces aliments pourrait avoir influencé leur volonté de goûter une plus grande variété d'aliments. Ils ont aussi remarqué avoir une influence sur les habitudes d'achat de leurs parents ou tuteurs depuis leur participation au programme.

Recommandations visant à améliorer le programme d'alimentation scolaire à approvisionnement centralisé

Un thème central lié aux mesures de mise en œuvre du programme a émergé. En effet, les enfants ont recommandé d'ajouter des ustensiles pour faciliter la consommation des aliments fournis, des glacières

ou des blocs réfrigérants pour garder la nourriture au froid et des contenants pour diviser les aliments en portions. Par exemple :

« Ils devraient [...] mettre le même nombre de grammes dans chaque tasse. » (garçon, 5^e année)

Il a été suggéré à bon nombre d'occasions de diviser les aliments en portions recommandées.

Certains participants ont exprimé des inquiétudes au sujet des pratiques de salubrité et d'hygiène alimentaires ou de la contamination possible par d'autres enfants ayant touché aux aliments.

« Parfois, des élèves ne mangent pas certains aliments parce que, genre, d'autres élèves y ont touché avec leurs mains sales. » (fille, 6^e année)

Quelques participants ont suggéré de fournir du désinfectant pour les mains, des gants ou des pinces de cuisine, ou encore d'encourager les enfants à se laver les mains.

Des participants ont recommandé de mettre en place d'autres initiatives éducatives, telles que la diffusion de messages et d'annonces sur l'alimentation saine, des cours de cuisine, des sorties scolaires, des jardins à l'école et des jeux, afin d'accroître leurs connaissances et leur motivation à maintenir une alimentation saine. Par exemple :

« Si l'école sert à se préparer à la vie, un cours de cuisine devrait être offert. On ne peut pas manger dans des restaurants rapides toute sa vie. » (garçon, 8^e année)

« On devrait faire une sortie pour en apprendre plus sur l'agriculture. » (fille, 8^e année)

« Je pense qu'on devrait faire [...] un défi de 7 jours pour voir quelle classe va manger le plus de légumes. » (garçon, 8^e année)

« On devrait avoir quelque chose comme un "mercredi melon d'eau". » (garçon, 8^e année)

Si la plupart des participants ont aimé les aliments proposés dans le cadre du CPSFP,

certaines enfants ont affirmé vouloir participer à la sélection des aliments. Par exemple, des enfants ont recommandé de mener une enquête dans chaque école pour s'informer des préférences alimentaires des enfants.

« J'ai pensé qu'on pourrait peut-être faire un genre d'enquête pour voir quel genre de nourriture les gens aiment. » (fille, 5^e année)

Les enfants ont préconisé la collecte de commentaires sur les aliments fournis et la disponibilité subséquente des aliments préférés en plus grandes quantités, notamment pour réduire le gaspillage alimentaire. En outre, certains participants ont proposé d'ajouter de nouveaux aliments (des produits à base de viande, un buffet à salades, des fruits tropicaux ou exotiques et des trempettes pour rehausser la saveur).

Les livraisons hebdomadaires d'aliments ont été préparées le plus souvent par des membres du personnel de l'école, des parents bénévoles et, dans certains cas, par des enfants. Certains participants souhaitaient participer davantage à la préparation et à la livraison des collations.

« Ils devraient prendre cinq ou six élèves pour les aider à préparer, genre, ce qu'il faut avoir pour le lendemain. » (fille, 6^e année)

Beaucoup étaient conscients du temps et du travail nécessaires pour maintenir le programme de collations et plusieurs participants ont désiré mettre la main à la pâte.

Analyse

Cette étude a fait appel à des groupes de discussion pour examiner la perception qu'ont les enfants des influences du CPSFP sur leurs comportements alimentaires. Les recherches actuelles sur les programmes alimentaires dans les écoles primaires au Canada sont peu nombreuses^{8,9}. Une seule étude, qualitative, a reconnu l'importance que peut avoir le Programme de distribution de fruits et de légumes dans le Nord de l'Ontario pour favoriser la consommation de fruits et de légumes chez les enfants économiquement défavorisés¹⁰. L'évaluation du CPSFP a donné des résultats similaires, sauf que les participants de toutes les écoles ont de plus

fait état d'effets positifs sur l'alimentation indépendamment du statut socioéconomique du ménage. Le CPSFP a été offert à tous les enfants des écoles participantes dans le but d'améliorer l'alimentation des enfants à l'échelle de la région.

Selon les résultats de notre analyse qualitative, de nombreux enfants estiment que le CPSFP a influencé positivement leurs habitudes alimentaires et soulagé leur faim. Plusieurs participants ont indiqué qu'ils ne déjeunaient pas avant d'aller à l'école. Une étude récente a révélé qu'en moyenne, un enfant canadien sur dix ne déjeune pas tous les jours¹⁷. Il est crucial de prendre un repas nutritif le matin pour faire le plein de nutriments essentiels nécessaires au maintien des niveaux d'énergie tout au long de la journée¹⁷. Les participants étaient d'avis que les collations du matin amélioraient leur alimentation, apaisaient leur faim et augmentaient leur niveau d'énergie. Des recherches antérieures ont montré les avantages des programmes d'alimentation scolaires comme moyen efficace de lutter contre la faim¹⁸.

Une conclusion importante des groupes de discussion est que les enfants estimaient que le CPSFP avait changé leurs habitudes alimentaires à l'école et à la maison. En effet, le CPSFP a incité les enfants à goûter et à manger plus de fruits et de légumes, de sorte que certains d'entre eux ont jugé avoir réduit leur consommation de collations malsaines. Des études expérimentales antérieures portant sur des programmes d'alimentation scolaires ont également démontré une augmentation de la consommation de fruits et de légumes chez les enfants^{19,20}. Parfois, l'amélioration des habitudes alimentaires s'est répercutée à la maison, certains enfants persuadant leurs parents d'acheter les aliments sains qu'ils consommaient dans le cadre du programme d'alimentation scolaire. De récentes évaluations expérimentales de programmes d'alimentation scolaires mis en œuvre au Canada ont abouti à des conclusions similaires⁹. Les programmes d'alimentation scolaires ont augmenté la préférence des enfants pour les aliments à haute valeur nutritive, tels que les fruits et les légumes^{21,22}, en plus de leur permettre d'améliorer leurs comportements et d'accroître leur volonté d'essayer divers aliments^{8,23,24}.

Notre étude qualitative offre des données très éclairantes sur le plan contextuel, qui

permettent d'approfondir notre compréhension des effets alimentaires positifs associés aux programmes d'alimentation scolaires. Compte tenu des avantages nutritionnels mis en évidence par cette évaluation et des connaissances dont nous disposons sur les programmes d'alimentation scolaires^{9,21}, le CPSFP pourrait constituer un modèle de programme universel d'alimentation scolaire au Canada.

Les conclusions découlant des groupes de discussion ont fait ressortir plusieurs facteurs pouvant contribuer ou nuire au succès du programme ainsi que diverses recommandations pour l'élaboration de programmes futurs. Dans bien des cas, les participants ont soulevé les difficultés liées à la mise en œuvre du programme de collations. Certaines de ces difficultés seraient attribuables à un manque de ressources et de systèmes de soutien (par exemple financiers ou humains) pour assurer une mise en œuvre efficace du programme. Des études d'évaluation des processus portant sur des programmes d'alimentation scolaires ont révélé des problèmes similaires²⁵⁻²⁷ et recommandent d'établir des lignes directrices pour assurer leur mise en œuvre efficace²⁷⁻²⁹. Les politiques d'alimentation scolaires pourraient offrir un cadre global aux écoles pour planifier et mettre en œuvre des pratiques alimentaires, en particulier l'intégration de programmes d'alimentation, qui tiennent compte des lignes directrices actuelles en matière d'alimentation³⁰.

Les participants à l'étude souhaitaient participer davantage à la sélection des aliments dans le cadre du programme. On sait que l'accroissement de l'autonomie par la sélection et la préparation des aliments améliore les préférences et augmente la volonté d'essayer des aliments³⁰. Des enfants ont suggéré d'intégrer au programme des initiatives éducatives, telles que des thèmes, des jeux et un processus d'apprentissage par l'expérience liés à l'alimentation. On sait que les initiatives à volets multiples associant l'approvisionnement alimentaire à l'éducation améliorent efficacement l'alimentation des enfants^{9,31}. Il a d'ailleurs été démontré que les programmes d'apprentissage par l'expérience (p. ex. jardins scolaires, activités de cuisine et de préparation d'aliments) constituent la stratégie la plus efficace pour encourager la consommation de fruits et de légumes et améliorer les connaissances sur l'alimentation³².

Points forts et limites

Les renseignements échangés entre les participants dans le cadre des groupes de discussion peuvent avoir été influencés par les pairs. Les groupes de discussion ont été menés dans des écoles primaires par des étudiants-chercheurs universitaires, ce qui a naturellement créé un déséquilibre de pouvoir entre les enfants et l'animatrice. Cette dynamique relationnelle a pu avoir une incidence sur l'information que les participants ont choisi de divulguer, mais on a tenté de réduire au minimum tout biais potentiel de désirabilité sociale en évitant les questions suggestives.

Bien que la sélection des élèves pour les groupes de discussion ait été effectuée aléatoirement par les directeurs d'école, il se peut que les enfants nourrissant un intérêt plus marqué pour le CPSFP aient été surreprésentés dans le groupe d'élèves ayant accepté de participer. En outre, les résultats de l'étude pourraient dépendre du contexte géographique et des caractéristiques sociodémographiques des participants. Dans le cadre de recherches futures, il serait utile d'étudier ces facteurs en relation avec les programmes d'alimentation scolaires.

La population cible de l'étude était constituée d'élèves d'écoles primaires. Leur capacité à formuler des recommandations pragmatiques visant à améliorer le programme pourrait être limitée. Néanmoins, les enfants sont les principaux bénéficiaires du programme et offrent une importante source de renseignements sur les effets du programme et les possibilités de l'améliorer.

Les résultats de l'étude fournissent de précieuses données, applicables et utiles à divers programmes d'alimentation au Canada.

Conclusion

Le CPSFP offre une approche prometteuse pour améliorer l'alimentation dans les écoles primaires. Ce programme propose des collations saines, principalement d'origine locale, qui ont été accueillies favorablement par la plupart des participants. Il a permis d'accroître la consommation de fruits et de légumes des participants ainsi que leur volonté d'essayer de nouveaux aliments, ainsi que d'améliorer leurs habitudes alimentaires et de faire en

sorte qu'ils se sentent généralement plus en santé et mieux dans leur peau. Les enfants ayant participé au programme ont formulé des recommandations utiles visant à améliorer ce dernier, comme intégrer des initiatives éducatives, accroître la fréquence à laquelle les collations sont offertes et diversifier les aliments proposés.

Notre étude d'évaluation qualitative offre des résultats féconds et fondés sur des données probantes, au service de l'élaboration et du maintien de programmes d'alimentation au niveau régional ou plus largement. Des études supplémentaires sur les pratiques d'approvisionnement alimentaire centralisé utilisées dans d'autres contextes et régions du Canada permettront de déterminer dans quelle mesure ces pratiques sont aptes à soulager la faim des enfants, à accroître leur niveau d'énergie et à améliorer leur alimentation. Notre étude contribue également à l'élaboration de politiques alimentaires globales permettant d'élargir l'accessibilité à des pratiques d'approvisionnement alimentaire centralisé dans les écoles primaires du Canada.

Remerciements

Les auteurs remercient les élèves et les familles qui ont participé à l'étude, ainsi que les enseignants et les directeurs qui en ont facilité la mise en œuvre dans leurs écoles. Les auteurs remercient également leurs collaborateurs du Collège universitaire Brescia, Danielle Battram, Paula Dworatzek et Colleen O'Connor, pour leur contribution à la mise sur pied du projet, ainsi que les nombreux assistants de recherche et bénévoles du laboratoire d'analyse des environnements humains de l'Université Western qui ont contribué à la collecte et à la saisie des données. Ils sont particulièrement reconnaissants de l'apport de leurs partenaires communautaires du Programme ontarien d'alimentation saine pour les élèves (POASE) dans la région du Sud-Ouest, en particulier Stephanie Segave, qui leur ont permis d'évaluer le programme d'alimentation scolaire à approvisionnement centralisé.

L'étude a été financée par le programme de subventions pour les projets d'innovations alimentaires 2016 de George Weston Limitée et Les Compagnies Loblaw Limitée. De plus, le Children's Health Research Institute (en 2016-2017), le gouvernement de l'Ontario (en 2018-2019) et l'Université Western (de 2016 à 2020) ont accordé des

fonds aux étudiants diplômés. Les bailleurs de fonds n'ont toutefois contribué d'aucune manière à la conception de l'étude, à la collecte et à l'analyse des données et à la rédaction ou à la publication.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Contribution des auteurs et avis

PC a contribué à la méthodologie et était responsable de l'enquête (groupes de discussion), de la conservation des données, de l'analyse formelle et de la rédaction (rédaction de l'ébauche, relecture et révision). JAS a contribué à la méthodologie, à l'acquisition de financement pour la recherche, à la supervision et à la rédaction (relecture et révision). SW a contribué à la méthodologie, à l'acquisition de financement pour la recherche et à la rédaction (relecture et révision). LM a contribué à la rédaction (relecture et révision). JG était responsable de la conceptualisation de l'étude, de la méthodologie, de l'acquisition de financement pour la recherche, de la supervision, de l'administration du projet et de la rédaction (relecture et révision).

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Santé Canada. Les enfants canadiens comblent-ils leurs besoins en nutriments uniquement grâce à l'alimentation? [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2012 [consultation le 11 septembre 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escs/enfants-canadiens-comblent-leur-besoins-nutriments-uniquement-grace-alimentation-sante-canada-2012.html>
2. Minaker L, Hammond D. Low frequency of fruit and vegetable consumption among Canadian youth: findings from the 2012/2013 youth smoking survey. *J Sch Health*. 2016; 86(2):135-142. <https://doi.org/10.1111/josh.12359>

3. Kearney J. Food consumption trends and drivers. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2010;365(1554):2793-2807. <https://doi.org/10.1098/rstb.2010.0149>
4. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Morrison K, et al. Prevention of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open.* 2015;3(1):E23-33. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20140053>
5. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation.* 2005;111(15):1999-2012. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000161369.71722.10>
6. Winpenny EM, Penney TL, Corder K, White M, van Sluijs EM. Change in diet in the period from adolescent to early adulthood: a systematic scoping review of longitudinal studies. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14:60. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0518-7>
7. Fung C, Kuhle S, Lu C, et al. From “best practice” to “next practice”: the effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012;9(1):27. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-27>
8. He M, Beynon C, Sangster Bouck M, et al. Impact evaluation of the Northern Fruit and Vegetable Pilot Programme – a cluster-randomised controlled trial. *Public Health Nutr.* 2009;12(11):2199-2208. <https://doi.org/10.1017/S1368980009005801>
9. Colley P, Meyer B, Seabrook J, Gilliland J. The impact of Canadian school nutrition programs on children’s nutritional knowledge, dietary behaviors, and food intake: a systematic review. *Can J Diet Pract Res.* 2019;80(2):79-86. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2018-037>
10. He M, Beynon CE, Gritke JL, et al. Children’s perceptions of the Northern Fruit and Vegetable Program in Ontario, Canada. *J Nutr Educ Behav.* 2012;44(6):592-596. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.09.014>
11. Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. Ontario’s Student Nutrition Program guidelines [Internet]. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l’Ontario; 2018. En ligne à : https://studentnutritionontario.ca/wp-content/uploads/2018/03/2018_SNP_Program_Guidelines_ENG.pdf
12. Matthews H. The geography of children: some ethical and methodological considerations for project and dissertation work. *J Geogr Higher Educ.* 2010;22(3):311-324. <https://doi.org/10.1080/03098269885723>
13. Morgan M, Gibbs S, Maxwell K, Britten N. Hearing children’s voices: methodological issues in conducting focus groups with children aged 7–11 years. *Qual Res.* 2002;2(1):5-20. <https://doi.org/10.1177/1468794102002001636>
14. Tucker P, Irwin J, Gilliland J, He M. Adolescents’ perspectives of home, school and neighborhood environmental influences on physical activity and dietary behaviours. *Child Youth Environ.* 2008;18(2):12-35.
15. Wilson K, Coen S, Piaszkoski A, Gilliland JA. Children’s perspectives on neighborhood barriers and enablers to active school travel: a participatory mapping study. *Can Geogr.* 2019;63(1):112-128. <https://doi.org/10.1111/cag.12488>
16. Braun V, Victoria C. Using thematic analysis in psychology using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2008;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
17. Barr SI, DiFrancesco L, Fulgoni VL 3rd. Breakfast consumption is positively associated with nutrient adequacy in Canadian children and adolescents. *Br J Nutr.* 2014;112(8):1373-1383. <https://doi.org/10.1017/S0007114514002190>
18. Everitt T, Engler-Stringer R, Martin W. Determining promising practices for Canadian School Food Programs: a scoping review. *J Hunger Environ Nutr.* 2020. <https://doi.org/10.1080/19320248.2020.1823925>
19. Veugelers PJ, Fitzgerald AL. Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: a multilevel comparison. *Am J Public Health.* 2005;95(3):432-435. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.045898>
20. Skinner K, Hanning RM, Metatawabin J, Martin ID, Tsuji LJ. Impact of a school snack program on the dietary intake of grade six to ten First Nation students living in a remote community in northern Ontario, Canada. *Rural Remote Health.* 2012;12:2122.
21. Hanbazaza MA, Triador L, Ball GD, et al. The impact of school gardening on Cree children’s knowledge and attitudes toward vegetables and fruit. *Can J Diet Pract Res.* 2015;76(3):133-139. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2015-007>
22. Woodruff SJ. Fruit and vegetable intake and preferences associated with the northern fruit and vegetable program (2014-2016). *Can J Diet Pract Res.* 2019;80(2):72-78. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2018-042>
23. Bisset SL, Potvin L, Daniel M, Paquette M. Assessing the impact of the primary school-based nutrition intervention Petits cuisiniers – parents en réseaux. *Can J Public Health.* 2008;99(2):107-113. <https://doi.org/10.1007/BF03405455>
24. Taylor J, Binns D, Smith H, Gallant J, Crozier P. Evaluation of a fruit & vegetable pilot program for elementary school children in Prince Edward Island. Final report. Charlottetown (PE): Prince Edward Island: Healthy Eating Alliance; 2003.
25. Day ME, Strange KS, McKay HA, et al. Action schools! BC—healthy eating: effects of a whole-school model to modifying eating behaviours of elementary school children. *Can J Public Health.* 2008;99(4):328-331. <https://doi.org/10.1007/BF03403766>
26. Gates M, Hanning RM, Gates A, McCarthy DD, Tsuji LJ. Assessing the impact of pilot school snack programs on milk and alternatives intake in 2 remote First Nation communities in Northern Ontario, Canada. *J Sch Health.* 2013;83(2):69-76. <https://doi.org/10.1111/josh.12000>
27. Ismail MR, Seabrook JA, Gilliland JA. Process evaluation of fruit and vegetables distribution interventions in school-based settings: a systematic review. *Prev Med Rep.* 2021;101281. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101281>

-
28. Godin KM, Kirkpatrick SI, Hanning RM, Stapleton J, Leatherdale ST. Examining guidelines for school-based breakfast programs in Canada: a systematic review of the grey literature. *Can J Diet Pract Res.* 2017;78(2): 92-100. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2016-037>
 29. McKenna M. Policy options to support healthy eating in schools. *Can J Public Health.* 2010;101(Suppl 2):S14-17. <https://doi.org/10.1007/BF03405619>
 30. DeCosta P, Moller P, Frost MB, Olsen A. Changing children's eating behaviour - a review of experimental research. *Appetite.* 2017;113:327-357. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.004>
 31. Woodruff SJ, Beckford C, Segave S. Fruit and vegetable lesson plan pilot intervention for grade 5 students from Southwestern Ontario. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(22):8422. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228422>
 32. Dudley DA, Cotton WG, Peralta LR. Teaching approaches and strategies that promote healthy eating in primary school children: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12(1):28. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0182-8>

Avis de publication

Outil de données sur le Cancer chez les jeunes au Canada : derniers taux d'incidence et nombres de cas

Lin Xie, M. Sc.; Prinon Rahman, M. Sc.; Meghan Laverty, M. Sc.; Manal Salibi, M.S.P.; Mylène Frechette, M. Sc.; Jaskiran Kaur, M. Sc.; Sulaf Elkhalfa, M. Sc.; Owen Wesley Smith-Lépine, D.E.C.; Tony Bebawy, D.E.C.; Scott Van Millingen, B. Sc.; Jay Onysko, M.A.

[Diffuser cet article sur Twitter](#)

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a le plaisir d'annoncer que l'outil de données sur le Cancer chez les jeunes au Canada (CCJC) contient désormais les derniers taux d'incidence et nombres de cas de cancer chez les enfants. L'outil de données interactif sur le CCJC, accessible sur le site Web Infobase de la santé publique, comprend des données sur les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans ayant reçu un diagnostic de cancer.

L'outil de données comporte un onglet nommé « Incidence », où il est possible de consulter les derniers nombres de cas, taux d'incidence normalisés selon l'âge et taux d'incidence bruts pour différents types de cancer chez les enfants, jusqu'à 2019 pour les données du CCJC et jusqu'à 2017 pour les données du Registre canadien du cancer. Il est possible de stratifier ces statistiques par type de cancer, période de diagnostic, sexe, âge, région et source de données.

L'outil de données comprend également un onglet intitulé « Survie et le risque de rechute », qui présente les données jusqu'en 2016 pour la survie globale, la survie sans événement et l'incidence cumulée de récurrence pour différents types de cancer chez les enfants. Les utilisateurs peuvent stratifier ces statistiques par type de cancer, période de diagnostic, sexe, âge et gravité de la maladie.

La base de données de surveillance et de recherche du programme CCJC est mise à la disposition des chercheurs qui désirent améliorer le diagnostic du cancer, les traitements contre le cancer et les résultats liés au cancer. Les renseignements sur la présentation d'une demande d'accès aux données sont disponibles sous l'onglet « Publications et accès aux données » de l'outil de données.

Le programme CCJC est issu d'une collaboration entre l'ASPC, les 17 centres d'oncologie pédiatrique du Canada, le C¹⁷ Council et le Partenariat canadien contre le cancer.

Rattachement des auteurs :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Appel à contributions – Numéro spécial 2021

Prévention et contrôle du tabagisme et du vapotage au Canada

 Diffuser cet article sur Twitter

Échéance pour les soumissions repoussée !

Rédacteurs : Jennifer O’Loughlin (Université de Montréal), Thierry Gagné (University College London) et Robert Geneau (rédacteur scientifique en chef, Revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, Agence de la santé publique du Canada)

On estime que plus de 45 000 Canadiens meurent chaque année d’une maladie liée au tabac¹, ce qui fait du tabagisme la principale cause évitable de décès prématuré au Canada². De plus, la hausse récente d’utilisation de produits de vapotage, en particulier chez les jeunes, est une préoccupation croissante en santé publique. Des données probantes émergentes indiquent que les produits de vapotage ne sont pas sans risques pour les utilisateurs, mais des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les risques à long terme. S’il n’est pas encadré par des règlements adéquats, le marché de la cigarette électronique pourrait se développer au point de devenir une menace à « l’endgame du tabagisme »^{3,4}. Les politiques de contrôle du tabagisme et du vapotage sont désormais entremêlées.

Le Canada continue de mettre en œuvre des politiques et des programmes exhaustifs de contrôle du tabac dans le cadre de son engagement à atteindre un taux inférieur à 5 % de tabagisme au pays d’ici 2035⁵. Au cours des dernières années, on y a également introduit des règlements sur les produits de vapotage au niveau fédéral ainsi que dans plusieurs provinces et territoires, avec l’objectif explicite de réduire l’utilisation de produits de vapotage chez les jeunes.

Le but de ce numéro spécial est de publier des données probantes scientifiques actuelles et émergentes sur l’épidémiologie, la prévention et le contrôle du tabagisme et du vapotage, en accordant un intérêt particulier aux jeunes. Dans cette optique, *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : recherche, politiques et pratiques* sollicite des articles de recherche pertinents qui présentent des nouveaux résultats ou font la synthèse de données probantes existantes sur :

- des politiques, des interventions et des règlements en lien avec l’initiation au tabagisme ou au vapotage, les habitudes d’utilisation et de consommation, et l’abandon du tabagisme ou du vapotage, incluant les lacunes dans les politiques sur le tabagisme et le vapotage et les défis liés à leur mise en œuvre;
- les inégalités en santé liées à l’utilisation du tabac et des produits de vapotage et les méfaits qui y sont associés; et
- les associations entre l’utilisation de produits de vapotage et les comportements liés à l’abandon du tabagisme et à la réduction des méfaits, chez les fumeurs comme chez les non-fumeurs.

Les soumissions internationales seront prises en considération si elles contiennent des données ou des résultats canadiens (p. ex. dans le cadre d’une étude multipays) ou une analyse fondée sur des données probantes des implications pour la santé publique au Canada.

Veuillez consulter le site Web de la revue pour des renseignements sur les types d’articles et les lignes directrices à l’intention des auteurs. Prière de mentionner cet appel à contributions dans votre lettre d’accompagnement. Veuillez faire parvenir toutes vos soumissions et vos questions sur le processus de soumission ou sur la pertinence et la portée de manuscrits à PHAC.HPCDP.Journal-Revue.PSPMC.ASPC@canada.ca.

Échéance pour les soumissions : le 30 avril 2021.

Références

1. Santé Canada. Stratégie canadienne sur le tabac [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; [modifié le 10 janvier 2020; consultation le 20 novembre 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada.html>
2. Santé Canada. Consultation sur l’avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada : ce que nous avons entendu. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2017. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/consultation-sur-lavenir-lutte-contre-tabagisme-ce-que-nous-avons-entendu.html>
3. McDaniel PA, Smith EA, Malone RE. The tobacco endgame: a qualitative review and synthesis. *Tob Control*. 2016;25:594-604. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052356>
4. Le cabinet Tobacco Endgame. Atteindre un taux inférieur à 5 % d’ici 2035 : rapport sur la lutte contre le tabagisme 2019. Ottawa (Ont.) : Association pulmonaire du Canada; 2019. En ligne à : https://www.poumon.ca/sites/default/files/EndGameReport-French_0.pdf
5. Santé Canada. Aperçu de la Stratégie canadienne sur le tabac. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2018. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada/aperçu-strategie-canadienne-tabac.html>

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2020 et 2021.

Colley RC, Clarke J, Doyon CY, [...] **Lang JJ**, et al. Les enfants en bonne santé ont-ils des parents en bonne santé? Rapports sur la santé. 2021;32(1):3-13. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x2021001200001-fra>

Gates A, Pillay J, Reynolds D, **Stirling R**, **Traversy G**, et al. Screening for the prevention and early detection of cervical cancer: protocol for systematic reviews to inform Canadian recommendations. Syst Rev. 2021;10(1):2. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01538-9>

Pillay J, Riva JJ, **Tessier LA**, [...] **Mitchelmore BR**, **Rolland-Harris E**, et al. Fall prevention interventions for older community-dwelling adults: systematic reviews on benefits, harms, and patient values and preferences. Syst Rev. 2021;10(1):18. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01572-7>

Pottie K, Magwood O, **Rahman P**, [...] **Jaramillo Garcia A**, [...] **Doull M**, et al. Validating the "feasibility, acceptability, cost, and equity" instrument using stakeholder perceptions of feasibility, acceptability, cost, and equity in guideline implementation. J Clin Epidemiol. 2020;131:133-140. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.11.018>

Tomkinson GR, Kaster T, Dooley FL, [...] **Lang JJ**, et al. Temporal trends in the standing broad jump performance of 10,940,801 children and adolescents between 1960 and 2017. Sports Med. 2021;51(3):531-548. <https://doi.org/10.1007/s40279-020-01394-6>

