

Promouvoir un style de vie en santé pour contrer l'obésité juvénile
dans les écoles manitobaines

par

Joëlle Émond

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de
l'Université du Manitoba
en vue de l'obtention de la

MAÎTRISE EN ÉDUCATION

Faculté d'éducation
Collège universitaire de Saint-Boniface
l'Université du Manitoba
Winnipeg

Copyright © 2008 Joëlle Émond

THE UNIVERSITY OF MANITOBA
FACULTY OF GRADUATE STUDIES

COPYRIGHT PERMISSION

**Promouvoir un style de vie en santé pour contrer l'obésité juvénile
dans les écoles Manitobaines**

BY

Joëlle Émond

**A Thesis/Practicum submitted to the Faculty of Graduate Studies of The University of
Manitoba in partial fulfillment of the requirement of the degree**

Of

Master of Education

Joëlle Émond © 2008

**Permission has been granted to the University of Manitoba Libraries to lend a copy of this
thesis/practicum, to Library and Archives Canada (LAC) to lend a copy of this thesis/practicum,
and to LAC's agent (UMI/ProQuest) to microfilm, sell copies and to publish an abstract of this
thesis/practicum.**

**This reproduction or copy of this thesis has been made available by authority of the copyright
owner solely for the purpose of private study and research, and may only be reproduced and copied
as permitted by copyright laws or with express written authorization from the copyright owner.**

Résumé

Au cours des dernières années, l'épidémie de l'obésité est un sujet discuté et étudié par plusieurs chercheurs. D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), 1.6 milliard d'adultes (âgé de 15 ans et plus) font de l'embonpoint et 400 millions sont obèses (OMS, 2005). Cette problématique s'avère alarmante chez les enfants et les adolescents (OMS, 2005). D'après l'OMS, 20 millions d'enfants ayant moins de 5 ans font de l'embonpoint. Considérant que cette problématique s'aggrave dans différents pays du monde, nous avons jugé important d'identifier les composantes essentielles à inclure dans un programme de prévention de l'obésité chez les jeunes en contexte scolaire. Cette recherche propose un nouveau programme nommé *Style de vie en santé* visant trois objectifs qui s'articulent autour de l'alimentation, de l'exercice physique et de l'estime de soi. Cette recherche repose sur une approche méthodologique essentiellement qualitative, et plus spécifiquement, l'étude de cas. Un questionnaire, des observations, un journal de réflexion et une entrevue de groupe semi-dirigée constituent les principaux instruments de mesure utilisés au cours de cette recherche. Cinq élèves ont participé à diverses activités proposés dans le cadre de ce programme. Pour l'analyse des résultats, nous avons adapté la méthode d'analyse de contenu de l'Écuyer (1990).

À la lumière des résultats obtenus, nous avons constaté que les participantes ne consommaient pas assez de légumes et de fruits selon les recommandations du guide alimentaire canadien. Les résultats permettent également de constater que les participantes devraient participer à des activités physiques de façon quotidienne. Finalement, nous avons remarqué que les participantes se reconnaissent des qualités et

des valeurs positives contribuant à conserver leur estime de soi. En outre, cette recherche contribue à enrichir les connaissances en matière de l'embonpoint et de l'obésité juvénile en contexte scolaire notamment chez les jeunes adolescentes.

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice, Madame Hélène Archambault, pour son temps précieux, son encouragement continu et ses conseils indispensables. À Madame Jeannette Filion-Rosset pour son appui afin de mettre en marche mon projet de recherche. Je remercie aussi les membres du jury de thèse d'avoir accepté d'évaluer mon travail.

Un grand merci à Monsieur Bruce Waldie et à Mme Lyette Carrière d'avoir accepté le déroulement de mon projet de recherche au sein de leur école. Merci également aux participantes du programme *Style de vie en santé*.

Je tiens à remercier mes parents, Rose et Gilbert Émond, pour leur appui continu au niveau de mes études. Leur encouragement et sages paroles m'ont été indispensables tout au long du processus. À mon frère, Jean-Marc, pour son écoute et pour son expertise en informatique. Un gros merci.

Finalement, à tous mes amis, pour leur patience, leur encouragement et pour leur amitié continue. Et, à Merlot, pour sa compagnie. Je vous aime tous.

Table des matières

Résumé.....	ii
Remerciements.....	iv
Liste des tableaux.....	viii
Introduction générale.....	1
Chapitre 1 – Problématique	3
Introduction	3
1.1 Présentation de quelques données statistiques.....	3
1.2 Définition de l'indice de masse corporelle	4
1.3 L'embonpoint et l'obésité chez les adultes	5
1.3.1 L'embonpoint et l'obésité chez les adolescents.....	6
1.4 Les causes de l'embonpoint et l'obésité.....	8
1.4.1 Les causes de l'embonpoint et de l'obésité chez les adultes	8
1.4.2 Les causes de l'embonpoint et de l'obésité chez les adolescents	9
1.5 Les troubles alimentaires chez les adolescents.....	11
1.5.1 L'anorexie mentale chez les adolescents.....	12
1.5.2 La boulimie chez les adolescents	13
1.5.3 L'hyperphagie	13
1.6 Les conséquences de l'embonpoint et de l'obésité chez les adolescents	16
1.6.1 Les problèmes physiques chez les adolescents.....	16
1.6.2 Les problèmes psychosociaux chez les adolescents.....	17
1.7 Pourquoi améliorer la santé des adolescents ?.....	18
1.8 Justification du type de recherche.....	19
1.9 Objectifs et questions de recherche.....	20
1.10 Retombées possibles de cette recherche.....	21
Chapitre 2 – Cadre théorique	23
Introduction.....	23
2.1 Les traitements pour contrer l'obésité juvénile	23
2.2 Présentation des programmes d'interventions.....	24

2.2.1	Le programme <i>Planet Health</i>	25
2.2.2	Apports et limites du modèle <i>Planet Health</i>	27
2.3.1	Le programme <i>Action Schools! BC</i>	28
2.3.2	Apports et limites du modèle <i>Action Schools! BC</i>	30
2.4.1	Le programme <i>Family Lifestyle Group</i>	31
2.4.2	Apports et limites du programme <i>Family Lifestyle Group</i>	32
2.5.1	<i>Écoles en santé</i> (Healthy Schools- Healthy Kids, Healthy Schools, Healthy Communities).....	34
2.6	Programme proposé : <i>Style de vie en santé</i>	36
2.6.1	Consultation préliminaire au développement du programme <i>Style de vie en santé</i>	36
2.7	Groupe cible	40
2.8	La durée d'un groupe – Programme <i>Style de vie en santé</i>	41
2.9	Les spécialistes – Programme <i>Style de vie en santé</i>	41
2.10	Matériaux nécessaires – Programme <i>Style de vie en santé</i>	42
Chapitre 3 - Méthodologie.....		44
Introduction.....		44
3.1	Recherche qualitative / interprétative.....	44
3.2	L'étude de cas	46
3.3	Devis méthodologique.....	47
3.3.1	Échantillonnage.....	47
3.3.2	Les méthodes de collecte de données.....	49
3.3.3	Analyse des données.....	54
3.3.4	Validation des données.....	57
3.4	Les forces et des limites de la recherche	58
Chapitre 4 - Présentation et interprétation des résultats.....		62
Introduction.....		62
4.1	Rappel des objectifs de la recherche	62
4.2	Profils des participants	63
4.3	Présentation des résultats.....	64
4.3.1	Objectif 1 : Déterminer l'importance de l'alimentation.....	64

4.3.2 Objectif 2 : Déterminer l'importance de l'exercice physique.....	75
4.3.3. Objectif 3 : Déterminer l'importance de l'estime de soi	82
Conclusion	93
Recommandations	94
Perspectives de recherches futures.....	95
Références bibliographiques.....	97
Annexe A - Sessions détaillées du programme.....	111
Annexe B - Les spécialistes	145
Annexe C - Matériaux nécessaires	147
Annexe D - Les collations	149
Annexe E - Formulaire d'intérêt au programme	150
Annexe F - Formulaire de consentement.....	151
Annexe G - Le questionnaire	153
Annexe H - Discussions et entrevue	159
Annexe I - Journal de réflexion.....	169
Annexe J - Survol des sessions	173
Annexe K - Centres de ressources	175
Annexe L - Ressources thérapeutiques.....	177

Liste des tableaux

Tableau I - IMC et poids.....	5
Tableau II - Tableau des thèmes abordés lors des sessions du programme.....	53
Tableau III - Synthèse des collectes des données.....	53
Tableau IV - Synthèse des étapes de l'analyse de contenu selon L'Écuyer.....	56

Introduction générale

L'obésité et l'embonpoint constituent une menace grandissante pour la santé des individus à l'ensemble des pays du monde (Organisation mondiale de la santé, OMS, 1997). L'obésité et l'embonpoint sont définis comme étant un pourcentage de gras anormalement élevé ou excessif sur le corps de l'individu qui peut nuire à sa santé (OMS, 2005). D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 1,6 milliard d'adultes font de l'embonpoint et 400 millions sont obèses (OMS, 2005). Cette épidémie affecte également les jeunes: « *au moins 20 millions d'enfants de moins de cinq ans avaient un surpoids en 2005* » (OMS, 2005).

L'obésité semble être une problématique au niveau de la famille. D'après Buiten et Metzger (2000), 80% des enfants qui ont deux parents obèses seront eux aussi obèses et lorsqu'un seul parent est obèse, le risque d'obésité diminue à 40% pour leurs enfants. Lorsque ni un parent ni l'autre est obèse, seulement 7% de ceux-ci seront obèses.

Afin de contrer l'obésité juvénile, nous proposons un programme de prévention scolaire afin d'éveiller les adolescents à la problématique de l'embonpoint et de l'obésité. Le premier chapitre présente des données statistiques par rapport à l'embonpoint et à l'obésité ainsi que les causes et les conséquences de ces derniers par rapport à la santé physique et mentale. Dans le deuxième chapitre, nous présentons trois programmes d'interventions qui servent à contrer l'obésité juvénile. Ainsi, nous proposons un nouveau modèle d'intervention inspiré de programmes utilisés à l'extérieur du système scolaire. Dans le troisième chapitre, nous présentons la méthodologie utilisée dans le

cadre de ce projet de recherche. Par la suite, un quatrième chapitre fournit la présentation et l'interprétation des résultats. Finalement, nous concluons en proposant quelques recommandations et de nouvelles perspectives de recherches.

Chapitre 1 – Problématique

Introduction

L'épidémie de l'obésité devient un problème de santé majeure dans plusieurs coins du monde (OMS, 2008). L'obésité et l'embonpoint sont associés à des maladies chroniques telles que : le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et certains cancers (OMS, 2008). Afin d'illustrer la crise de l'obésité et de l'embonpoint, quelques données statistiques seront présentées. Une description des causes ainsi que des conséquences de l'embonpoint et de l'obésité seront discutés.

1.1 Présentation de quelques données statistiques

Selon des données statistiques récentes publiées par l'OMS, dix pourcent des enfants âgés de cinq à dix-sept ans font de l'embonpoint ou sont obèses dans le monde (OMS, 2007).

Les termes *embonpoint* et *obésité* sont définis comme étant une accumulation excessive de gras répartie dans le corps d'un individu qui peut nuire à la santé de ce dernier (OMS, 2007). « *L'embonpoint et l'obésité se manifestent lorsqu'une personne consomme beaucoup plus de calories qu'elle en brûle* » (Le Petit et Berthelot, 2006, p. 45).

D'après l'enquête publiée par l'OMS (2003) intitulé « Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health », les données statistiques indiquent qu'un milliard de gens font de l'embonpoint et que trois cents millions sont obèses dans le monde. Les résultats de cette recherche indiquent non seulement que les taux d'embonpoint et d'obésité augmentent

partout dans le monde, mais que les adolescents font partie de la population la plus à risque (OMS, 2003). Il est estimé qu'au Canada, le taux d'adolescents qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses est de vingt-sept à trente-quatre pourcent (Hanley et al. 2000 ; Tremblay et al. 2002). Nous présumons que ce pourcentage a possiblement augmenté depuis la réalisation des travaux de Hanley et al (2000) et de Tremblay et al. (2002).

1.2 Définition de l'indice de masse corporelle

Mesurer l'embonpoint et l'obésité chez les jeunes représente un grand défi. Actuellement, de nombreux chercheurs œuvrant au sein de l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2007), étudient la question de l'embonpoint et de l'obésité juvénile. De plus, ces chercheurs travaillent à développer un guide international qui servira de définition mondiale et de référence pour déterminer si un jeune fait de l'embonpoint ou est obèse (OMS, 2007). Actuellement, pour déterminer si un individu fait de l'embonpoint ou est obèse, un outil de dépistage nommé l'indice de masse corporelle (IMC) est utilisé par ceux qui œuvrent dans le domaine de la santé. *« L'IMC se calcule à partir des mesures de la taille et du poids d'une personne »* (Shields, 2006, p.29). D'après les chercheurs qui œuvrent au sein de l'organisation de l'OMS, cet outil est considéré comme étant le plus efficace pour mesurer l'embonpoint et l'obésité chez les individus (OMS, 2007).

D'après les études réalisées par les chercheurs de l'organisation mondiale de la santé, un individu fait de l'embonpoint si son indice de masse corporelle (IMC) est égal à vingt-cinq, ou se trouve entre vingt-cinq et vingt-neuf. Un individu est considéré obèse si son IMC est de 30 ou plus (OMS, 2007).

IMC	Poids
Moins de 18.5	
18.5 – 24.9	Poids normal
25.0 – 29.9	Embonpoint
30.0 et plus	Obèse

Tableau I – IMC et poids

Avant d'exposer les données statistiques concernant l'embonpoint et l'obésité chez les enfants, il nous semble pertinent de présenter quelques données statistiques de l'embonpoint et l'obésité chez les adultes.

1.3 L'embonpoint et l'obésité chez les adultes

L'OMS estime qu'il y aura deux à trois milliards d'adultes qui feront de l'embonpoint et plus de 700 millions qui seront obèses en 2015 (OMS, 2007). Selon les études réalisées par Tjepkma (2006), il y avait 8,6 (34,1%) millions de Canadiens qui faisaient de l'embonpoint et 5,5 millions (23,1%) qui étaient obèses en 2004. Bref, 59,2% des adultes Canadiens font soit de l'embonpoint ou sont obèses.

Le Manitoba se retrouve parmi les quatre provinces ayant les taux d'obésité les plus élevés au Canada. D'après Shields et Tjepkema (2006), le Manitoba a un taux d'obésité

de 28% parmi les adultes. Seuls les habitants de Terre-Neuve-et-Labrador, ayant un taux d'obésité de 34%, de la Saskatchewan qui a un taux de 31% et du Nouveau-Brunswick qui a un taux de 29%, démontrent des taux d'obésité plus élevés que le Manitoba. Somme toute, 62,5% des manitobains font soit de l'embonpoint ou sont obèses (Shields et Tjepkema, 2006).

Il est important de noter que les adultes obèses ont souvent souffert d'embonpoint ou d'obésité dans leur jeunesse. D'après Serdula et al. (1993), 40% des enfants et 70% des adolescents qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité juvénile, deviennent des adultes obèses. Shields (2006) souligne que : « *Cette observation est particulièrement importante, puisque l'adolescence est une période critique qui détermine l'apparition de l'obésité à l'âge adulte* » (p.31). À ce propos, nous présentons dans une prochaine partie les données statistiques concernant l'embonpoint et l'obésité chez les adolescents.

1.3.1 L'embonpoint et l'obésité chez les adolescents

D'après l'enquête réalisée par Shields (2006) intitulée « *L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents* », les résultats indiquent que les proportions d'adolescents âgés entre douze et dix-sept ans ayant un indice de masse corporelle (IMC) de vingt-cinq à trente, représentent celles qui ont augmentées le plus depuis la dernière enquête réalisée par l'OMS, soit en 2004.

Selon des données statistiques récentes émises par l'OMS (2007), il est estimé que 22 millions d'enfants moins de cinq ans font de l'embonpoint à l'échelle mondiale.

L'obésité juvénile est une épidémie dans certains pays et un problème qui continue à s'avérer dans d'autres (OMS, 2007). Depuis les derniers vingt ans, le taux d'obésité a triplé parmi les jeunes soit en Amérique du Nord, aux Nations-Unis, en Europe, aux Îles du Pacifique, en Australie et en Chine (OMS, 2003). Sur le continent Européen, les travaux de Berg et al. (2001), de Kautiainen et al. (2002) ainsi que de Petersen et al. (2002), démontrent que le taux d'embonpoint et d'obésité juvénile se retrouve entre 12% et 16% au Nord de l'Europe. On remarque un taux plus élevé au Sud de l'Europe, soit entre 11% et 26% (Martinez et al., 2001 ; Krassas et al., 2001). En effet, en Italie, ce problème juvénile se situe entre 9% et 17% (Fonte, 1999).

Autrefois, le problème d'embonpoint et d'obésité existait seulement dans les pays riches et développés. Il est maintenant en état de croissance dans les pays sous-développés et de richesse moyenne, surtout dans les centres urbains (OMS, 2007). Par exemples, en Thaïlande, le taux d'obésité s'est élevé de 12,2% à 15,6% en deux ans chez les jeunes âgés de 5 à 12 ans (OMS, 2007). En Bolivie, Colombie, au Pérou, en Honduras et en République Dominicaine, le taux d'embonpoint et d'obésité se trouve entre 19% à 23% (Matorell et al., 1998).

Aux États-Unis, le taux d'embonpoint et d'obésité parmi les adolescents se retrouve entre 16% et 22% (Gauthier et al, 2000 ; Ogden et al, 2002), tandis qu'au Canada, il est de 27% à 34% (Hanley et al, 2000 ; Tremblay et al, 2002). De plus, les résultats d'une enquête comparative entre le Canada et les États-Unis intitulée : « *La santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition, 2004* » indique que 26% des jeunes au Canada âgés entre 2 et 17 ans font de l'embonpoint ou sont obèses. De ce 26%, 18% font de l'embonpoint et 8%

sont obèses (Shields, 2006). D'après Shields (2006), entre les années 1999 et 2002 aux États-Unis, 10% des jeunes sont considérés obèses et 17% font de l'embonpoint totalisant un pourcentage de 27% de jeunes qui souffrent de ce problème (Shields, 2006).

En ce qui concerne les données statistiques manitobaines, 30,8% des jeunes âgés entre 2 et 17 ans font de l'embonpoint ou sont obèses. Étant donné que la moyenne nationale pour les jeunes est de 26,2%, le Manitoba se retrouve au dessus de la moyenne (Shields et Tjepkema, 2006). En somme, nous observons que l'embonpoint et l'obésité sont devenus une problématique majeure chez les jeunes d'ici et d'ailleurs.

1.4 Les causes de l'embonpoint et l'obésité

1.4.1 Les causes de l'embonpoint et de l'obésité chez les adultes

Selon les travaux de l'OMS (2007), la cause fondamentale pour laquelle les adultes font soit de l'embonpoint ou qu'ils sont obèses est qu'il y existe un écart entre la consommation de calories et le nombre de calories brûlés (OMS, 2007).

De nos jours, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2007) explique le phénomène d'embonpoint et d'obésité par un changement du régime alimentaire et un déclin des activités physiques chez les individus. Puska, Nishida et Porter (2007), des chercheurs qui œuvrent au sein de l'OMS, indiquent que la consommation de calories est plus élevée qu'elle était comparativement aux années passées (OMS, 2007). De plus, ils indiquent que l'apport alimentaire quotidien est devenu plus riche en matières grasses et en sucre, mais plus basse en vitamines et en minéraux. Notons également que des recherches

récentes soulignent une diminution des activités physiques quotidiennes des adultes puisqu'ils sont devenus plus sédentaires (OMS, 2007).

1.4.2 Les causes de l'embonpoint et de l'obésité chez les adolescents

D'après Broadwater (2002), cinq facteurs prédisposent au développement de l'obésité juvénile: l'obésité parentale, une alimentation malsaine, un style de vie sédentaire, la pauvreté, et des maladies implicites (underlying). Nous présentons une description sommaire de chaque facteur.

L'obésité parentale

L'obésité parentale constitue une problématique majeure (Broadwater, 2002 ; Buiten et Metzger, 2000). En effet, environ 80% des enfants qui ont deux parents obèses seront eux aussi obèses selon Buiten et Metzger (2000). Lorsqu'un seul parent est obèse, le risque d'obésité diminue à 40% pour leurs enfants. Lorsque ni un parent ni l'autre est obèse, seulement 7% de ceux-ci seront obèses. Les tendances à l'obésité dans les familles peuvent être dues à la génétique, aux comportements familiaux tels que les habitudes alimentaires ainsi qu'à l'importance donnée à l'activité physique (Strauss et Knight, 1999).

L'alimentation malsaine

En ce qui concerne l'alimentation malsaine, Strauss et Knight (1999) rapportent qu'un tiers des repas sont consommés dans les restaurants. Il est à noter que les mets offerts dans les restaurants sont souvent très riches en matières grasses. En effet, 45% à 55% des

calories totales des repas proposés dans les restaurants sont constitués de matières grasses. Soulignons que les jeunes enfants d'âge préscolaire consomment près de 42% de leurs repas à l'extérieur du domicile, soit dans des restaurants d'alimentation rapide « *fast-food* » (Lee et Speers, 2002).

Style de vie sédentaire

Pour ce qui est du style de vie sédentaire, nous présentons les activités d'un enfant typique. Ce dernier passe environ 24 heures par semaine à écouter la télévision en consommant des collations très élevées en calories. Il est également important de souligner que les jeunes passent énormément de temps à l'ordinateur et à jouer des jeux vidéos (l'Institut Nationale de la nutrition, du métabolisme et du diabète, 2002). Auparavant ce temps aurait pu être dédié aux activités physiques d'après Broadwater (2002).

La pauvreté

La pauvreté représente aussi une cause significative pour expliquer l'obésité chez les jeunes. À ce titre, des études ont révélés que les familles à faible revenu sont en moyenne moins éduquées et semblent moins au courant de l'importance d'une alimentation saine et des facteurs contribuant à une bonne santé physique (Broadwater, 2002). D'ailleurs, une étude réalisée par Chamberlain et al. (2002) auprès des familles à faible revenu, démontre que les mères seules se servent souvent de nourriture comme mécanisme de survie et comme moyen de récompense auprès de leurs enfants.

Les maladies implicites

Finalement, les travaux de Barlow et Dietz (1998) démontrent que les enfants peuvent plus facilement prendre du poids et devenir obèses s'ils sont atteints d'une maladie comme le syndrome de Cushing, le syndrome de l'ovaire polycystique ou l'hypothyroïdisme.

1.5 Les troubles alimentaires chez les adolescents

Considérant que la consommation excessive de nourriture semble être liée étroitement à l'embonpoint et à l'obésité, nous jugeons important d'étudier les troubles alimentaires. De nombreux chercheurs ont démontré que certains comportements problématiques liés à la consommation excessive de nourriture conduisent au développement de troubles alimentaires et à des problèmes de restrictions alimentaires chez les adolescents (Johnson et al. 1999 ; Ledoux et al. 1993 ; Ross et Ivis 1999 ; Spurrell et al. 1997 ; Striegel-Moore et al. 2000).

D'après les recherches réalisées par Ross et Ivis (1999) et Story et al. (1995), le syndrome d'hyperphagie affecte 30% des garçons et 46% des filles adolescentes obèses. Les recherches menées par Raymond et al. (1992) et Woodside et al. (1992) indiquent que la consommation excessive de nourriture débute souvent à l'adolescence. D'ailleurs, les travaux de recherches d'Ackard et al. (2003) réalisés auprès des adolescents ont démontrés que 17,3% des filles et 7,8% des garçons rapportent avoir consommé de la nourriture de façon excessive au cours de la dernière année. Conséquemment, les jeunes

qui se nourrissent de façon excessive ont plus de probabilité à faire de l'embonpoint ou être obèse (Ackard et al, 2003).

D'après l'encyclopédie Wikipedia (2007) les troubles de comportements alimentaires ainsi que les troubles de conduites alimentaires (TCA) comprennent les troubles suivants : l'anorexie mentale, la boulimie, le pica, le mérycisme, l'orthorexie, l'hyperphagie et la sitiomanie. « *Ces troubles se caractérisent par un rapport pathologique à la nourriture, en termes de qualité ou de quantité* » (Wikipedia, 2007, non paginée)

Les trois principaux troubles alimentaires dont la description apparaît dans le manuel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition* (DSM-IV-TR, 2004) seront étudiés. Ces troubles discutés dans ce manuel sont : l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie.

1.5.1 L'anorexie mentale chez les adolescents

L'anorexie mentale est un problème d'ordre psychiatrique. Certaines conditions doivent être présentes pour diagnostiquer cette problématique chez l'adolescent.

(...) refus de maintenir le poids corporel au-dessus de la normale minimale (moins de 85 % pour l'âge et la taille), peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale, altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estimation de soi, ou deni de la gravité de la maigreur actuelle, aménorrhée pendant au moins trois cycles consécutifs chez les femmes menstruées (aménorrhée secondaire). (DSM-IV-TR, 2004, p.236)

1.5.2 La boulimie chez les adolescents

La boulimie se manifeste lorsqu'un individu consomme des aliments de façon excessive d'une façon répétitive et durable. La personne boulimique va ensuite avoir recours à un des actes suivants afin de se débarrasser de l'excès de nourriture : la provocation du vomissement, l'utilisation inappropriée des laxatifs ou des diurétiques, l'exercice physique excessif ou l'imposition de restrictions alimentaires de type anorexiques (DSM-IV, 2004). Les individus qui souffrent de troubles alimentaires utilisent souvent la nourriture comme mécanisme de contrôle afin de compenser pour les émotions qu'ils ne savent pas gérer. (Wikipedia, 2007).

1.5.3 L'hyperphagie

L'hyperphagie chez les adultes

L'hyperphagie est un trouble qu'on retrouve souvent chez les adultes mais qui débute souvent à l'adolescence. Il nous semblait important de parler de la problématique de l'hyperphagie à l'âge adulte afin de comprendre l'importance des comportements hyperphagiques chez les adolescents.

D'après Kalman et al. (2002), la majorité des gens obèses qui désirent perdre du poids sont atteints d'hyperphagie.

Kalman et al, (2002) précisent que l'hyperphagie est une condition retrouvée conjointement avec d'autres troubles psychiatriques. De plus, il est rapporté que les gens atteints d'hyperphagie font des régimes alimentaires fréquemment, ils souffrent souvent de

dépression, d'anxiété et de moments d'hostilité (Smith et al, 1998 et Lingswiler et al, 1987). En outre, ces individus ne sont pas très tolérants, ils ont des troubles de l'humeur (humeurs négatives), des émotions adverses et fortes, car celles-ci semblent les affecter et a souvent un impact de leur bien-être. Il est à noter que ces sentiments précèdent souvent un épisode de binge. Cette dernière est définie comme épisode d'hyper alimentation avec l'absence des comportements inappropriés de la boulimie chez l'individu (DSM-IV, 2004).

D'après Kenardy et al. (1996) Fitzgibbon et al. (1993) et Spitzer et al. (1993), les individus atteints d'hyperphagie souffrent généralement de sentiments d'inefficacité, ont une grande préoccupation avec la minceur, et démontrent une tendance à manger en réponse à leurs émotions négatives. Conséquemment, ils ont parfois une incapacité de travailler, des difficultés de fonctionnement social, un historique d'abus d'alcool et de drogues et ont déjà subi des traitements pour des troubles émotionnels.

L'hyperphagie en adolescence

D'après le DSM-IV, l'hyperphagie, est considérée comme un sous-type des troubles alimentaires. Ce dernier est un syndrome caractérisé par des épisodes récurrents d'hyper alimentation avec l'absence des comportements inappropriés de la boulimie chez l'individu (DSM-IV, 2004). Les crises d'hyperphagies sont souvent liées à un état dépressif. Les adolescents atteints d'hyperphagie ont souvent un sentiment de honte et de dégoût. Les compulsions semblent incontrôlables. Le DSM-IV (2004) indique :

Les « crises » d'hyperphagie (hyper alimentation) sont caractérisées par la prise, en une courte période de temps (moins de deux heures), d'une quantité de nourriture dépassant notablement ce que la plupart des personnes mangent dans le même temps et les mêmes circonstances. La personne n'a pas l'impression d'avoir le contrôle de sa prise alimentaire ni la possibilité de s'arrêter. (p. 240)

L'ajout de l'hyperphagie dans le DSM-IV est important afin d'étudier la façon que les adolescents se servent de la nourriture (binge versus une consommation de nourriture saine) et les raisons pour lesquelles ils mangent (manger en réponse des émotions versus manger en réponse à une faim physique) (Kalman et al, 2002). La recherche de Kalman et al. (2002) démontre qu'il y a une haute fréquence de l'hyperphagie chez les individus à poids normal ainsi que chez les individus obèses qui cherchent à perdre du poids.

D'après Kroff et Rierdan (1991), la période où les individus se soucient le plus de leur poids est particulièrement à l'adolescence. L'hyperphagie est associée à des comportements problématiques et des *troubles* psychologiques tels que l'insatisfaction de l'image corporelle, la distorsion corporelle, une faible estime de soi, la dépression et la détresse psychiatrique (Ross et Ivis 1999 ; Story et al.1995 ; Johnson et al. 1999 ; Ledoux et al. 1993 ; Spurrell et al, 1997).

Suite à cette présentation des causes explicatives de l'obésité selon les travaux de plusieurs chercheurs, nous présenterons les conséquences de l'embonpoint et de l'obésité sur la santé.

1.6 Les conséquences de l'embonpoint et de l'obésité chez les adolescents

1.6.1 Les problèmes physiques chez les adolescents

De nombreux chercheurs indiquent que l'obésité est considérée comme un problème de santé publique sérieux à l'échelle mondiale. Selon Maffeis et Tato (2001), les risques de maladies chroniques et de maladies dégénératives qui entraînent la mort, sont très élevés parmi les jeunes enfants qui font soit de l'embonpoint ou qui sont obèses. L'obésité peut non seulement avoir des effets négatifs au niveau de la qualité de vie chez les jeunes, mais est aussi associée aux maladies cardiovasculaires, au diabète de type 2, à l'hypertension, à certains cancers, aux accidents vasculaires cérébraux, à l'arthrose et à la cholécystopathie (Le Petit et Berthelot, 2006). D'après l'Institut canadien d'information sur la santé (2004), l'obésité et l'embonpoint peuvent aussi engendrer des problématiques quant au fonctionnement de la vésicule biliaire chez les adolescents.

D'après la *Société canadienne de pédiatrie* (2006), les problèmes de santé tel que le diabète de type 2, autrefois déclaré uniquement à l'âge adulte, est maintenant retrouvé chez les jeunes. D'après l'article suivant : *Combattre l'obésité de l'enfant pour prévenir le diabète*, « Environ 90 % des diabétiques souffrent d'un diabète de type 2 avec une grande majorité d'individus obèses ou en surpoids » (OMS, 2004, p.2). Soulignons que les chercheurs qui œuvrent à l'OMS rapportent que le diabète est maintenant considéré comme une épidémie mondiale. L'OMS projette que la mort causée par le diabète de type 2 augmentera de 50% dans les prochains 10 ans à travers le monde. (OMS, 2007)

À ce titre, Lefevre (2004) souligne l'urgence d'agir en matière d'embonpoint et d'obésité chez les jeunes.

Les enfants et les adolescents en surpoids tendent à devenir des adultes également trop gros. Les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'activité physique vont probablement perdurer, ce qui expose les jeunes d'aujourd'hui au risque d'avoir un diabète de type 2 dans le futur. Dès l'enfance d'ailleurs, le surpoids et l'obésité entraînent une augmentation de la glycémie, de la lipidémie et de la tension artérielle. Dans de nombreuses populations, les médecins voient de plus en plus de cas de diabète de type 2 chez les adolescents alors que, dans le passé, on ne pouvait en observer que chez les patients d'âge mûr ou âgés (OMS, 2004, p.2).

1.6.2 Les problèmes psychosociaux chez les adolescents

D'après les chercheurs qui œuvrent au sein de l'OMS, l'embonpoint et l'obésité représentent une problématique complexe ayant des répercussions importantes tant au niveau social que psychologique de la personne (OMS, 2007). De plus, l'OMS rapporte que l'obésité et l'embonpoint affecte presque tous les groupes d'âges et tous les groupes socio-économiques.

Il est à noter que les enfants obèses sont souvent ceux qui sont ciblés par leurs pairs. Ils sont plus probables à souffrir de dépression et une faible estime de soi (Loecher, 2002). À l'adolescence, l'estime de soi d'un jeune qui est obèse est réduite.

De façon historique, les enfants obèses ont été ridiculisés par des personnages fictifs qui étaient gourmands, gros et paresseux (Campbell, 2004). Ces stéréotypes n'ont pas aidé à la perception des gens qui sont obèses ou qui font de l'embonpoint. D'après Campbell (2004), maintes recherches menées auprès des jeunes de taille normale indiquent que

ceux-ci préfèrent jouer avec des enfants ayant un handicap qu'avec un enfant qui est gros. À cet égard, les travaux de Gergen et Gergen (1984) ont démontré que les effets de la discrimination peuvent engendrer chez la victime les réactions suivantes: perte d'estime de soi ou sentiment d'infériorité, disposition à échouer, angoisse et dépression.

1.7 Pourquoi améliorer la santé des adolescents ?

D'après Williams et al. (2002), les enfants et les adolescents qui adoptent un style de vie sédentaire avec une alimentation malsaine, se prédisposent à souffrir de maladies cardiovasculaire, de cancer ou d'accident vasculaire cérébral. D'après maintes recherches, l'embonpoint et l'obésité juvénile sont étroitement reliés aux maladies et à l'obésité chez les adultes (Freedman et al, 1999 ; Whitaker et al, 1997).

L'embonpoint et l'obésité juvénile affectent non seulement les jeunes en question et leurs familles, mais amènent surtout une augmentation des coûts financiers à notre système de santé. L'impact au niveau de la société en général est substantiel (Pyle et al, 2006). D'après Zametkin et al. (2004), il y a eu une augmentation de 228% en ce qui a trait à la maladie de la vésicule biliaire et une augmentation de 436% en ce qui a trait à l'apnée de sommeil relié à l'obésité chez les jeunes. Il y a 20 ans, le système de santé dépensait 35 millions de dollars, au cours des dernières années, il dépense 127 millions de dollars à cause d'une augmentation de maladies associées à l'embonpoint et à l'obésité juvénile (Zametkin et al, 2004).

Plusieurs cliniciens œuvrant en médecine, en nutrition et en psychologie ont tenté d'enrayer le problème d'obésité pédiatrique. Malgré les connaissances au niveau des

causes et des traitements possibles pour les jeunes souffrant d'obésité et d'embonpoint, il demeure très difficile de connaître un succès assuré avec les jeunes et les adolescents obèses (Barlow et Dietz, 2002). De nouveaux moyens afin de traiter l'obésité et l'embonpoint sont nécessaires. D'ailleurs, il a été recommandé que les écoles et les organismes communautaires devront jouer un rôle majeur dans le traitement de l'obésité juvénile (Barlow & Dietz, 2002 ; Zimetkin et al, 2004).

1.8 Justification de cette recherche

Le bien-fondé de ce projet de recherche prend appui sur de nombreuses recherches qui indiquent la nécessité de développer de nouveaux programmes d'intervention afin de traiter l'embonpoint et l'obésité juvénile (Petersen et al, 2002 ; Barlow & Dietz, 2002 ; Zimetkin et al, 2004).

D'après Turconi et al. (2006), un programme d'intervention ayant pour but de traiter l'embonpoint et l'obésité juvénile doit y avoir des stratégies correctives qui amèneraient à réduire le poids chez les adolescents. D'ailleurs, un programme de prévention et d'intervention nutritif devrait être implanté dans les écoles afin d'éduquer les élèves et leurs parents.

Notre recherche s'appuie sur les suggestions faites par Krebs et al. (2003), Sinton et Birch (2005). Ils suggèrent que nous devons identifier, prévenir et traiter l'obésité et l'embonpoint juvénile afin de réduire le risque des maladies chroniques et des problèmes psychosociaux vécus par les enfants obèses.

Les programmes d'estime de soi dans le traitement et la prévention de l'obésité juvénile sont recommandés par plusieurs auteurs et chercheurs dans le domaine des troubles alimentaires et dans la prévention de l'obésité juvénile (O'dea, 2006). Certaines recherches suggèrent que rehausser l'estime de soi d'un adolescent l'amènera à vouloir participer à des activités physiques ce qui aura un impact pour le maintien du poids (Button et al, 1996 ; Ikeda et al, 1999 ; Shisslak, Crago & Neal, 1990).

1.9 Objectifs et questions de recherche

En lien avec la recension des écrits, l'objectif de cette recherche est d'identifier, de comprendre et d'analyser les composantes sous adjacentes à l'élaboration d'un programme d'intervention scolaire pour contrer l'embonpoint et l'obésité chez les adolescents. Notre recherche repose sur les questions suivantes :

1. Quelle est l'importance de la composante de l'alimentation dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines?
2. Quelle est l'importance de la composante de l'exercice physique dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines?
3. Quelle est l'importance de la composante de l'estime de soi dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines?

De ces trois questions découlent trois objectifs spécifiques :

Le 1^{er} objectif spécifique est de déterminer l'importance de la composante de l'alimentation dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines.

Le 2^e objectif spécifique est de déterminer l'importance de la composante de l'activité physique dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines.

Le 3^e objectif spécifique est de déterminer l'importance de la composante de l'estime de soi dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines.

1.10 Retombées possibles de cette recherche

Le taux d'embonpoint et d'obésité juvénile continue à augmenter de façon incroyable depuis les derniers trente ans. Pour Pyle et al. (2006), l'obésité juvénile est maintenant une épidémie. D'après les recherches, les écoles sont des centres propices pour implanter un programme de prévention et d'intervention pour contrer l'obésité juvénile. D'après Ledford et al. (2003), les écoles sont des endroits accessibles, visibles et surtout des endroits où l'on peut avoir un impact sur les comportements des jeunes. De plus, les écoles sont des endroits éducatifs où les enfants doivent être en bonne santé afin d'apprendre selon leur plein potentiel (Van Landeghem et al., 2003). En général, les habitudes alimentaires ne sont pas faciles à changer, mais en mettant l'accent sur cette

composante aussitôt que possible dans la vie scolaire d'un jeune, meilleures sont les chances de réussite (Ledford et al. 2003).

D'après Pyle et al. (2006), il est important que les écoles reconnaissent que l'obésité est un problème de santé sérieux qui devrait être abordé par le personnel scolaire. Il est essentiel que tous les jeunes reçoivent une intervention en éducation nutritive et augmentent leur activité physique. Il serait aussi important d'intervenir chez les jeunes qui souffrent de troubles alimentaires ou de nutrition (Pyle et al., 2006).

Dans ce premier chapitre, nous avons exposé des données statistiques récentes quant à l'épidémie de l'obésité qui sévit actuellement à l'échelle planétaire. Ensuite, nous avons discuté des causes et des conséquences de l'embonpoint et de l'obésité chez les adolescents. Les troubles alimentaires les plus communs ont été présentés également. Nous avons complété ce chapitre par une présentation des problèmes physiques et psychosociaux causé par l'obésité juvénile. Le chapitre 2 propose le cadre théorique sur lequel repose cette recherche.

Chapitre 2 – Cadre théorique

Introduction

Dans ce chapitre, nous présentons le cadre théorique. Ce cadre théorique nous permettra d'examiner les composantes nécessaires pour mettre en place un programme de santé en milieu scolaire dans le but de contrer l'obésité juvénile. Pour ce faire, nous allons présenter et examiner deux projets qui ont été réalisés dans les écoles. Par la suite, nous allons examiner un troisième projet qui se réalise à l'extérieur du système scolaire. Les apports et les limites de ces programmes seront discutés en fonction des trois objectifs de recherche. Ensuite, nous allons présenter les recommandations du ministère de la santé du Manitoba et nous proposons un nouveau programme *Style de vie en santé*. Enfin, des consultations réalisées auprès des personnels spécialisés seront présentées.

2.1 Les traitements pour contrer l'obésité juvénile

Pour Schutz (2004), le traitement pour contrer l'obésité juvénile repose principalement sur un changement de comportement des jeunes au niveau de leur alimentation et de leur activité physique. Il semble y avoir plusieurs méthodes et modèles efficaces afin de contrer l'obésité chez les adolescents, ainsi Schutz (2004) semble constater qu'il est essentiel de :

(...) consacrer moins de temps aux activités sédentaires (regarder la télévision, s'asseoir devant son ordinateur et jouer aux jeux vidéo par exemple) permet d'obtenir de bons résultats mais qui demeurent modestes. Des changements dans l'alimentation associés à la pratique d'un sport ou d'une activité physique générale accrue donnent de meilleurs résultats que la modification des habitudes alimentaires seules, du moins en termes d'une modification de la composition corporelle (Schutz, 2004, p.7).

D'après Lobstein et al. (2004), les meilleurs endroits pour mettre en place des programmes d'interventions juvéniles pour contrer cette problématique sont : les cliniques communautaires, les environnements scolaires, les cliniques spécialisées dans le traitement de l'obésité et les interventions à domicile qui font participer de préférence toute la famille. Selon les travaux de Schutz (2004) : « ...*les programmes associant une intervention nutritionnelle à un programme d'exercice physiques ont eu de bien meilleurs résultats que ceux obtenus par la seule modification du régime alimentaire.* » (p.10).

Reconnaissant que l'obésité est considérée l'épidémie la plus importante au niveau de la santé publique, il s'avère essentiel d'impliquer les milieux scolaires (Wechler et al. 2004). Ainsi, sans une contribution importante de la part des écoles, il est fort probable que cette épidémie ne sera pas enrayée. Puisque la mission des écoles est d'éduquer; il est nécessaire de mettre l'accent sur la santé de l'élève. Les efforts pour promouvoir l'activité physique et pour avoir une alimentation saine dans nos écoles sont donc considérés essentiels afin de contribuer à la productivité des futurs citoyens de notre société (Wechler et al, 2004). Nous proposons des programmes d'interventions dans la prochaine section.

2.2 Présentation des programmes d'interventions

Il existe plusieurs programmes d'intervention qui ont pour but de contrer l'obésité juvénile. Les quatre programmes suivants seront discutés dans ce cadre théorique : *Planet Health*, *Action Schools! BC*, *Family Lifestyle Group* et *Écoles en santé*. Finalement, un nouveau programme nommé *Style de vie en santé* sera proposé.

2.2.1 Le Programme *Planet Health*

Planet Health est un programme américain d'intervention multidisciplinaire conçu pour les élèves de la quatrième, cinquième et de la sixième année. Ce programme est la première grande intervention en milieu scolaire couronnée de succès aux États-Unis (Schutz, 2004). D'après Gortmaker et al. (1999) *Planet Health* est un programme interdisciplinaire qui peut être enseigné dans les matières scolaires tels que les mathématiques, les sciences, les langues ainsi qu'en éducation physique. Les interventions visées par le programme *Planet Health* est d'encourager les jeunes à se fixer des buts avec leurs familles afin de se trouver des activités alternatives à l'écoute de la télévision tels que jouer à l'extérieur, pratiquer des sports. Considérant que le programme *Planet Health* fut considéré comme un succès, les chercheurs travaillent à augmenter le nombre d'écoles qui appliquent ce programme. Le curriculum est disponible au niveau national depuis septembre 1999.

Le programme *Planet Health* se concentrait sur les éléments suivants : une réduction de temps passé devant la télévision (2 heures ou moins par jour), une augmentation de temps consacré à l'activité physique et une alimentation plus riche en fruits et en légumes.

Au début de l'étude, les chercheurs ont déterminé que les jeunes visionnaient, en moyenne, trois heures de télévision par jour. Cela veut donc dire que ces jeunes passent environ 21 heures de leur semaine de façon sédentaire. C'est-à-dire qu'ils ne sont pas actifs durant ce temps et ne brûlent pas beaucoup de calories. De plus, ils sont exposés à des annonces publicitaires qui encouragent les visites aux restaurations rapides (fast-food) où les aliments sont souvent élevés en calories.

D'après Gortmaker et al. (1999), le traitement a eu des résultats positifs auprès des filles. Le taux d'obésité chez les filles étant de 23.6% est diminué à 20.3% grâce à ce programme d'intervention, tandis que le taux d'obésité a augmenté de 2.2% dans les écoles qui ne participaient pas au programme *Planet Health*. Par contre, les résultats n'étaient pas significatifs au niveau des garçons qui ont participé à ce même programme (Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 1999). Les chercheurs du programme *Planet Health* n'ont pas découvert pourquoi le programme fut un succès auprès des filles mais non auprès des garçons. Gortmaker et al. (1999) présument que le manque de succès auprès des garçons est dû au fait qu'il existe des différences développementales entre les deux sexes surtout à l'adolescence.

Finalement, Gortmaker et al. (1999) rapporte que les filles qui étaient obèses au début de l'étude ont doublé leur chance de devenir des jeunes ayant un poids santé. La diminution de l'obésité chez les jeunes était directement reliée à la réduction du temps passé devant le téléviseur. Le risque d'obésité a diminué de 15% avec la réduction de chaque heure de visionnement (Gortmaker et al., 1999). « *Les traitements prévus ont eu des effets significatifs permettant d'obtenir de bons résultats dans la lutte contre l'obésité* » (Gortmaker et al. 1999 & Schutz, 2004, p.5).

2.2.2 Apports et limites du modèle *Planet Health*

Alimentation

Les résultats obtenus au niveau des changements alimentaires dans le cadre du programme *Planet Health* démontrent que les filles ont connu un certain succès contrairement aux garçons. En effet, Schutz (2004) souligne qu' «... *au sein du groupe d'intervention féminin, les portions quotidiennes de fruits et de légumes ont augmentées d'un tiers en volume par rapport à celle consommée par le groupe témoin* » (p.409). Quant aux résultats obtenus auprès des garçons, une limite du programme est à noter, car aucun changement n'a été constaté par l'équipe de chercheurs. D'après eux, les différences des comportements alimentaires varient entre les deux sexes et cela « (...) *pourraient expliquer pourquoi les résultats en matières d'obésité sont visibles chez les filles et absentes chez les garçons* » (Schutz, 2004, p.410).

Activité physique

Les leçons au niveau du programme *Planet Health* sont intégrées dans les matières telles que les mathématiques, les sciences humaines, les sciences naturelles et les cours de langues. D'après Gortmaker (2002), le programme *Planet Health* encourage les jeunes à remplacer leur habitude d'écouter la télévision par une nouvelle habitude telle que la pratique de sports variés. La principale lacune du programme *PlanetHealth*, est que les activités physiques préconisées par ce dernier ne font pas partie des cours d'éducation physique, où il serait important d'apprendre un nouveau sport ou une nouvelle activité physique (Wiecha et al. 2004).

Estime de soi

Le programme comprend 32 leçons dispensées par le personnel enseignant. Les leçons visent la promotion d'une saine alimentation, une réduction du visionnement de télévision et une augmentation de l'activité physique (Wiecha et al., 2004). Une limite du programme *Planet Health*, est que ce dernier n'aborde pas la composante de l'estime de soi chez les adolescents. Cette dernière est une composante essentielle à inclure dans un programme de prévention à l'obésité. D'après l'OMS (2006) :

Il a été clairement démontré qu'il existait une relation entre la baisse de l'estime de soi et l'obésité, notamment chez les enfants et les adolescents. Les filles obèses sont d'ailleurs plus enclines à souffrir de graves problèmes émotionnels et de sensation d'impuissance. (p.31)

2.3.1 Le Programme *Action Schools! BC*

Le second programme d'intervention présenté est *Action Schools! BC*, développé au niveau du gouvernement de la Colombie Britannique. La promotion de l'activité physique chez l'enfant est devenue une priorité pour le ministre de la santé, le ministre de l'éducation ainsi que pour le ministre du tourisme, des sports et des arts (MTSA) de la Colombie Britannique.

Le ministre de l'éducation s'est occupé d'établir des normes en ce qui concerne l'activité physique requise par tous les élèves de la maternelle à la douzième année. Le ministre de la santé s'occupait non seulement de la santé des individus mais devait promouvoir davantage l'activité physique, une saine alimentation et le bien-être des élèves.

Conçu pour les élèves de la quatrième à la septième année, le programme *Action Schools! BC* est une initiative multidisciplinaire qui comprend plusieurs composantes. Ce programme met l'accent sur l'activité physique et l'alimentation saine. Il requiert la participation des familles, des enseignants, de l'administration scolaire ainsi que des divisions scolaires afin de créer le plus d'occasions pour faire de l'activité physique et de permettre l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires chez les jeunes.

Afin de mieux cerner les données statistiques quant à l'efficacité du programme *Action Schools! BC*, nous présentons quelques données informatives relatives à l'expérimentation du programme. D'abord, ce programme fut piloté dans dix écoles de la Colombie Britannique entre le mois de février 2003 jusqu'en juin 2004. Quatre écoles étaient des écoles de liaison – dont un entraîneur était présent dans l'école afin d'implanter et de promouvoir le programme. Trois écoles (écoles championnes) avaient une personne contacte et une personne dans l'école désignée comme chef du programme. Trois autres écoles n'avaient aucune intervention du programme *Action Schools! BC*.

Le niveau d'activité physique des jeunes participants du programme *Action Schools! BC* a augmenté de 25% pour les jeunes qui provenaient des écoles qui avaient déjà un programme de santé en place. De plus, les écoles qui ont eu un entraîneur du programme ont vu une augmentation de 33% dans l'activité physique de leurs jeunes (McKay, 2004).

Notons que les participants du programme *Action Schools! BC* devaient porter un pedomètre afin de calculer leur nombre de pas lors de leurs déplacements. Les résultats ont démontré une augmentation de 25 % chez les participantes. D'après McKay (2004), il

y eu une diminution de 2.2 % du risque d'obésité chez les participantes du programme *Action Schools! BC*.

D'après McKay (2004), les résultats démontrent que les participants du programme *Action Schools! BC* ont doublé leur temps d'activité physique. Le temps désigné à l'exercice physique a augmenté de 50% dans les écoles championnes et a doublé dans les écoles ayant un entraîneur parmi leur personnel. En moyenne, les enseignants des écoles *Action Schools! BC* avaient 49 minutes d'activité physique au delà de ce que les autres écoles offraient.

2.3.2 Apports et limites du modèle *Action Schools! BC*

Alimentation

Le programme *Action Schools! BC* a créé une conscientisation aux niveaux des participants quant à la consommation de fruits et de légumes recommandés par le guide alimentaire canadien : soit cinq portions de fruits ou de légumes par jour. Nous précisons une limite à ce programme au niveau de l'impact de l'intervention de ce dernier. En effet, les jeunes n'ont pas augmenté leur consommation au niveau de ce groupe alimentaire.

Activité physique

D'après le rapport (Evaluation Report and Recommendations, 2004) du programme *Action Schools! BC*, les garçons ont été plus actifs que les filles. D'ailleurs, nous relevons une limite quant au programme, soit au niveau de l'activité physique pratiqué par les filles. Ainsi, les résultats démontrent que les garçons participaient en moyenne à treize

minutes d'activité physique de plus que les filles et marchaient 8% de plus que celles-ci par jour.

Estime de soi

D'après McKay (2004), un programme qui aurait une composante socio-émotive et qui tiendrait compte de l'importance de la santé mentale du jeune serait bénéfique. D'ailleurs, les garçons et les filles deviennent plus critiques au sujet d'eux-mêmes au fur et à mesure qu'ils arrivent à l'adolescence (McKay, 2004). L'absence d'une composante socio-émotive telle que l'estime de soi constitue donc une limite.

2.4.1 Le programme *Family Lifestyle Group*

Le programme *Family Lifestyle Group* est offert au Manitoba, à toutes les familles de Winnipeg, qui ont un enfant, âgé de 18 ans ou moins et qui fait de l'embonpoint ou qui est obèse. Les familles sont généralement référées au programme par leur médecin de famille. Il est à souligner que ce programme n'est pas offert dans les écoles.

Le programme *Family Lifestyle Group* fut créé par des spécialistes œuvrant à l'office régional de la santé de Winnipeg (ORSW). Ce programme est géré par deux spécialistes; soit un diététiste et un entraîneur physique certifié.

Ce programme demande la participation de quatre à cinq familles inclusivement et met l'accent sur les changements familiaux au niveau de leur style de vie, soit sur les

habitudes alimentaires et la pratique d'activité physique. Le programme met aussi l'accent sur l'image corporelle et l'estime de soi chez les adolescents.

Dans le cadre du programme *Family Lifestyle Group*, certaines sessions sont offertes au niveau de la famille, et certaines demandent seulement la participation des enfants ou des adolescents. Les sessions de groupes sont divisées en deux catégories d'âges; soit pour ceux de 8 à 12 ans et pour ceux de 13 à 17 ans.

2.4.2 Apports et limites du programme *Family Lifestyle Group*

Alimentation saine et activité physique

Le programme *Family Lifestyle Group* offre beaucoup de similarités avec les deux programmes scolaires mentionnés précédemment, soit le programme *Planet Health* et le programme *Action Schools! BC*. Les trois programmes mettent l'accent sur l'importance d'une alimentation saine et encouragent une augmentation de l'activité physique.

Un avantage du programme *Family Lifestyle Group* est que le programme vise à augmenter le niveau d'activité physique et à améliorer les choix alimentaires de tous les membres de la famille. Les parents sont des modèles pour leurs enfants. D'après Chiva (2001), les enfants imitent leur « (...) *parent, adulte, pair, enseignant, etc, pour faire comme lui, pour lui ressembler, pour grandir* » (p.5).

Estime de soi

Le programme *Family Lifestyle Group* a une troisième composante importante qui ne fait pas partie des programmes *Planet Health* et *Action Schools! BC*. Ce dernier est la composante de l'image corporelle et l'importance d'une bonne estime de soi chez les adolescents. Cette dernière composante est justement une des recommandations importante faite par les chercheurs des programmes *Planet Health* et *Action Schools! BC*. L'ajout de cette composante est donc nécessaire pour un programme scolaire qui a pour but de contrer l'obésité chez les adolescents.

Par ailleurs, le programme *Family Lifestyle Group* accepte seulement quatre à cinq familles par cycle de huit semaines, ce qui peut constituer une limite. En conséquence, un nombre limité de familles a accès au programme à Winnipeg. De plus, le programme demande un engagement au niveau de la famille. D'après Buiten et Metzger (2000), presque 80% des jeunes qui ont deux parents obèses deviendront eux aussi des adultes obèses. Le taux baisse à 40% si seulement un parent est obèse. Donc, souvent, l'obésité est souvent un problème au niveau de la famille. Toutefois, les familles ne sont pas toujours prêtes à se joindre à un groupe afin d'appuyer leur enfant obèse, soit que c'est humiliant ou c'est un problème qu'ils ne sont pas encore prêt à affronter.

Modification du programme

Malgré le fait que le programme *Family Lifestyle Group* n'a pas été conçu pour le système scolaire compte tenu qu'il requiert la participation des familles, il serait peut-être possible de modifier ce dernier afin que ce programme s'adresse aux adolescents en

contexte scolaire. Afin de contrer l'obésité juvénile, un programme qui ferait la promotion d'un style de vie en santé chez les adolescents pourrait être créé à partir des trois composantes du programme ; soit une alimentation saine, une augmentation au niveau de l'activité physique et la composante de l'image corporelle ainsi que la promotion d'une bonne estime de soi.

2.5.1 Écoles en santé (Healthy Schools - Healthy Kids, Healthy Schools, Healthy Communities)

L'initiative *Écoles en santé* fut créée afin de promouvoir la santé et le bien-être des élèves, de leurs familles, du personnel des écoles et des communautés environnantes au Manitoba. Cette initiative repose sur un partenariat entre Santé Manitoba, Éducation Manitoba, Jeunesse et Citoyenneté et Enfant en Santé au Manitoba. Ces derniers croient qu'une bonne santé est nécessaire afin que les jeunes puissent connaître le succès et qu'ils puissent bien apprendre à l'école. D'après le ministère de la Santé (2005), les écoles sont dans une situation unique à pouvoir influencer de façon positive les enfants et leurs familles par rapport à la santé.

Le document *Écoles en santé* comprend les six domaines suivants : l'activité physique, l'alimentation saine, la sécurité personnelle, l'abus de drogues et d'alcool, la santé mentale et la sexualité. Le document *Écoles en santé* comporte six domaines, seulement trois domaines qui se rapportent à l'embonpoint et à l'obésité chez les adolescents seront présentés dans le cadre de cette recherche. Ces derniers sont : l'alimentation saine, l'activité physique et la santé mentale.

L'alimentation

Le document présenté par Santé Manitoba (2005), indique que l'alimentation saine aide les enfants à grandir, à se développer et à bien réussir à l'école. Prendre son petit déjeuner à la maison ou à l'école, aide à la concentration, à la mémoire, à la pensée critique et à la créativité. Une alimentation saine aide aux jeunes à être plus calme, attentifs et prêts à apprendre. Une alimentation saine aide et prévient des problèmes de santé chez les enfants et les adolescents tels que le diabète, l'obésité et les caries.

Les écoles sont encouragées à non seulement enseigner l'alimentation saine, mais à développer des politiques scolaires au niveau de la nutrition. Des choix de santé devraient être offerts dans les cafétérias et dans les cantines. Le document stipule également que l'on ne devrait pas se servir de nourriture malsaine comme récompense en classe et de trouver un autre moyen afin de prélever des fonds scolaires.

L'activité physique

Santé Manitoba (2005) rapporte que les enfants qui sont plus actifs au niveau physique, démontrent un meilleur rendement académique. Ils expliquent, également, que les cours d'éducation physique régulier aident aux enfants à demeurer actifs lors de l'adolescence. Cela aide, également, à maintenir leur poids santé (Santé Manitoba, 2005). Les enfants qui sont plus actifs physiquement démontrent une meilleure estime de soi et une meilleure image corporelle. L'exercice régulier aide à la santé mentale de l'enfant et contribue à sa croissance et à son développement. Ainsi, l'activité physique pratiquée régulièrement chez les enfants peut devenir une habitude que l'individu continue à l'âge

adulte. L'activité physique régulière amène à un meilleur style de vie en santé et au meilleur comportement de l'individu (Santé Manitoba, 2005).

La santé mentale

D'après Santé Manitoba (2005), une personne ayant une bonne santé mentale est décrite comme un individu qui peut penser et interagir dans le monde de façon positive, qui jouit de la vie et qui réagit de façon appropriée lors des moments difficiles. Les troubles mentaux liés à l'obésité sont principalement l'anxiété et la dépression. À ce titre, Vincent (2004) ajoute, « (...) *la survenue de certains états psychologiques comme la dépression ou le stress peuvent influencer sur la prise de poids* » (p.2). En résumé, nous constatons que l'embonpoint et l'obésité peuvent engendrer certains problèmes de santé mentale.

2.6 Programme proposé : *Style de vie en santé*

Avant de présenter un descriptif du programme, nous proposons un bref résumé des consultations réalisées auprès des personnels spécialisés afin de mieux préparer le déroulement des neuf sessions du programme *Style de vie en santé*.

2.6.1 Consultation préliminaire au développement du programme

Style de vie en santé

D'abord, une consultation a été faite auprès d'une infirmière du centre Youville afin de nous familiariser avec les programmes offerts intitulés *Mothers and Daughters in Touch* et *Girls on the Move*. Quant au premier programme offert, ce dernier a pour but de favoriser l'estime de soi et une image corporelle positive auprès des jeunes adolescentes. Le deuxième programme encourage davantage la pratique de l'exercice physique, le

développement d'une alimentation saine tout en favorisant une estime de soi grâce aux activités sportives. Une consultation a été faite avec une diététiste de l'office régionale de la santé de Winnipeg (ORSW) afin de nous familiariser avec le programme *Family Lifestyle Group*. Ce programme est offert à toutes les familles ayant un jeune de dix-huit ans ou moins qui fait de l'embonpoint ou qui est obèse. Le programme *Family Lifestyle Group* encourage l'activité physique et une alimentation saine au niveau de la famille. L'image corporelle des adolescents est également abordée.

Deux consultations ont été faites auprès d'un entraîneur physique par rapport à l'activité physique chez les adolescents.

Par ailleurs, nous avons considéré important de réaliser une observation participante du programme *Girls on the Move* en vue d'enrichir nos connaissances. Ce programme vise à rehausser l'estime de soi des filles en promouvant l'activité physique.

De plus, trois sessions du programme *Family Lifestyle Group* ont été observées en novembre et décembre 2006. Deux spécialistes, soit une diététiste et une physiothérapeute ont discuté de l'alimentation saine, de l'activité physique, de l'image corporelle et des troubles alimentaires.

Somme toute, après les consultations avec ces spécialistes, le programme *Style de vie en santé* fut développé afin de répondre aux besoins des adolescents au niveau alimentaire, physique et émotif. Le programme *Style de vie en santé* comprend neuf sessions qui proposent des activités variées qui visent à rencontrer les trois objectifs du programme. En ce qui attrait au premier objectif, celui de l'amélioration des choix alimentaires de la

part des adolescents, le programme aborde les trois thèmes suivants : les choix alimentaires, une étude du guide alimentaire canadien et un survol de différents menus provenant de restauration rapide. Le deuxième objectif visant l'augmentation de l'exercice physique chez les adolescents, comprend la présentation de nouvelles activités physiques et d'une session animée par un entraîneur physique. Le troisième objectif, le rehaussement de l'estime de soi présente trois thèmes, soit l'image corporelle, l'effet des médias et l'image de soi. Les neuf sessions du programme *Style de vie en santé* sont détaillées en Annexe A.

L'alimentation

D'après Shepherd et Dinnson (1996), une alimentation saine est importante pour tout individu. Il est surtout important de mettre en place un programme pour les adolescents, car leurs habitudes alimentaires se développent en début d'adolescence et celles-ci demeurent semblables lorsqu'ils deviennent adultes.

Pendant l'adolescence, une bonne alimentation est essentielle pour supporter des taux de croissance plus élevée, et, d'autre part, les habitudes diététiques apprises dans l'enfance et l'adolescence peuvent, dans une certaine mesure, être conservées dans la vie d'adulte (Shepherd et Dinnson, 1996, p.1).

Exercice physique

Faire de l'exercice de façon régulière réduit les chances de devenir obèse. D'après Santé Canada (2005), l'obésité et l'inactivité augmentent le risque de maladies cardiovasculaires. L'activité physique régulière aide à la santé des os chez les enfants (Santé Canada, le guide alimentaire canadien, 2007). Santé Canada (2007) ajoute :

Le fait de bien manger et d'être actif favorise conjointement votre santé. En adoptant de telles habitudes, vous contribuez à réduire le risque d'obésité, de diabète de type 2, de maladies du coeur, de certains types de cancer et d'ostéoporose. Ces habitudes offrent aussi de nombreux autres avantages : une meilleure santé globale, une diminution du risque de maladies, un poids santé, une sensation de bien-être et une meilleure apparence, un regain d'énergie et un renforcement des muscles et des os.

Estime de soi

D'après plusieurs chercheurs, l'obésité nuit à l'estime de soi. À ce propos, le groupe de réflexion constitué de médecins et de chercheurs spécialisés dans le domaine de l'embonpoint et de l'obésité (2005) reconnaît que le rejet social est omniprésent chez les jeunes ayant un surplus de poids.

Le rejet social induit chez la personne en surcharge pondérale une perte de l'estime de soi. Dans certains cas, la mise à l'écart a commencé tôt dans la vie de l'individu. Elle a induit ou majoré des troubles du comportement alimentaire et des perturbations identitaires (Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids, 2005, p.1).

Somme toute, de nombreux chercheurs notent une diminution de l'estime de soi chez les jeunes souffrant d'embonpoint ou d'obésité. Considérant que l'estime de soi représente une composante essentielle au développement optimum de la personne, il est important de nous attarder à la définition de cette dernière. Pour l'Association canadienne pour la santé mentale (2008), une bonne estime de soi favorise une bonne santé mentale :

(...) jouir d'une bonne santé mentale nous permet de profiter des joies que nous apportent notre vie, notre milieu et les gens qui nous entourent. Nous pouvons être créatifs, apprendre, essayer de nouvelles choses et prendre des risques. Nous sommes mieux préparés à traverser les moments difficiles de notre vie personnelle ou professionnelle. Même si nous ressentons la tristesse et la colère pouvant accompagner le décès d'un être cher, la perte d'un emploi, les problèmes interpersonnels ou d'autres

événements difficiles, nous pouvons reprendre le dessus et retrouver goût à la vie avec le temps (site web, section, les avantages).

Une bonne santé mentale aide les individus à réaliser leur plein potentiel. Ils sont d'abord capables de comprendre les autres et se sentent bien dans leur peau. Les individus ayant une bonne santé mentale peuvent subir un stress majeur, jouir des moments positifs et trouver des solutions à leurs problèmes. Ces gens sont aussi capables de se fixer des buts et de suivre leurs intérêts. Ils peuvent prendre des décisions et se sentent en contrôle de leur vie. Une bonne santé mentale aide au développement de la résilience chez l'individu et au développement des techniques de résolutions de problèmes (OMS, 2005).

2.7 Groupe Cible

Le programme *Style de vie en santé* a été conçu pour des élèves au niveau de la 6^e, 7^e et de la 8^e année. Ce programme a été conçu pour un groupe fermé de six à huit participants. Selon Brigman et Earley (1991), le nombre de participants recommandé pour constituer des groupes de counselling auprès d'une clientèle adolescente est de cinq à dix élèves. Ceci dit, il serait possible de cibler une salle de classe ou former un groupe multi-niveaux. Un petit groupe permet un partage authentique entre des participants qui apprennent à se connaître. Le groupe doit être assez petit pour que les jeunes puissent se sentir en sécurité afin de partager leurs expériences, leurs craintes et leurs succès de façon ouverte. Si, lors de la formation d'un groupe, le nombre d'élèves qui s'intéressent à participer, compte plus de huit participants, le nom de tous ces derniers pourraient être choisis au hasard afin de former le groupe. Un petit groupe, tel qu'un groupe de soutien comprend des avantages. Toseland (1995), explique clairement les avantages d'un groupe soutien:

Il permet, entre autres, de gérer les interventions des membres qui auront eux aussi une part active dans l'évolution du groupe. L'utilisation de thèmes faciliterait les interactions entre les membres du groupe et l'échange de solutions aux divers problèmes encourus dans ce milieu (Toseland, 1995, p.40).

2.8 La durée d'un groupe – Programme *Style de vie en santé*

Le nombre de sessions recommandé pour ce programme est de huit à dix sessions. La durée de chaque session de groupe devrait être d'une heure à une heure et demie. Un temps idéal pour rencontrer un groupe de jeunes pour ce programme est à la pause du dîner en y ajoutant une demi-heure après le dîner. Les sessions devraient se dérouler une fois par cycle ou une fois par semaine. Les élèves mangent habituellement leur dîner durant cette période de temps. Ceci nous donne des occasions pertinentes de débiter des discussions au niveau de l'alimentation ou d'approfondir des thèmes en lien avec les objectifs de la recherche.

2.9 Les spécialistes – Programme *Style de vie en santé*

Ce programme est plus efficace lorsque nous avons des experts qui présentent leurs connaissances au groupe. Les deux spécialistes recommandés pour ce programme sont une diététiste ou nutritionniste communautaire et un entraîneur physique certifié. Un enseignant qui œuvre au niveau de l'école ou un conseiller en orientation pourrait gérer le déroulement du programme.

Diététiste, nutritionniste communautaire

Une diététiste ou une nutritionniste communautaire est un spécialiste qui peut apporter une composante importante au programme *Style de vie en santé* quant au thème de l'alimentation. Cette dernière a d'abord accès aux dernières informations, études et données qu'elle pourra apporter au programme. Une description détaillée se trouve en Annexe B.

Entraîneur physique certifié

Un entraîneur physique est un spécialiste qui peut apporter une composante importante au programme *Style de vie en santé* quant au thème de l'exercice physique. Ce dernier a d'abord accès aux dernières informations, études et données qu'il pourra apporter au programme. Une description détaillée se trouve en Annexe B.

Conseiller en orientation

Un conseiller en orientation est un spécialiste qui peut promouvoir le développement de l'estime de soi chez l'enfant tout en offrant le programme *style de vie en santé*.

2.10 Matériaux nécessaires – Programme *Style de vie en santé*

Certains outils et matériaux sont nécessaires afin d'assurer le bon déroulement du programme *Style de vie en santé*. Une liste de ces derniers se trouve en Annexe C.

Collations – Style de vie en santé

Le programme *Style de vie en santé* comprend une composante nutritive liée au thème de l'alimentation. Une description de collation possible à offrir lors des neuf sessions se trouve en Annexe D.

Dans le présent chapitre, nous avons d'abord présenté les programmes d'interventions ayant pour but de contrer l'obésité juvénile. Les apports et les limites des programmes : *Planet Health*, *Action Schools! BC* et *Family Lifestyle Group* fut également abordés. Le programme *École en santé* a ensuite été présenté. Enfin, le programme *Style de vie en santé* a été proposé comme programme scolaire. La présentation du groupe cible, la durée du groupe, les spécialistes et les matériaux nécessaires pour le déroulement du programme complète ce chapitre.

Chapitre 3 - Méthodologie

Introduction

Dans ce chapitre, nous présentons la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche. D'abord, nous présentons les raisons justificatives quant au choix de la recherche qualitative utilisée dans cette recherche. Par la suite, nous présentons les perspectives théoriques de l'étude de cas. Le devis méthodologique constitué de trois sous sections est présenté, soit l'échantillonnage (section 3.3.1), les outils de collecte de données (section 3.3.2) et les méthodes de traitement d'analyse de données (section 3.3.3). Ce chapitre se termine par une brève présentation des forces et des limites de la recherche.

3.1 Recherche qualitative / interprétative

Une approche qualitative et interprétative a été utilisée dans le cadre de cette recherche. De nombreux chercheurs reconnaissent que cette approche permet au chercheur d'observer les participants dans leur milieu de travail naturel et tient compte des relations interpersonnelles tissées entre les enseignants et les apprenants (Denzin et Lincoln, 1994; Karsenti et Savoie-Zajc, 2004). D'ailleurs, Karsenti et Savoie-Zajc (2004) soulignent également que ce type de recherche tient « ... *compte des interactions que les individus établissent entre eux et avec leur environnement* » (p.125).

De plus, Denzin et Lincoln (1994) déclarent que:

La recherche qualitative / interprétative consiste en une approche à la recherche qui épouse le paradigme interprétatif et privilégie l'approche naturaliste. Ainsi, elle tente de comprendre de façon riche les phénomènes à l'étude à partir des significations que les acteurs de la recherche leurs

donnent. Les études sont menées dans le milieu naturel des participants. La recherche qualitative / interprétative est éclectique dans ses choix d'outils de travail (traduction libre, p.2).

Pour Karsenti et Savoie-Zajc (2004), la démarche d'une recherche qualitative et interprétative est favorable dans le domaine de l'éducation parce qu'elle

(...) se moule à la réalité des répondants; elle tient compte des apprentissages du chercheur à propos du sens qui prend forme pendant la recherche. Les résultats sont formulés en des termes clairs et simples aux participants à la recherche, ce qui les rend plus accessibles. (p.125)

Pour qu'une recherche soit serviable et pertinente à ceux qui œuvrent dans le domaine de l'éducation, il doit y avoir des liens étroits entre la recherche et la réalité quotidienne de la salle de classe. Pour ce faire, Karsenti et Savoie-Zajc (2004) soulignent :

Le type de recherche proposé dans une démarche qualitative/interprétative se situe au cœur même de la vie quotidienne et cherche à mieux la comprendre pour ensuite agir sur elle. C'est une démarche heuristique qui poursuit souvent des buts pragmatiques et utilitaires, c'est-à-dire qui peuvent déboucher sur des applications pratiques des résultats obtenus (p.125).

En effet, au cours de l'expérimentation, nous avons pu tisser des liens étroits avec les participants afin de recueillir des commentaires de ces derniers tout au long du programme *Style de vie en santé*.

Considérant que l'étude de cas est associée à la recherche qualitative, il nous semble important de vous présenter cette technique particulière de cueillette de données dans la prochaine section.

3.2 L'étude de cas

Selon Merriam (1998), Stake (1995) et Yin (2003), l'étude de cas est associée à la recherche qualitative. Pour Mucchielli (1996), l'étude de cas est une méthode unique de cueillette de données, car elle diffère dans ses

(...) techniques particulières de cueillette, de mise en forme et de traitement de l'information qui cherche à rendre compte du caractère évolutif et complexe des phénomènes relatifs à un système social qui comporte ses propres dynamiques. (p.77)

Il est intéressant de s'attarder aux écrits de plusieurs chercheurs tels que Merriam (1998), Stake (1995) et Yin (2003), car ils ont des vues différentes sur la définition de l'étude de cas. Cependant, Karsenti et Demers (2004) soulignent que ces trois chercheurs reconnaissent que l'étude de cas possède une (...) *grande souplesse et son étendue peu commune parmi les devis de recherche* ». (cité dans Karsenti et Savoie-Zacj, 2004, p.211)

Dans le cadre de cette recherche, chaque participante (élève) devient le cas de recherche.

Stake (1995) le souligne également :

Pour lui, l'étude de cas est à la fois le processus de l'étude du cas et le produit écrit de ce qui a été observé et étudié. Le cas individuel est un système restreint, qui comprend les composantes (les variables) et leurs interactions. Ce système a des limites naturelles, c'est-à-dire qu'une école peut être le cas, tout comme un élève en particulier peut aussi l'être. Le cas peut également être un programme d'étude ou une innovation pédagogique. (Karsenti, Demers, 2000, p.213)

L'étude de cas nous permet d'analyser les participants dans leur contexte scolaire (situation réelle) afin de voir comment ils se manifestent et évoluent au courant du programme. Mucchielli (1996) souligne que l'étude de cas consiste à « (...) *rapporter*

une situation réelle prise dans son contexte et à l'analyser pour voir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse» (p.77).

Selon Yin et al (1994), « *la puissance explicative découle de la profondeur de l'analyse du cas et non du nombre des unités d'analyse étudiées* » (Karsenti et Demers, 2000, p.214).

3.3 Devis méthodologique

Le devis méthodologique est composé de l'échantillonnage (section 3.3.1), les méthodes de collecte de données (section 3.3.2) et les méthodes de traitement et d'analyse de données (section 3.3.3).

3.3.1 Échantillonnage

Compte tenu de la nature exploratoire et des objectifs de recherche, nous avons opté pour une procédure d'échantillonnage « non probabiliste ». La procédure d'échantillonnage « non probabiliste » est retrouvée le plus souvent parmi les recherches qualitatives. Selon Poupart et al. (1997), cette procédure d'échantillonnage est plus spécifiquement appropriée à l'étude de cas. Poupart et al. (1997) soulignent même que :

Dans les recherches menées en milieu naturel et portant sur des sujets (...) certains phénomènes ne peuvent se comprendre que par une analyse fine que permettent l'étude de cas, la monographie, l'observation participante et l'histoire de vie. Dans ces cas, l'échantillonnage non probabiliste demeure le plus efficace, sinon le seul possible. (p.97)

De plus, Deslauriers et Kérisit (1997) reconnaissent que les recherches qualitatives s'attardent aux caractéristiques précises et visent une connaissance particularisée des cas étudiés.

Ce projet de recherche s'est réalisé auprès d'élèves d'une école d'immersion française situé à Winnipeg, au Manitoba au sein de la division scolaire Louis-Riel. Le programme *Style de vie en santé* a été conçu pour huit élèves des niveaux de la 6^e à la 8^e année. Tous les élèves de la sixième année (vingt-cinq élèves), septième année (dix-neuf élèves) et de la huitième année (vingt-six élèves) ont été invités à participer au programme. Quarante neuf des soixante-dix élèves ont démontré un intérêt à participer au programme *Style de vie en santé*. Les élèves de la septième et de la huitième année ont été éliminés à cause d'un manque de disponibilité selon les horaires de cours établis par la direction de l'école. Ceci dit, des vingt élèves de la sixième année qui ont démontrés un intérêt à participer au projet *Style de vie en santé*, huit élèves ont été choisis au sort. Le formulaire d'intérêt de participation se trouve en Annexe E.

De ces huit élèves, deux élèves se sont retirés du groupe lors de la sixième session et une troisième participante parmi ces huit, était absente lors de la première session et n'a pas pu remplir le premier questionnaire. Dans le cadre de cette recherche, notre échantillonnage final est composé de cinq élèves (participantes), qui ont été présentes aux neuf sessions du programme *Style de vie en santé*. Ce programme, d'une durée de neuf sessions, se déroulait tous les jours 5 de 11h15 à 12h15 (du 10 janvier 2007 au 19 mars 2007). Rappelons qu'une description du programme est en Annexe A. En collaboration avec l'administration scolaire de l'école Varennes, nous avons remis un formulaire de consentement (Annexe F) aux parents des huit participants qui ont été choisi pour participer au projet *Style de vie en santé*. Notons, que ces formulaires ont été dûment remplis par les parents des participantes.

3.3.2 Les méthodes de collecte de données

Notre recherche fait appel à des stratégies qualitatives de collecte de données. Ainsi, nous avons utilisé quatre méthodes de collecte de données, soit le questionnaire, l'observation, le journal de réflexion et l'entrevue de groupe semi-dirigée. Nous tenons à spécifier que les langues de communication utilisées, tout au long de la collecte de données, sont l'anglais et le français.

Le questionnaire

Selon Dolbec et Clément (2004), le questionnaire nous permet d'obtenir « (...) *de l'information auprès d'un groupe d'individus* » (p.201). Le questionnaire comporte des questions par rapport aux trois thèmes de l'étude; soit l'alimentation, l'exercice physique et l'estime de soi. Chaque participant du programme *Style de vie en santé* a rempli deux questionnaires identiques (Annexe G). Le premier questionnaire a été rempli lors de la première session et le deuxième questionnaire a été rempli lors de la dernière session (session neuf). Le questionnaire comprend vingt-quatre questions à choix de réponses.

Administration du questionnaire

Les participantes ont toutes remis le formulaire de consentement dûment rempli à la direction de l'école. Lors de la première session du projet de recherche, sept participants étaient présents. Ils ont tous reçu deux questionnaires identiques et ont dû choisir un numéro de trois chiffres au hasard qu'ils ont ensuite inscrit sur les deux questionnaires afin de préserver la confidentialité. Un questionnaire a été rempli en présence de l'équipe de recherche lors de la première session et l'autre questionnaire a été conservé dans un

lieu sécuritaire (filrière barrée à clé). Ce dernier questionnaire a été également rempli en présence de l'équipe de recherche lors de la dernière session (session neuf).

L'observation

L'observation est une méthode de collecte de données importante dans le cadre d'une recherche qualitative / interprétative. À ce titre, Karsenti et Savoie-Zajc (2004) soulignent qu' : « *En recherche qualitative/interprétative, l'observation constitue un mode important de collecte de données* » (p.135).

Au niveau de cette recherche, le type d'observation utilisé fut celui de l'observation participante. L'observation participante permet au chercheur de participer à la vie du groupe. De plus, ce type d'observation permet au chercheur de faire des observations au niveau des participantes lors du déroulement du programme. Ceci permet aussi au chercheur de faire des interprétations et même des changements au niveau de la pédagogie du programme lors du déroulement de ce dernier. En effet, Karsenti et Savoie-Zajc (2004), déclarent :

L'observation participante (...) permet au chercheur de mettre en question, de vérifier au fur et à mesure ses interprétations auprès des personnes avec lesquelles il est en interaction (...). C'est la grande force de type de collecte de données : il permet de dépasser le langage, ce que les personnes disent qu'elles font, pour s'intéresser à leurs comportements et au sens qu'elles y donnent » (p.137).

Dans le cadre de cette recherche, les observations ont été faites lors des huit premières sessions. L'équipe de recherche a pris en note les commentaires des participants ainsi que

les discussions qui ont eu lieu lors du déroulement des sessions du projet *Style de vie en santé* (Annexe H).

Journal de réflexions personnelles

Le journal de réflexions personnelles a été réalisé par chaque participant du programme *Style de vie en santé*. Un exemplaire se trouve en Annexe I. Le journal de réflexion personnel servait comme outil réflexif par rapport aux apprentissages que chaque participant faisait lors de la session de groupe. Cette réflexion devait se faire dans un journal de réflexions personnelles mais pouvait prendre différentes formes; c'est-à-dire une production écrite, un dessin ou un collage. Karsenti et Savoie-Zajc (2004) soulignent que : « *Les productions écrites et graphiques fournissent des matériaux extrêmement riches et précieux pour la recherche en éducation* » (p.138). Au niveau de l'importance du dessin, Poutois et Desmet (1988) mentionnent que : « *le dessin spontané permet de communiquer un message au moyen de codes visuels, moins fréquemment utilisés* » (p.45).

L'entrevue semi-dirigée

Pour les besoins de notre recherche, nous avons choisi de conduire des entrevues semi-dirigées. Ces entrevues nous permettent de :

(...) valider, expliciter et corroborer certaines informations obtenues lors de l'enquête par questionnaire et lors des séances d'observation. De plus, ces entrevues postérieures aux questionnaires et aux observations sont considérées comme un mode complémentaire important de la collecte de données. (Archambault, 2007, p.139)

L'entrevue semi-dirigée est indispensable au type de recherche qualificatif. Selon Savoie-Zajc (2003), l'entrevue est :

(...) une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence. (p.295)

Nous tenons à spécifier que les entrevues se sont déroulées dans les locaux d'une école primaire de la division scolaire Louis-Riel entre les mois de janvier et mars 2007. Après le consentement obtenu des parents et des participants, l'équipe de recherche inscrivait les commentaires énoncés par ces derniers lors du déroulement de chaque session.

L'entrevue de groupe semi-dirigée

D'après Quible (1998), un avantage de l'entrevue de groupe en éducation est que : « (...) *les commentaires d'un participant stimulent les réactions des autres* » (p.50). Pour Emerson et Maddox (1997, cités dans Jarrel 2000) : « *l'entrevue de groupe apporte une compréhension profonde et une plus grande spontanéité que l'entrevue individuelle* ». (p.75).

Une entrevue de groupe semi-dirigée d'environ trente minutes a eu lieu auprès des participantes lors de la dernière session. Au tableau II (p.52), nous présentons les thèmes abordés à chaque session, notons que ces thèmes sont explicités en Annexe A. Cette entrevue a été prise en note par l'équipe de recherche afin de permettre une analyse (Annexe H). Cette entrevue a permis d'avoir une rétroaction des participantes vis-à-vis le programme *Style de vie en santé*. Elles ont discuté des activités qu'elles ont préférées et

les apprentissages qu'elles ont faits au courant des neuf sessions. Les commentaires émis par les participantes lors de l'entrevue de groupe seront ajoutés afin de faire l'analyse de chaque cas individuel par rapport aux trois objectifs : soit l'alimentation, l'exercice physique et l'estime de soi.

<u>Les thèmes</u>		
Alimentation	Exercice Physique	Estime de soi
Nos choix d'aliments	Activités physiques variées	L'image corporelle
Le guide alimentaire canadien		L'influence des médias
Les restaurants		L'image de soi

Tableau II – Tableau des thèmes abordés lors des sessions du programme
Style de vie en santé

En somme, la collecte de données réalisée dans le cadre de cette recherche repose sur une combinaison d'instruments de mesures (questionnaire, observations, journal de réflexion, entrevues), ainsi, dans le tableau III (p.53) nous présentons la collecte des données pour chaque participant en fonction des neuf sessions.

Les activités des participants du programme *Style de vie en santé*

Participants	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4
Sujet 1	Q1, OP	OP, JR	OP, JR	OP, JR
Sujet 2	Q1, OP	OP, JR	OP, JR	OP, JR
Sujet 3	Q1, OP	OP, JR	OP, JR	OP, JR
Sujet 4		OP, JR	OP, JR	OP, JR
Sujet 5	Q1, OP	OP, JR	OP, JR	OP, JR
Sujet 6	Q1, OP	OP, JR	OP, JR	OP, JR
Sujet 7	Q1, OP	OP, JR	OP, JR	OP, JR
Sujet 8	Q1, OP	OP, JR	OP, JR	OP, JR

Participants	Session 5	Session 6	Session 7	Session 8	Session 9
Sujet 1	OP, JR	OP, JR	OP, JR	OP, JR	Q2, OP, EG
Sujet 2	OP, JR	OP, JR	OP, JR	OP, JR	Q2, OP, EG
Sujet 3	OP, JR	OP, JR	OP, JR	OP, JR	Q2, OP, EG
Sujet 4	OP, JR	OP, JR	OP, JR	OP, JR	Q2, OP, EG
Sujet 5	OP, JR	OP, JR	OP, JR	OP, JR	Q2, OP, EG
Sujet 6	OP, JR	OP			
Sujet 7	OP, JR	OP, JR	OP, JR	OP, JR	Q2, OP, EG
Sujet 8	OP, JR	OP			

Légende
Q1 = Questionnaire 1
OP = Observation participante
JR= Journal de réflexion
EG = Entrevue de groupe
Q2 = Questionnaire 2

Tableau III – Synthèse des collectes des données

3.3.3 Analyse des données

Pour analyser les données recueillies, le chercheur doit découvrir des liens à travers des faits accumulés. D'après Van der Maren (1995) la première étape pour l'analyse des données «(...) *consiste à analyser le matériel recueilli pour en extraire les données* » (p.400).

Afin d'interpréter les résultats de la recherche, les questionnaires dûment remplis par les cinq participantes ont été analysés individuellement. Les questionnaires comprennent vingt-quatre questions et se rapportent aux trois objectifs se rapportant à l'alimentation, à l'exercice physique et à l'estime de soi. Chaque cas a été discuté afin d'évaluer s'il y a eu des changements au niveau de chaque thème chez les participantes. La synthèse des résultats a également été réalisée en fonction des trois objectifs mentionnés ci-haut. En ce

qui concerne les énoncés des participantes tout au long de la collecte de donnée, Van der Maren (1995) et Landry (1997) ajoutent ce qui suit :

(...) ainsi, les analyses reposent sur l'assumption que le matériel explicité par les sujets en regard de leur cheminement véhicule la totalité de la signification, c'est-à-dire que les sujets étaient assez conscients et valorisés, par l'aspect positif de leur nomination, pour expliciter les éléments permettant de comprendre leur cheminement, sans chercher à en cacher (p.81).

Les observations réalisées par l'équipe de recherche au courant des huit premières sessions ont été prises en note et seront analysées en fonction des trois objectifs de la recherche. Quant aux journaux de réflexion complétés par les participants, ils offrent des données supplémentaires lors de l'analyse de chaque cas individuel. Finalement, l'entrevue de groupe semi-dirigée a été prise en note afin de faire l'analyse des commentaires faites par les participantes du programme *Style de vie en santé*.

Afin d'effectuer les analyses des données recueillis par rapport à l'entrevue, nous nous sommes inspirés de l'analyse du contenu proposé par L'Écuyer (1990). L'analyse du contenu est une « *méthode de classification des divers éléments du matériel analysé, permettant à l'utilisateur d'en mieux connaître les caractéristiques et la signification* » (L'Écuyer, 1990, p.9).

Étapes	générales de l'analyse du contenu (L'Écuyer, 1990, p.57)
Étape 1	Lectures préliminaires et établissement d'une liste d'énoncés.
Étape 2	Choix et définitions des unités de classification, étape comprenant les types d'unités, les critères de choix et leur définition.
Étape 3	Processus de catégorisation et de classification.
Étape 4	Quantification et traitement statistique.
Étape 5	Description scientifique.
Étape 6	Interprétation des résultats.

Tableau IV – Synthèse des étapes de l'analyse de contenu selon L'Écuyer

Une lecture préliminaire des entrevues, des observations et des journaux de réflexion ont été faits dans le but de « *s'imprégner des textes et de dégager les idées principales émises par les différents répondants* » (Boutin, 1997; L'Écuyer, 1990). Afin de garder un meilleur contrôle de l'analyse des données, la codification a été faite de façon manuelle. Cette codification a été réalisée par l'équipe de recherche à partir des observations, des journaux de réflexion et des entrevues qui ont été faits lors du déroulement du programme *Style de vie en santé*. Les thèmes de recherche (Tableau II, p.51) sont énumérés sous les trois objectifs de l'étude, soit l'alimentation, l'exercice physique et l'estime de soi. Chaque thème comprend un certain nombre d'activités qui ont été réalisés lors du déroulement du programme *Style de vie en santé*. Ces activités seront expliquées plus en détails dans la présentation des résultats. Quant au questionnaire, une analyse descriptive des fréquences a été faite manuellement en tenant compte des trois thèmes, soit l'alimentation, l'exercice physique et l'estime de soi.

3.3.4 Validation des données

Afin d'assurer la validité des données dans le cadre de notre recherche, le processus de la triangulation des données a été utilisé. D'après Denzin (1978), Savoie-Zajc (1993b, 1996b) et Fortin (1996), la triangulation se définit comme :

(...) une stratégie de recherche au cours de laquelle le chercheur superpose et combine plusieurs perspectives, qu'elles soient d'ordre théorique ou qu'elles relèvent des méthodes et des personnes. (p.146)

D'après Raby (2004),

L'entrevue de groupe, en fin de collecte de données, a permis de trianguler les propos des sujets et de dégager de nouveaux éléments dont les sujets n'avaient pas eu souvenir en entrevue individuelle, mais dont la présence et l'importance ont été remémorées par la discussion avec les autres sujets (p.75).

Nous avons utilisé la triangulation des méthodes (questionnaires, journaux de réflexion, observations, entrevue semi-dirigée) afin de permettre la validation des données. La triangulation est l'utilisation de plusieurs méthodes de collecte de données qui permettent au chercheur de valider ses hypothèses ou ses buts. Yin (2003), Stake (1995) et Merriam (1998) recommandent l'utilisation de la triangulation puisque la validité d'une étude dépend de sources multiples. Cité dans Raby (2004) : « *Le développement d'un fil de l'enquête convergent ou encore comme la convergence des sources ou données* » (p.68).

Plusieurs chercheurs considèrent la triangulation comme la méthode de validation la plus efficace dans l'étude de cas Yin (2003), Stake (1995), Merriam (1998).

3.4 Les forces et les limites de la recherche

Cette recherche est caractérisées par une collecte et une analyse de données afin qu'elle soit dite valide. Le devis méthodologique a été conçu pour permettre une étude multicas limité à huit participants afin de permettre la faisabilité de la recherche. Voyons aux forces et aux limites des méthodes de collecte de données utilisées pour chaque instrument de mesure, soit les questionnaires, l'observation, le journal de réflexion et l'entrevue semi-dirigée.

Questionnaires

Les questionnaires permettent au chercheur d'identifier les besoins des participants d'après leurs réponses. C'est un document anonyme et les réponses demeurent confidentielles. Au niveau de cette étude de cas, les réponses aux questions aident le chercheur à modifier son programme afin de répondre aux besoins des participants. Cependant, le questionnaire présente quelques lacunes. Selon Poupart et al. (1997), le questionnaire comporte :

(...) du matériel recherché étant entièrement ou partiellement fixé d'avance, l'interviewé n'a donc pas le choix des questions abordées et que le contenu même de ses réponses est déjà fortement structuré puisque celles-ci doivent nécessairement s'insérer dans des catégories délimitées à l'avance » (p.183).

Pour contrer cette faiblesse, les participantes ont pu ajouter des catégories par rapport aux questions réponses qui n'existaient pas, afin d'atteindre un niveau de confort avec leurs réponses.

Observation participante

Puisque cette recherche repose sur l'étude de cas, il est essentiel que le projet soit flexible. Selon Stake (1995) « ...les thèmes offrent (...) une plus grande souplesse et permettent de réadapter la problématique au cours de l'étude » (p.235). Au cours du projet de recherche, l'équipe de recherche a noté que les participantes discutaient fréquemment de leur faible estime de soi et de leur manque de confiance en soi lors des activités en rapport avec l'image corporelle (Annexe H). Par conséquent, les sessions de groupe du programme *Style de vie en santé* ont dû être modifiées afin de se concentrer davantage sur l'estime de soi.

En ce qui concerne l'observation participante, Jaccound et Mayer (1997) déclarent que plusieurs chercheurs « (...) exige souvent la présence prolongée du chercheur sur le terrain, et ce, pour qu'il recueille suffisamment de données et soit ainsi en mesure d'élaborer des interprétations valides » (p.227). Même avec les préoccupations mentionnées ci-haut, l'observation participante a permis à l'équipe de recherche de participer à neuf sessions (d'une durée d'une heure) avec les participantes afin de noter les apprentissages et les réflexions de celles-ci. De plus, la triangulation des méthodes de collecte de données a assuré la validité des données obtenues en cours d'expérimentation.

Journal de réflexion

Le journal de réflexion aide aux participantes à réfléchir sur leurs apprentissages ou leurs découvertes. Selon Korthagen et al. (2001), « (...) la réflexion est un processus mental de

structuration ou de restructuration d'une expérience, d'un problème, d'une connaissance existante ou d'une idée. L'action basée sur la réflexion est fondamentalement différente de la routine » (p.58). Les limites du journal de réflexion sont plutôt au niveau de la consistance du travail à remplir ce dernier. Cette activité devait se faire après la session d'une heure au courant de la semaine comme devoir avant la prochaine session. Certaines participantes oublièrent de faire leur travail de journal et certains choisissaient tout simplement de ne pas le faire.

Entrevue semi-dirigée

En ce qui a trait à l'entrevue semi-dirigée, Patton (2002) précise :

(...) il existe certains risques quant à l'usage de guide d'entrevue lors du déroulement des entretiens. L'interviewer peut oublier d'aborder certains thèmes lors de l'entrevue. Il peut aussi varier la formulation de questions d'un participant à l'autre ce qui pourrait engendrer des réponses différentes et rendre la comparabilité des données difficiles (p.155-156).

L'entrevue semi-dirigée permet un partage entre les participantes. Cette entrevue a eu lieu lors de la dernière session (session neuf). Les participantes avaient eu l'occasion de bien se connaître au fil des sessions.

Finalement, il nous semble pertinent de préciser que le nombre de participantes est limité dans le cadre de cette recherche. Le fait d'avoir peu de participantes constitue une limite. Huit participantes devaient faire partie du programme *Style de vie en santé*. Deux participantes se sont retirées du groupe après la cinquième session et n'ont pas complété le programme, car elles préféraient participer à des activités extérieures. Une participante n'était pas présente lors de la première session et n'a pas rempli le premier questionnaire.

Donc, seulement cinq sur huit participantes ont complétées le programme *Style de vie en santé*, car elles furent les seules à remplir les deux questionnaires requis et étaient présentes lors des neuf sessions du programme. Quant à l'usage du journal de réflexion, plusieurs chercheurs reconnaissent que cette méthode de collecte de données est importante pour assurer la qualité des résultats de la recherche (Van der Maren, 1995 ; Dolbec et Clément, 2000 ; Savoie-Zajc, 2000). Bien que le devis méthodologique peut paraître limitatif compte tenu de sa nature essentiellement qualitative, nous tenons à préciser que différents dispositifs ont été mis en place afin d'assurer la validité scientifique de cette recherche. La présentation et l'interprétation des résultats sont présentées dans le prochain chapitre.

Chapitre 4 - Présentation et interprétation des résultats

Introduction

Dans ce chapitre, nous allons présenter et interpréter les résultats de la recherche. En premier lieu, nous rappelons les objectifs de la recherche (section 4.1). Les profils des participantes seront ensuite présentés (section 4.2). Dans une troisième section, nous présentons les principaux résultats en fonction des trois objectifs de recherche énoncés dans la problématique (section 4.3).

4.1 Rappel des objectifs de la recherche

Il nous semble approprié de faire un rappel des objectifs spécifiques de la recherche :

Le 1^{er} objectif spécifique est de déterminer l'importance de la composante de l'alimentation dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines.

Le 2^e objectif spécifique est de déterminer l'importance de la composante de l'activité physique dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines.

Le 3^e objectif spécifique est de déterminer l'importance de la composante de l'estime de soi dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines.

Pour chaque objectif, nous ressortons les éléments importants des questionnaires, des observations, des journaux de réflexions et de l'entrevue de groupe semi-dirigée auprès des participantes du programme *Style de vie en santé*. Les propos des participantes ont été regroupés sous des thèmes spécifiques dans le cadre des trois objectifs de la recherche afin de faciliter la présentation et l'interprétation des résultats. Une synthèse sera présentée par rapport à chaque objectif également. D'abord le profil des participantes sera présenté.

4.2 Profils des participantes

Dans cette section, nous proposons les principales caractéristiques des participantes ayant participé à la recherche. Nous allons commencer avec une description de l'école où le programme *Style de vie en santé* s'est déroulé.

L'école Varennes

L'école Varennes a ouvert ses portes en septembre 1951 et accueillait 235 élèves (2008, p.1). L'école accueille maintenant 280 élèves et est un centre d'immersion française depuis 1978. L'école se situe en milieu urbain économique faible. La division scolaire Louis-Riel possède des centres de familles dans quatre de ses écoles qui sont considérées à faible revenu. Le centre « The Varennes Family Centre » situé dans les murs de l'école Varennes a pour but d'offrir, aux enfants préscolaires et à leurs familles, des activités interactives qui encouragent :

Une conscientisation des ressources communautaires, des choix nutritifs alimentaires, des habiletés de parenting et de susciter le désir et l'habileté de la lecture chez les jeunes. Cette programmation fait en sorte que les

enfants puissent apprendre des adultes en participant activement et en partageant leurs expériences avec les autres dans le groupe (Family Centre, École Varennes, 2008, site internet).

Les participantes

Dans le cadre de cette recherche, vingt élèves de la sixième année de l'école Varennes ont démontré un intérêt à participer au programme *Style de vie en santé*. Parmi ces vingt élèves, huit ont été choisis au sort. Notre échantillon est composé de huit filles de 12 et de 13 ans ($n=8$) dont la langue maternelle est l'anglais. Par contre, une participante n'était pas présente lors du premier questionnaire et deux autres participantes ont laissé le groupe lors de la sixième session, donc le nombre de participantes qui ont répondu aux deux questionnaires et qui étaient présentes lors des neuf sessions de groupes est cinq ($n=5$).

4.3 Présentation des résultats

Nous présentons les principaux résultats et l'interprétation de ces derniers en fonction de chaque objectif spécifique de la recherche. Nous tenons à rappeler que les données recueillies furent analysées selon les travaux de L'Écuyer (1990) tel que mentionné dans le chapitre précédent.

4.3.1 Objectif 1 : Déterminer l'importance de l'alimentation

En ce qui concerne notre premier objectif : *Déterminer l'importance de la composante de l'alimentation dans un programme scolaire efficace*, trois thèmes fut précisés dans cette analyse. Avant tout, rappelons que ce premier objectif découle de la question : Quelle est

l'importance de la composante de l'alimentation dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines? Nous avons identifié trois thèmes spécifiques qui se rattachent aux résultats : 1) Nos choix d'aliments, 2) Le guide alimentaire canadien et 3) Les restaurants. Soulignons que les résultats qualitatifs et quantitatifs présentés rejoignent les thèmes mentionnés ci-haut.

Thème 1 : Nos choix d'aliments

Ce thème a donc été identifié afin d'éveiller les participantes quant aux choix d'aliments qui sont bons pour la santé et qui ont aussi bon goût. Pour ce faire, une collation nutritive fut offerte aux participantes lors de chaque session du programme. Trois activités seront présentées en rapport avec le premier thème : *Nos choix d'aliments*.

Activité 1 - Collations nutritives

Une collation nutritive a été offerte à chaque session du programme *Style de vie en santé*. Les collations suivantes ont été servies aux participantes lors des sessions du programme : des craquelins et du fromage (faible en gras), des craquelins au riz, des fruits avec du yogourt, des légumes et de la trempette, du maïs soufflé, du chocolat noir (portions d'une once), de la crème glacée (faible en gras) et des croustilles cuites au four. Les participantes ont fait les commentaires suivants par rapport aux collations: « *J'aime le fromage, ça ne goûte pas comme c'est faible en gras!* » (Annexe H, p.158), « *C'est bon!* » (Annexe H, p.158) et « *J'aime le chocolat foncé!* » (Annexe H, p.163). Une participante a pris en note la marque du fabricant de fromage servi lors d'une des collations, car elle voulait que sa mère lui en procure. Ainsi, nous présumons que cette

participante avait apprécié le goût de cet aliment. À ce propos, Shepherd et Dennison (1996) confirment que « *le goût apparaît comme un déterminant primaire au choix chez l'adolescent, les soucis de coût et de santé étant secondaire* » (p.346). On soupçonne que le goût des aliments est un facteur important au niveau des choix alimentaires des jeunes.

Activité 2 – Discussion portant sur les recommandations de nos parents

Lors de la troisième session du programme *Style de vie en santé*, une discussion fut entamée entre les participantes et l'équipe de recherche par rapport à leur alimentation et les messages qu'elles reçoivent de leurs parents. Certaines participantes ont mentionné qu'elles ont des restrictions alimentaires mises en place par leurs parents. D'autres ont rapportés qu'elles ont la liberté de manger ce qu'elles veulent et n'ont pas de restrictions alimentaires. Voici des commentaires des participantes : « *Moi, je mange ce que je veux manger* » (Annexe H, p.162), « *Parfois ma mère me dit que j'ai assez mangé et elle me dit d'arrêter de manger* » (Annexe H, p.161), « *Parfois ma mère me dit de manger un fruit* » (Annexe H, p.162). Une participante a mentionné qu'elle cache de la nourriture quand ses parents trouvent qu'elle a assez mangé. « *Des fois, je cache des bonbons ou d'autres aliments sous mon lit* » (Annexe H, p.161). En effet, certains parents mettent des restrictions et des limites à l'accès de certains aliments.

D'après une étude réalisée par Fisher et Birch (2000), plus les parents mettent des restrictions sur la consommation de certains aliments chez leurs adolescents, plus grande sera la consommation des aliments interdits. Les participantes ont également mentionné que leurs parents acceptent qu'elles prennent habituellement une collation après l'école

entre quinze heures et le repas du soir. Cependant, une participante a mentionné qu'elle avait parfois des restrictions: « *Ma mère limite notre collation après l'école* » (Annexe H, p.161). Par contre d'autres participantes ont déclaré : « *Je mange des fruits pour la collation* » (Annexe H, p.161), « *Je joue tellement de sports que je peux tout manger* » (Annexe H, p.161) et « *Je peux manger ce que je veux quand je veux* » (Annexe H, p.161).

Nous présumons que cette activité a mené à des conversations entre les participantes et leurs parents. D'ailleurs, une participante a mentionné qu'elle a eu une conversation intéressante avec sa mère au sujet de la restriction alimentaire et que cela a amélioré leur relation mère-fille. Ainsi, les commentaires émis par les participantes illustrent clairement que les parents jouent un rôle prépondérant dans leur consommation d'aliments. Pour Chiva (2001), les parents représentent des modèles.

En effet, on imite quelqu'un, parent, adulte, pair, enseignant, etc, pour faire comme lui, pour lui ressembler, pour grandir. Cela veut dire que toute éducation de l'enfant ne peut se faire sans tenir compte du modèle offert par l'adulte. (p.5)

Finalement, nous supposons que si les parents ont de bonnes habitudes alimentaires, cela encouragera une bonne alimentation chez leurs jeunes. En guide de recommandations aux parents, Bratigny (2001) ajoute :

Aux parents en recherche du bien-être de leurs enfants, nous pouvons répondre que la diversité alimentaire proposée doit être utilisée à bon escient et que l'exemple de la consommation familiale régulière d'aliments faiblement énergétiques tels que fruits, légumes et produits laitiers partiellement écrémés peut être un encouragement à un meilleur équilibre à l'âge où la contestation est un moyen de dialogue. (p.4)

Activité 3 – Les aliments verts, jaunes et rouges

Lors de la quatrième session, les participantes ont discuté de leurs choix alimentaires quotidiens. Par la suite, elles ont placé une variété d'aliments dans trois catégories ; soit des aliments verts, des aliments jaunes ou des aliments rouges. Les aliments verts, sont des aliments qu'on peut manger *souvent*, tels que les fruits, les légumes et du poulet. Les aliments *jaunes*, sont des aliments que nous pouvons consommer de *temps en temps* tels que de la viande rouge et les jus de fruits. Finalement, les aliments tels que le chocolat, les boissons gazeuses et les croustilles sont des aliments *rouges* qu'on devrait consommer *rarement*. Après cette discussion, les participantes ont reproduit cette même activité dans leur journal de réflexion en se servant des aliments qu'elles consomment de façon régulière en utilisant les trois catégories ; soit les aliments verts (manger souvent), les aliments jaunes (manger de temps en temps) et les aliments rouges (manger rarement). En examinant le journal de réflexion, nous avons constaté que les participantes avaient une bonne reconnaissance des aliments à consommer de façon régulière, de temps en temps et rarement. Grâce à cette activité, nous souhaitons que les participantes vont consommer plus d'aliments *verts*, mangeront les aliments *jaunes* de temps en temps et veilleront à manger les aliments *rouges* rarement.

Thème 2 : Le guide alimentaire canadien

Dans le cadre du programme *Style de vie en santé*, les participantes ont étudié le guide alimentaire canadien avec l'aide d'une diététiste/nutritionniste communautaire. Le guide alimentaire canadien publié par Santé Canada, a été présenté. Les quatre groupes alimentaires seront discutés également.

Activité 1 - Invitée – Diététiste, nutritionniste communautaire

Lors de la cinquième session, les participantes ont étudié le nouveau guide alimentaire canadien disponible depuis février 2007 accessible sur le site Internet de Santé Canada. Ce nouveau guide est plus spécifique que l'ancien, car le nombre de portions recommandées au niveau des groupes alimentaires diffère selon l'âge et le sexe de l'individu. Le guide alimentaire canadien développé par Santé Canada en 2007 précise :

En consommant les quantités et types d'aliments recommandés et en vous inspirant des trucs présentés dans le Guide alimentaire canadien, vous pourrez: combler vos besoins en vitamines, minéraux et autres éléments nutritifs, réduire le risque d'obésité, de diabète de type 2, de maladies du cœur, de certains types de cancer et d'ostéoporose, atteindre un état de santé globale et de bien-être (Santé Canada, 2008, non paginé).

Activité 2 - Les 4 groupes alimentaires

Suite à la rencontre avec la diététiste, les participantes ont pris conscience qu'elles devaient consommer plus de produits laitiers, plus de légumes et de fruits et moins de sucre. D'après le guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2007), les jeunes âgés de 9 à 13 ans, requièrent six portions de légumes et de fruits ainsi que trois à quatre produits laitiers quotidiennement.

Légumes et fruits

D'après le guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2007), il est important de manger les portions de légumes et de fruits recommandées afin de combler nos besoins en vitamines. De plus, les légumes et les fruits donnent de l'énergie aux humains grâce à leurs sucres naturels. Il est également important de choisir des fruits et des légumes de couleurs vibrantes pour deux des six portions recommandées à tous les jours (Santé

Canada, 2007). Une portion est égale à un fruit ou à une demi-tasse. Il est à noter qu'il est préférable de consommer une pomme que de boire du jus de pomme, car le jus ne contient pas les fibres et certaines vitamines qui se trouvent tout près de la pelure du fruit.

Au niveau des résultats quantitatifs, avant le déroulement du programme, seulement 20% (n = 1) des participantes mangeaient un fruit par jour. Ainsi, au début du programme, les résultats quantitatifs obtenus à l'analyse des données issues des questionnaires indiquent qu'aucune des participantes ne consommaient le nombre de fruits et de légumes recommandés quotidiennement par le guide alimentaire canadien.

Ici, ils nous semblent tout à fait pertinents de s'attarder aux préférences alimentaires des participantes afin de mieux comprendre leur choix alimentaire. Ainsi, au cours de cette activité, les participantes ont énoncé leurs préférences alimentaires. Elles ont mentionné que les légumes et les autres aliments considérés comme étant « bon pour la santé » (par exemple les fruits) n'ont généralement pas bon goût. D'après Gilbert et al. (2007), les jeunes n'adoptent généralement pas une alimentation saine parce que :

Pour eux, la difficulté tient à ce que l'alimentation équilibrée est ennuyante, qu'elle n'a pas toujours bon goût, qu'elle ne les rassasie pas lorsqu'ils ont faim (...) (p.1).

À la fin du programme *Style de vie en santé*, nous constatons que 40% (n=2) des participantes ont indiqué qu'elles mangeaient un fruit par jour. Quoique 80% (n=4) des participantes boivent du jus au dîner, cependant, elles ont toutes avouées 100% (n=5) qu'elles ne consommaient pas les six portions de légumes et de fruits recommandés pour

leur groupe d'âge. Nous espérons que cette activité favorisera la conscientisation des participantes quant à leur consommation quotidienne de légumes et de fruits.

Produits céréaliers

Les produits céréaliers nous donnent de l'énergie. Il est recommandé de consommer six portions de produits céréaliers de façon journalière. D'après le guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2007), les aliments à grains entiers et à blé entiers contiennent des fibres alimentaires important pour la santé de notre corps. En se servant d'une tranche de pain en caoutchouc, la diététiste a démontré la grandeur d'une portion aux participantes. La diététiste a demandé aux participantes si elles consommaient les portions de produits céréaliers recommandées. Notons que 80% (n=4) des participantes ont répondu qu'elles consommaient les portions recommandées mais que celles-ci n'étaient pas des produits à grains ou à blé entiers.

Lait et substituts

Les produits laitiers aident à développer les os et comprennent des minéraux importants. Il est recommandé que les participantes consomment de trois à quatre portions de lait et substituts chaque jour. D'après le guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2007), une portion équivaut à une tasse de lait ou une once et demi de fromage. Dans le cadre de cette session, la diététiste a demandé aux participantes : Qui consomme trois à quatre portions de lait et substituts chaque jour? Seulement 20% (n=1) des participantes prennent assez de ces produits à tous les jours. Au début du programme, 40% (n=2) des participantes consommaient trois portions de produits laitiers par jour, tandis qu'à la fin

du programme, seulement 20% (n= 1) des participantes prenaient cette même quantité. Quels sont les motifs explicatifs de cette baisse ? Est-ce que les participantes comprennent la valeur d'une portion? Selon Anding (2004), les adolescents sur-estime la valeur d'une portion. Nous présumons que les participantes du programme ont sur-estimé la valeur de leurs portions au début du programme. Voilà pourquoi nous pensons qu'il y eut une diminution dans le nombre de portions de lait et substituts consommés chez ces dernières.

Viandes et substituts

Les protéines contiennent du fer et des vitamines importantes pour le corps. Une à deux portions de viande par jour est recommandée par Santé Canada (2007) pour les jeunes de 9 à 13 ans. Selon le guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2007), une portion de viande est la grandeur de la paume de notre main. Toutes les participantes 100% (n=5) ont indiqué qu'elles mangeaient le nombre de portion recommandé de viande et de leurs substituts par Santé Canada (2007).

Thème 3 : Les restaurants

Prendre des repas dans les restaurants rapides est un évènement qui se produit régulièrement selon les participantes. Deux activités seront présentées sous ce thème, soit une première activité qui démontre le pourcentage de gras retrouvé dans certains aliments avec l'aide de la pâte à modeler, et une seconde activité, un survol de menus variés offert par la restauration rapide.

Activité 1 – Le gras

Dans le cadre du programme *Style de vie en santé*, de la pâte à modeler fût utilisée comme outil visuel afin de démontrer aux participantes la quantité de gras incluse dans divers mets retrouvés dans les restaurants rapides. Pour ce faire, une cuillère à thé de pâte à modeler représentait cinq grammes de gras. Une fois mesuré, la pâte à modeler fut roulée en forme de balle et mis dans un sac en plastique afin d'être libellé. Dix différents mets fut représentés par des boules de pâte à modeler. Par exemple, un sandwich sous-marin de six pouces soit au jambon et à la dinde, comprend seulement cinq grammes de gras. Par contre, si on y ajoute de la mayonnaise et du fromage, ce même sandwich comprend maintenant quinze grammes de gras. Une commande de grosses frites contient vingt-huit grammes de gras et un hamburger avec fromage peut en contenir quarante sept. Une participante a mentionné : « *Je mange des junior whopper tout le temps Mme !* » (Annexe H, p.166) et « *On sort à des restaurants fast-food chaque vendredi avec ma famille!* » (Annexe H, p.166). Peuteuil (2001) explique que la restauration rapide invite les adolescents à venir manger dans leurs restaurants.

(...) les fastfood sont devenus des nasses dans lesquelles s'engouffrent des bancs entiers d'adolescents pressés de se faire servir, dans un cadre aseptisé, une nourriture tout aussi aseptisée, sans la moindre pointe d'imagination, donc sans la moindre référence à l'imaginaire du consommateur ni à sa culture culinaire (Peuteuil, 2001, p.10)

Les participantes ont été conscientisées au fait qu'elles doivent limiter leur consommation d'aliments hauts en matières grasses. De plus, les participantes ont discuté des options santé qu'elles pourraient choisir lors d'une fréquentation à une restauration rapide. Les options santé discutées étaient : de prendre une portion de frites de petit format, de commander des salades avec la vinaigrette située à côté, de demander du pain

sec à grain entier sans beurre, de commander des pommes de terre cuites au four, de prendre plutôt des soupes claires et des mets préparés dans les sauces tomates. Nous souhaitons que les participantes fassent des choix santé lors de leur prochaine fréquentation à un restaurant rapide.

Activité 2 – Les menus

Dans le cadre du programme *Style de vie en santé*, les participantes se sont placées en groupe de deux pour l'activité des menus. Chaque groupe a reçu un menu provenant d'un différent restaurant du genre restauration rapide. Premièrement, les participantes devaient identifier les choix moins nutritifs du menu afin de créer une commande fictive. Cette commande fictive devait représenter un repas malsain qui est élevé en matières grasses. Par la suite, les participantes ont partagé la description du repas fictif et devaient également partager le nombre de grammes de gras retrouvés dans ces mets. Deuxièmement, les participantes ont identifié des choix nutritifs du menu afin de créer une autre commande fictive, mais celle-ci d'un repas de bonne santé. Un dernier partage a été fait au niveau du groupe entre les participantes et l'équipe de recherche. Les participantes ont été capables d'identifier des repas faibles en matières grasses pour cette activité. Certaines ont mentionnées qu'elles allaient faire des commandes semblables lors de leur prochain séjour dans un restaurant rapide, ce qui démontre une certaine conscientisation quant au choix d'aliments sains au restaurant.

Synthèse – Alimentation

La composante de l'alimentation nous semble essentielle dans un programme de prévention à l'obésité. Nous présumons qu'une certaine conscientisation a été faite grâce aux activités réalisées auprès des adolescentes au niveau de leurs choix alimentaires. Nous reconnaissons aussi que l'utilisation du guide alimentaire canadien a été un outil indispensable au cours du programme pour sensibiliser nos participantes à des choix santé en matière d'alimentation. En effet, nous avons constaté que la majorité de nos participantes ne consommaient pas suffisamment de légumes et de fruits. Grâce à nos activités éducatives, nous espérons également avoir éveillé chez les participantes une meilleure compréhension de la valeur nutritive des aliments offerts à la maison, à l'école et dans les restaurants.

4.3.2 Objectif 2 : Déterminer l'importance de l'exercice physique

En ce qui concerne notre deuxième objectif : *Déterminer l'importance de la composante de l'exercice physique dans un programme scolaire efficace*, un thème fut précisé suite à l'analyse des données. Avant tout, rappelons que ce deuxième objectif découle de la question : Quelle est l'importance de la composante de l'exercice physique dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines? Nous avons identifié un thème spécifique qui se rattache aux résultats : 1) La pratique de différentes activités physiques chez les adolescents. Soulignons que les résultats qualitatifs et quantitatifs rejoignent le thème mentionné ci-haut.

Thème 1 : La pratique de différentes activités physiques

D'après le Guide canadien de la saine alimentation et de l'activité physique (Santé Canada, 2007), l'exercice cardiovasculaire, les étirements et les exercices de musculation sont nécessaires afin de préserver une bonne santé physique. Pour ce faire, quatre activités physiques ont été présentées aux participantes dans le cadre du programme *Style de vie en santé*. Cinq activités seront discutées afin de préciser l'activité physique chez les adolescents.

Activité 1 – Jeu de chaise (Cardiovasculaire)

La première activité quant à la pratique de différentes activités physiques s'est déroulée lors de la première session du programme *Style de vie en santé*. Premièrement, les participantes devaient placer leurs chaises une à côté de l'autre en forme de cercle. Ensuite, l'équipe de recherche s'est mise au centre du cercle et a exprimé son intérêt quant à la pratique d'une activité sportive. Par exemple : « J'aime faire de la natation! ». Dès cette déclaration, les participantes qui aimaient pratiquer ce sport (la natation), devaient se lever rapidement et se déplacer pour s'asseoir sur une autre chaise. Somme toute, il y avait toujours une participante qui n'avait pas de chaise qui devait se mettre au centre du groupe et s'exprimer afin de faire bouger tout le groupe. Cette activité est de nature cardiovasculaire, car les individus doivent se lever et courir afin de se trouver une autre chaise. Les commentaires des participantes après le jeu nous indiquent qu'elles ont apprécié l'activité : « *J'ai aimé le jeu madame!* » (Annexe H, p.158), « *C'était le fun!* » (Annexe H, p.158) et « *J'ai aimé l'activité de la chaise.* » (Annexe H, p.158). D'après des études réalisées par l'institut canadien de la recherche sur la condition physique et le

mode de vie (1989), les jeunes participent aux activités sportives qu'ils trouvent amusantes :

Au fil des ans, les recherches ont prouvé que, si les jeunes participent à des activités sportives, c'est principalement par plaisir. Ces études ont confirmé la validité du principe de base des programmes sportifs destinés aux jeunes : leur permettre de vivre une expérience récréative agréable (p.12)

Nous présumons que les adolescents bénéficieraient avoir l'occasion de pouvoir pratiquer diverses activités physiques qui sont amusantes dans le contexte d'un programme de prévention à l'obésité en contexte scolaire.

Activité 2 – Le Yoga (Étirements)

Les postures de base du yoga furent la deuxième activité physique présentée aux participantes dans le cadre du programme *Style de vie en santé*. Le yoga comprend des étirements du corps et des exercices de respirations qui sont bénéfiques au niveau du corps, du cerveau et de l'esprit. D'après la Fédération francophone de yoga (2008), le yoga a plusieurs bienfaits qui peuvent aider à la santé mentale, à l'obésité et au contrôle du poids. La session de yoga a inclue la pratique de différentes postures de bases, des respirations contrôlées ainsi qu'une courte méditation. Les participantes ont fait des commentaires au niveau de la session : « *Le yoga était amusant Madame !* » (Annexe H, p.160), « *Je dois pratiquer à toucher mes orteils! J'ai eu de la misère!* » (Annexe H, p.160) et « *C'est difficile!* » (Annexe H, p.160). Les participantes se sont plaint par la suite qu'elles étaient fatiguées toutefois, elles ont trouvées la session de yoga amusante mais très exigeante pour le corps. Marti et al. (1999) démontrent qu'à partir de l'âge de 13 ans :

(...) la pratique d'une activité physique diminue considérablement, et ce chez les garçons comme chez les filles. (...)Étant donné cette réalité, toutes les mesures visant à encourager une pratique sportive chez les enfants et les adolescents (...) méritent d'être encouragées (Marti et al. 1999, p.175).

De plus, certaines recherches ont démontré que les adolescents ont moins d'endurance au niveau des activités physiques, toutefois, Isnard et al. (2002) font quelques recommandations en matière d'activité physique proposées aux parents :

(...) activité physique ludique chez le tout petit, activité physique spontanée et de loisirs chez l'enfant, activité de loisirs et pratique d'un sport chez l'adolescent, temps limité devant la télé, l'ordinateur ou les jeux vidéos (dépense énergétique quasi nulle) à substituer par une activité agréable. (p.2)

Activité 3 – La bande de résistance (Musculature)

Selon Marti et al. (1999) : « (...) il est prouvé que le sport influence positivement la condition physique, l'endurance et la force musculaire (...) ». Lors de la troisième session, chaque participante a reçu un guide d'exercices et une bande de résistance, soit un énorme élastique qui sert à l'entraînement de résistance. Ce type d'entraînement est à la base d'un exercice de musculature. D'après le Guide canadien de la saine alimentation et de l'activité physique (Santé Canada, 2007), les exercices de musculature devraient se faire de deux à trois fois par semaine. Avec l'aide du guide d'exercices spécifique aux bandes de résistance, les participantes ont réussi à faire cinq différents étirements. Ce guide d'exercice a été préparé par un entraîneur physique certifié. L'équipe de recherche a ensuite expliqué aux participantes que ce même entraîneur certifié allait animer une session d'exercices de trente minutes avec l'utilisation de la bande de résistance avec

elles lors de la prochaine session. Cela a déclenché une discussion quant à la venue de cet entraîneur. Voici les principaux commentaires émis par les participantes : « *C'est qui le monsieur sur le guide d'exercices ?* » (Annexe H, p.161), « *Est-ce qu'il est gentil ?* » (Annexe H, p.161), « *C'est vraiment lui qui va venir nous voir à l'école ?* » (Annexe H, p.161) et « *Est-ce que ça va être difficile la semaine prochaine ?* » (Annexe H, p.161). En effet, les participantes ont émis différents commentaires concernant le déroulement de la session d'exercices ce qui nous laisse présumer la présence d'une certaine anxiété chez ces dernières.

Activité 4 – Session d'entraînement

Une session d'entraînement d'une durée de trente minutes a été dispensée par un entraîneur physique certifié lors de la quatrième session dans le cadre du programme *Style de vie en santé*. Les participantes ont appris quinze différents exercices possibles en se servant de la bande de résistance. Certaines participantes ont trouvé la session d'entraînement comme étant un défi : « *C'est difficile !* » (Annexe H, p.162) et « *Je suis fatiguée !* » (Annexe H, p.162) et d'autres ont fait les commentaires suivants : « *C'est vraiment amusant !* » (Annexe H, p.162) et « *Est-ce qu'on va faire ceci encore la prochaine session ?* » (Annexe H, p.162). Puisque les participantes sont reparties avec la bande de résistance à la maison, certaines ont fait le commentaire qu'elles allaient faire les étirements à la maison afin de se garder en forme. Nous présumons qu'en offrant la bande de résistance et un document d'exercices à chaque participante, nous augmentons la probabilité que celles-ci feront de l'exercice. Selon Marti et al. :

(...) la pratique (fréquence et intensité) de la gymnastique, de l'exercice physique et du sport durant l'enfance et l'adolescence a une importance pour la santé et le bien-être, aussi bien immédiatement qu'à moyen et long terme (Marti et al. 1999, p.176).

Activité 5 - Discussion – activités physiques

Lors de la septième session, dans le cadre d'une discussion, les participantes ont partagé les activités physiques qu'elles aimeraient entreprendre. « *J'aimerais faire du yoga !* » (Annexe H, p.165), « *Je veux jouer au baseball.* » (Annexe H, p.165) « *Moi, j'aimerais jouer au soccer.* » (Annexe H, p.165), « *J'aimerais commencer à courir dehors!* » (Annexe H, p.165), « *Je veux essayer de faire la boxe.* » (Annexe H, p.165).

Dans le journal de réflexion, les participantes devaient noter quels sports elles préféraient pratiquer. Les sports tels que la natation, le patinage, la danse et le toboggan sont revenus les plus souvent. Il est à noter que les activités physiques journalières telles que les sports organisés et les activités quotidiennes tels que jouer dehors, marcher de l'école à la maison et sauter à la corde ont souvent été répétées par les participantes. Ainsi, nous présumons que ces activités génèrent une certaine source de satisfaction chez nos participantes. Notons que d'après Wankel (1985) :

(...) les facteurs intrinsèques à l'activité sportive (enthousiasme, sentiment d'accomplissement personnel, comparaison avec les autres, simple exercice des aptitudes qui exige le sport, etc.) sont les sources de satisfaction les plus importantes (p.10).

Au début du programme *Style de vie en santé*, 60% (n=3) des participantes croyaient qu'elles faisaient assez d'exercice afin de maintenir un poids santé. Par contre, après nos discussions, nos sessions d'exercices et la session offerte par l'entraîneur physique, elles ont réalisé qu'elles ne faisaient pas assez d'exercice. Effectivement, à la fin du

programme *Style de vie en santé*, seulement 20% (n=1) des participantes croyaient faire assez d'exercice afin de maintenir un poids santé et 60% (n=3) croyaient qu'elles n'en faisaient pas assez. D'ailleurs, les commentaires des participantes le confirment « *Mme, je ne suis pas en forme! C'est difficile!* » (Annexe H, p.162) et « *Je ne peux pas toucher mes orteils!* » (Annexe H, p.160). Grâce au programme *Style de vie en santé*, les participantes sont devenues plus conscientes de leur inactivité et elles ont réalisé qu'elles devraient être plus actives de façon quotidienne. D'ailleurs, d'après Hassink et al. (2005), il est plus probable qu'un jeune augmentera son niveau d'activité physique, si les activités sont intégrées dans sa vie de tous les jours.

Synthèse – Exercice physique

D'après McKay (2004), la recherche nous démontre que lorsqu'un jeune a des expériences positives et s'amuse à pratiquer une activité physique à l'école, cela augmente la probabilité qu'il participera aux sports durant son temps libre. En offrant une variété d'activités physiques au niveau de l'exercice cardiovasculaire, des étirements et des exercices de musculation, dans le cadre de ce programme, nous espérons encourager l'exercice physique chez les participants du programme *Style de vie en santé*.

4.3.3 Objectif 3 : Déterminer l'importance de l'estime de soi

En ce qui concerne notre troisième objectif, *Déterminer l'importance de la composante de l'estime de soi dans un programme scolaire efficace*, trois thèmes furent précisés dans cette analyse. Avant tout, rappelons que ce premier objectif découle de la question : Quelle est l'importance de la composante de l'estime de soi dans un programme scolaire efficace pour contrer l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines? Nous avons identifié trois thèmes spécifiques qui se rattachent aux résultats : 1) L'image corporelle des adolescents, 2) L'influence des médias chez les adolescents et 3) L'image de soi chez les adolescents. Soulignons que les résultats qualitatifs et quantitatifs rejoignent les thèmes mentionnés ci-haut.

Thème 1 : L'image corporelle

À partir des questionnaires, des observations et des entrevues faites auprès des participantes du programme *Style de vie en santé*, le thème de l'image corporelle a été abordé. Le thème de l'image corporelle fut discuté par l'entremise de livres, d'activités et de discussions lors des sessions du programme. Trois activités seront discutées afin de préciser l'image corporelle chez les adolescents.

Activité 1 - Lecture d'un livre

La première activité par rapport à l'image corporelle a été faite par l'entremise de la lecture du livre: *Body Talk – The Straight Facts on Fitness, Nutrition and Feeling Great About Yourself*, par Ann Douglas et Julie Douglas. Quelques questions ont été posées

aux participantes du programme *Style de vie en santé* par rapport à leur image corporelle, telle que celle-ci : Sur une échelle de 1 à 10, 10 représente un amour total de ton corps et 1 représente l'opposé, dis-moi où tu te situes ? En conséquence, ces questions ont engendré des discussions au sujet de leurs corps et de leurs poids. Lors de la lecture du livre, une participante a remarqué que : « *Les femmes veulent être d'une taille de 0, elles veulent être jeunes et sexy tandis que les hommes veulent être musclés et distingués !* » (Annexe H, p.160). Par l'entremise du questionnaire, les participantes ont noté leur niveau de satisfaction par rapport à leur apparence physique et à leur poids. Avant le déroulement du programme *Style de vie en santé* seulement 20% (n=1) des participantes étaient satisfaites de leur apparence physique et de leur poids, tandis qu'à la fin du programme 60% (n=3) étaient satisfaites de leur image corporelle. Notons une augmentation de 40% (n=2) par rapport à la satisfaction des participantes au niveau de leur apparence physique et de leur poids. À la lumière de ce résultat, nous considérons que l'image corporelle est une composante importante à inclure dans un programme de prévention d'obésité juvénile, car elle est un facteur clé d'une bonne santé chez les adolescentes. Park (2003), précise : « *une image de soi positive, particulièrement chez les filles, semble être un facteur clé d'une bonne santé mentale et physique* » (p.54).

Activité 2 – Traçage du corps

La deuxième activité liée à l'image corporelle a été faite par l'entremise d'une activité artistique. Chaque participante devait faire tracer son corps par une autre participante sur une grande feuille de papier. Les participantes devaient ensuite identifier les parties de leurs corps qu'elles aimaient, qu'elles n'aimaient pas, qui étaient faibles, qui étaient

fortes, qui causaient de l'embarras etc. à l'aide de stylos feutres de différentes couleurs. Les commentaires émis par les participantes au sujet de leur corps lors de cette activité furent : « *J'aime mon corps.* » (Annexe H, p.165), « *Je suis grosse !* » (Annexe H, p.165), « *Je n'aime pas mon corps, j'ai un gros ventre.* » (Annexe H, p.165), « *Je n'aime pas mes bras !* » (Annexe H, p.165). Ce partage nous indique une insatisfaction face à l'image corporelle chez certaines participantes. L'adolescence est une période où surtout les filles souffrent d'une insatisfaction face à leur image corporelle. Selon Robins et al. (2002),

Les changements physiques qui surviennent durant la puberté sont généralement plus négatifs pour les filles(...) la puberté entraîne l'apparition de la première menstruation et des symptômes qui y sont associés, comme l'augmentation de l'adiposité et, peut-être, l'insatisfaction face à leur image corporelle (p.425).

Nous savons que les changements physiques lors de la puberté peuvent causer une insatisfaction corporelle chez les filles. Notons que certaines études ont même révélé que « (...) *les filles ont tendances à se trouver moins attrayantes à mesure qu'elles passent d'une année scolaire à l'autre...* » (Eme, 1979, p.575). Il est donc essentiel d'encourager les filles à accepter leur corps, de comprendre que tout le monde est unique et de valoriser leurs différences (O'Dea, 2006). Nous présumons que des discussions et des activités par rapport à l'image corporelle sont essentielles à l'adolescence et à inclure dans un programme de prévention à l'obésité juvénile afin que les adolescentes puissent développer une perception positive face à leur image corporelle.

Activité 3 – Discussion

Suite à la réalisation des activités précédentes, tels que la lecture du livre et le traçage du corps, des questions furent posées aux participantes afin d'animer une discussion au sujet de leur image corporelle (Annexe A). Les participantes devaient ensuite préciser jusqu'à quel point elles aimaient leur corps sur une échelle de un à dix. Le numéro dix représentait qu'elles adoraient leur corps et le numéro un représentait l'opposé. Les participantes ont tous répondu et les résultats furent les suivants : 5, 5, 6, 6, 7 et 7. À la lumière de ces résultats, nous pouvons constater que les participantes apprécient généralement leurs corps à la suite de la formation du programme.

Thème 2 : L'influence des médias

L'importance de l'influence des médias et l'effet de ces derniers sur la perception des jeunes adolescents fut le deuxième thème abordé au niveau de l'estime de soi dans le cadre du programme *Style de vie en santé*. Le thème de l'influence des médias fut discuté par l'entremise d'une vidéo et en examinant des images publicitaires à l'aide des revues. Trois activités seront discutées afin de préciser l'influence des médias chez les adolescentes.

Activité 1 – Vidéo Dove

La première activité au niveau de l'influence des médias a été faite en écoutant un vidéo clip réalisé pour la compagnie *Dove*. Ce vidéo clip démontrait la transformation qui se fait chez une femme tout à fait typique afin qu'elle apparaisse « parfaite » avec l'aide des esthéticiens et des programmes à l'ordinateur. Après le visionnement de cette vidéo, les

participantes ont émis différents commentaires: « *Je n'en reviens pas que la fille avait l'air normale et à la fin de la vidéo elle était tellement plus belle!* » (Annexe H, p.160), « *Elle n'était pas grosse ! Pourquoi est-ce qu'ils ont remonté son menton avec l'ordinateur ?* » (Annexe H, p.160) et « *C'est incroyable ce qu'ils font avec les photos* » (Annexe H, p.160). Nous observons que cette présentation a suscité différents commentaires des participantes quant à l'influence des médias. Ainsi, il nous semble important de mentionner ce que les chercheurs recommandent au niveau de la promotion d'un style de vie en santé par rapport aux médias :

On ne devrait pas considérer la minceur et le surplus de poids comme des opposés, mais plutôt comme les deux extrémités d'un même continuum, sans porter de jugement de valeur. Les chercheurs recommandent au mouvement actuel de promotion de la santé et du bien-être de mettre tous les efforts en œuvre pour réfuter le message de «corps objet» mis de l'avant par les industries des produits de beauté, de l'amaigrissement, de la mode et du conditionnement physique, avec l'appui des médias. (Statistique Canada, 2004)

À la lumière de ces résultats, nous présumons qu'il est essentiel de conscientiser les adolescents par rapport aux effets des médias afin qu'ils ne se jugent pas comme « corps objet ».

Activité 2 – Images publicitaires – le corps humain

Dans le cadre du thème portant sur l'influence des médias, huit images publicitaires furent remise aux participantes de divers magazines publiés au cours de l'année 2006-2007 (Cosmopolitan, Runner's World, Elle Magazine). Chaque image publicitaire avait pour but de vendre un produit quelconque en se servant de la forme ou d'une image d'un corps humain. Cette activité a apporté des commentaires réflexifs chez les participantes du programme. En voici un: « *Ils essayent de vendre des produits avec le corps des*

femmes, c'est stupide ça... » (Annexe H, p.161). Il est important de noter que certaines images publicitaires peuvent être nuisibles à l'image corporelle, surtout chez les adolescents. Selon Santé Canada (2008),

Le message implicite voulant qu'on puisse atteindre un tel idéal, si on y met les efforts nécessaires, est particulièrement nuisible à l'image corporelle et potentiellement à la santé. En niant les réalités héréditaires, ce message engendre frustration et culpabilité. En Occident, la minceur est associée au succès, au raffinement et à la force de caractère. Il en va tout autrement pour l'obésité qui évoque l'échec et un manque de discipline personnelle, en particulier chez les femmes (P.6).

Malgré l'impact que les médias peuvent avoir sur les adolescents, 80% (n=4) des participantes ont indiqué que les médias n'avaient pas vraiment d'influence sur la façon qu'elles se perçoivent suite à la formation reçue. D'ailleurs, 20% (n=1) des participantes ont noté que les médias n'avaient pas d'influence après les neuf sessions de programme *Style de vie en santé*. Toutefois, il nous semble important d'informer les adolescentes qui participent à un programme de prévention à l'obésité, que les messages offerts par les médias, plus spécifiquement les images publicitaires, peuvent être nuisibles à leur image corporelle.

Activité 3 – Des images publicitaires - les revues

La troisième activité demandait que les participantes feuilletent des revues variées et indiquent quelles annonces publicitaires sont responsables et lesquelles sont irresponsables. L'adjectif responsable se définit par : « *réfléchi, pondéré et qui répond à ses actes* » (le-dictionnaire, 2008). Tandis que l'adjectif irresponsable se définit par : « *qui n'est pas capable de répondre à ses actes, qui manque de sens de la responsabilité* » (le-

dictionnaire, 2008). Une annonce publicitaire responsable démontre donc des images de corps réalistes chez les femmes et les hommes. Une participante a remarqué : « *Les garçons sont trop musclés et les filles sont trop minces !* » (Annexe H, p.161). D'après Moore (1990), le corps idéal d'un homme est musclé et allongé, voilà pourquoi les hommes veulent avoir un corps ayant une structure musculaire importante avec peu de tissus adipeux. D'après Santé Canada (2008),

Cette insatisfaction s'explique principalement par l'idéal de beauté prévalant, de plus en plus mince pour les femmes et de plus en plus musclé pour les hommes. Les personnages qu'on voit à la télévision, sur les panneaux réclames et dans les magazines de mode sont pratiquement toujours minces (Wolf, 1991).

Lors d'une discussion entamée au sujet de l'utilisation des femmes « parfaites », c'est-à-dire des femmes très minces sans défauts physiques, présentées dans les images publicitaires, une participante a partagé : « *Les filles sont souvent pas réelle, je savais ça déjà !* » (Annexe H, p.161). Ainsi, cette citation révèle que cette participante est consciente que les images publicitaires présentent un certain idéal de beauté loin de la réalité ; les femmes sont toutes très minces et les hommes tous musclés.

Enfin, notons que les activités du programme *Style de vie en santé* par rapport à l'influence des médias ont été amusantes et enrichissantes d'après les participantes. En effet, un participante a noté qu'elle a « (...) vraiment aimé la vidéo » (Annexe H, p.160) et un autre a dit « *Je me suis beaucoup amusée !* » (Annexe H, p.160). Une participante nous a mentionné : « *Tu as de bonnes idées d'activités* » (Annexe H, p.161). Bickford (2000) souligne :

À partir du moment où les jeunes ont confiance en la personne en charge, ils se mettent à croire au programme et aux valeurs véhiculées. (...) Les programmes qui engendrent de tels résultats se propagent d'eux-mêmes et la société, dans son ensemble, s'en porte mieux (p.4)

Thème 3 : L'image de soi

Le troisième thème abordé dans le cadre de cette recherche fut la découverte des qualités chez les participantes comme individus. Ce thème fut discuté par l'entremise de travaux dans le journal de réflexion et par des discussions. Deux activités seront discutées afin de préciser l'image de soi chez les participantes du programme *Style de vie en santé*. La première est une activité par rapport à l'impression que nous faisons auprès des gens qui nous entourent. La deuxième activité repose sur l'identification des qualités des participantes inscrites dans leur journal de réflexion.

Notons que l'image de soi est une composante importante à inclure dans un programme de prévention à l'obésité, car selon l'enquête nationale sur la santé de la population (2003), « *la force de l'image de soi à l'adolescence a des répercussions sur la dépression, l'auto-évaluation de l'état de la santé, l'activité physique et l'obésité au début de l'âge adulte* » (Park, 2003, p.54).

Activité 1 – L'impression sur les autres

La première activité comprenait une discussion entre les participantes et l'équipe de recherche au sujet des impressions des gens qui les entourent. De plus, les participantes ont dû réfléchir sur la question suivante : *As-tu l'impression que les gens aiment se tenir avec toi ? Pourquoi ?* D'après les résultats obtenus par l'entremise des questionnaires

remplis au début du programme, seulement 20% (n=1) des participantes avaient l'impression que les gens aimaient se tenir avec eux la plupart du temps. Après le déroulement du programme *Style de vie en santé*, 80% (n=4) des participantes avaient maintenant cette impression. Les participantes ont partagé que les gens aiment se tenir avec eux parce qu'elles sont : *créatives, de bonnes artistes, gentilles, bonnes au soccer, bonnes à l'école et intelligentes* (Annexe H, p.164). De plus, l'image de soi est étroitement liée à l'image corporelle et affecte l'estime de soi chez les adolescents. D'ailleurs, Hill et al. (1992) ajoutent :

Ainsi, les personnes qui ont un physique agréable sont considérées bonnes, intéressantes, ouvertes et dotées de divers traits de caractère socialement souhaitables. L'envers du message, c'est que tous ceux qui ne sont pas conformes au modèle de minceur ont les caractéristiques inverses (p.96).

Au niveau des résultats quantitatifs, à la fin de la formation du programme *Style de vie en santé*, nous observons une augmentation de 60% chez les participantes par rapport à la question : As-tu l'impression que les gens aiment se tenir avec toi ? Nous présumons que cette augmentation découle d'une conscientisation de leurs valeurs intrinsèques grâce aux activités réalisées tout au long du programme. C'est pourquoi nous considérons que l'image de soi représente une composante que nous devons inclure dans un programme de prévention à l'obésité.

Activité 2 – Journal de réflexion – Les qualités

Une deuxième activité a été proposée chez les participantes à l'aide de leur journal de réflexion. Ce dernier, qui devait se faire de façon hebdomadaire en lien avec les sessions du programme *Style de vie en santé*, a permis aux participantes de noter leurs qualités de

façon personnelle, unique et créative. Au niveau de l'image de soi, les qualités suivantes sont ressorties chez les participantes: *belles, généreuses, intelligentes, gentilles, aimables et créatives* (Annexe H, p.167). D'ailleurs, une bonne image de soi est un élément essentiel à l'adolescence ce qui devrait faire partie d'un programme de prévention à l'obésité juvénile. D'après Johnston-Brooks et al. (2002)

Les personnes qui ont une image de soi positive sont plus susceptibles d'être actives et elles ont tendances à prendre soin d'elles-mêmes et à éviter le comportement à risque. Cela peut expliquer le lien entre l'image de soi à l'adolescence et l'obésité au début de l'âge adulte (...) (p.44)

Finalement, les participantes constatent qu'elles sont toutes des individus spéciaux et uniques. À ce propos, une participante déclare « *Je savais que j'étais spéciale et unique* » (Annexe H, p.164). D'ailleurs, ceci est confirmé par les réponses obtenues aux questionnaires qui démontrent que toutes les participantes se trouvent spéciales et uniques.

À l'analyse des données, nous corroborons les écrits de Park (2003), à savoir qu'il est important « (...) *d'inclure dans les politiques de promotion de la santé et les programmes d'éducation en matière de la santé des mécanismes destinés à améliorer l'image de soi* »(p.54). Il est donc essentiel « (...) *d'adopter une stratégie d'intervention axée sur l'utilisation optimale des ressources qui assurent un soutien émotionnel durant l'adolescence* » (p.54).

Synthèse – Estime de soi

Nous reconnaissons que l'estime de soi constitue une composante essentielle à intégrer dans un programme de prévention à l'obésité auprès des jeunes. L'image corporelle, les effets des médias et l'image de soi sont les principaux thèmes abordés sous cette composante. Quant à l'image corporelle, les résultats révèlent que la majorité des participantes semble être satisfaites de leurs corps. Les médias proposent des perceptions erronées quant à la constitution du corps, ce qui peut influencer négativement les perceptions des jeunes. En conséquence, cela peut affecter leur image corporelle et leur perception. Afin qu'elles découvrent une perception d'elles-mêmes plus positive, nous avons considéré important d'explorer leurs qualités intrinsèques.

Conclusion

Au premier chapitre, nous avons présenté quelques données statistiques par rapport à la crise de l'embonpoint et de l'obésité chez les adolescents. L'épidémie de l'obésité juvénile est un sujet qui fait preuve de grande importance discutée par les spécialistes de la santé au niveau mondial, fédéral, provincial et local. Les causes et les conséquences de l'embonpoint et de l'obésité ont été présentées également.

Dans le cadre théorique, nous avons présenté des programmes d'interventions tels que : *Planet Health*, *Action Schools! BC*, *Family Lifestyle Group* et le programme *Écoles en santé*. De plus, le programme *Style de vie en santé*, un programme scolaire de prévention à l'obésité juvénile dans les écoles manitobaines, a été proposé afin de répondre aux besoins alimentaires, physiques et émotionnels des adolescentes.

En ce qui attrait à la méthodologie, cette recherche, qui comportait un échantillon de cinq participantes, ne prétend pas décrire de façon exhaustive toute la complexité de la problématique de l'embonpoint et de l'obésité juvénile. C'est pourquoi, quelques mises en garde s'avèrent nécessaires afin d'assurer la validité de la recherche compte tenu du nombre limité de participantes. Toutefois, tout au long de cette recherche, nous avons assuré la validité des données en ayant recours à un processus de triangulation des données. En effet, la collecte de données provenait de différentes méthodes soit des questionnaires, des observations, d'un journal de réflexion et d'une entrevue.

Enfin, à la lumière des résultats obtenus, il nous semble apparent qu'un programme de prévention pour contrer l'obésité juvénile en contexte scolaire doit s'articuler autour de l'alimentation, l'exercice physique et l'estime de soi. En effet, nous devons agir simultanément sur les trois axes afin d'obtenir des résultats concluants. Par ailleurs, il nous semble évident que les activités proposées dans un tel programme doivent être amusantes et pertinentes afin d'assurer une participation active de la part des jeunes impliqués.

Pour permettre aux jeunes de vivre en santé dans nos écoles manitobaines, il s'avère nécessaire de mettre en place des dispositifs pour promouvoir le programme proposé dans cette présente recherche. Pour ce faire, nous proposons les recommandations suivantes.

Recommandations

Nous proposons quelques recommandations au niveau d'un programme scolaire de prévention à l'obésité juvénile. Le but visé par ces recommandations est d'assurer la réussite de la mise en œuvre d'un tel programme dans les écoles manitobaines.

En premier lieu, afin d'atteindre cet objectif, un engagement s'impose de la part de la division scolaire, de l'administration scolaire ainsi que des enseignants. Le programme *Style de vie en santé* demande également la disponibilité d'un adulte qui peut mettre en œuvre le programme et gérer le groupe d'adolescents, préférablement un conseiller en orientation au niveau de l'école. Ce dernier doit avoir certaines compétences par rapport

au fonctionnement et au déroulement d'un petit groupe. Ce coordonnateur de groupe, doit également être outillé et capable de travailler avec les adolescents. D'ailleurs, une certaine empathie au niveau de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes est nécessaire. Afin que les jeunes soient capables de se sentir à l'aise et de partager leurs sentiments lors des sessions, l'adulte doit dresser et partager ses attentes au début des sessions de groupe afin de créer un environnement calme et sécurisant propice au partage de groupe. De plus, les activités détaillées dans le programme proposé *Style de vie en santé*, demande une logistique importante. Par ailleurs, il serait également pertinent d'intégrer certaines activités présentées dans le cadre de cette recherche dans les cours de santé offert aux élèves dispensé par les enseignants.

En définitive, il apparaît donc souhaitable, en vue d'exploiter au mieux ces recommandations, qu'un groupe de travail composé de professionnels de la santé et l'éducation soit constitué pour démarrer efficacement le programme *Style de vie en santé*.

Perspectives de recherches futures

Cette recherche a apporté plusieurs questionnements qui demeurent sans réponses, mais qui seraient des perspectives de recherches futures à considérer. Suite aux résultats obtenus dans cette présente recherche, nous avons identifié trois perspectives de recherches futures. Premièrement, cette recherche, qui est de nature descriptive qualitative, repose sur la participation de cinq adolescentes. Malgré que certains dispositifs méthodologiques furent utilisées afin d'assurer la validation de cette

recherche, il serait important de valider ces résultats auprès d'un plus grand nombre de participants.

Deuxièmement, il serait intéressant que le programme proposé soit l'objet d'une recherche longitudinale incluant des participants de chaque genre afin de distinguer les disparités entre les groupes. Nous suggérons, ainsi, une étude à plus long terme qui permettrait de suivre les participants sur une plus grande période de temps afin d'explorer davantage cette problématique et les différents enjeux.

Troisièmement, cette recherche n'a pas permis la participation de tous les membres de la famille. Puisque la problématique de l'embonpoint et de l'obésité affecte non seulement les adolescents, mais généralement les familles, il serait important d'inviter ces derniers à participer lors des sessions de groupe. Finalement, pour contrer l'embonpoint et l'obésité juvénile, les différents personnels du milieu scolaire devront mettre en place des stratégies axées sur une saine alimentation, sur la pratique d'exercice physique et sur le développement d'une bonne estime de soi.

Références bibliographiques

- Ackard, D.M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Perry, C. (2003). Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics*, 111.1(Jan.2003) p.67 (8).
- Alexander, S. (2004). Action Schools ! BC : Un cadre de vie en santé. Document téléaccessible à l'URL : http://www.ctffce.ca/f/publications/health_learning/Issue1/Issue1_Article5_FR.
- Anding, R. (2004). *Exactly what is a serving?* American Dietetic Association. (2004). document téléaccessible à l'URL : http://www.eatright.org/Public/NutritionInformation/index_16264.cfm
- Archambault, H. (2007). *Intégration des technologies de l'information et des communications en milieu scolaire autochtone*. Thèse de doctorat présentée à l'Université de Montréal.
- Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine (1999) Reducing Obesity via a School-Based Interdisciplinary Intervention Among Youth: Planet Health Arch Pediatr Adolesc Med, Apr 1999; 153: 409 - 418.
- Association canadienne pour la santé mentale Les avantages d'une bonne santé mentale, Document téléaccessible à l'URL : http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=2-267-1320&la
- A&W, <http://www.awrestaurants.com/nutrition/res/pdf/pepsi.pdf>
- Barlow, S.E., Dietz, W.H. (1998). Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations. *Pediatrics*, 102 (3), e29.
- Barlow, S.E., Dietz W.H. (2002). Management of child and adolescent obesity: Summary and recommendations based on reports from pediatricians, pediatric nurse practitioners and registered dietitians. *Pediatrics*, 110, p. 236-238.
- Berg, I.M., Simonsson, B., Brantefor, B., Ringqvist, I. (2001). *Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in a county in Sweden*. Acta Paediatr 90(6) pp.671-676.
- Bickford, J. (2000) *Project Early Intervention Stratégie nationale sur la sécurité communautaire et la prévention du crime*. Caledon Institute of Social Policy.

- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Bratigny, M.-J. (2001). *Enfants et adolescents : alimentation et éducation au bien-manger*. Document Téléaccessible à L'URL : www.lemangeur-ocha.com
- Brigman, G., Earley, B. (1991) *Group Counselling for School Counsellors – A practical Guide*. Portland, Maine: J. Weston Walch.
- Broadwater, H.R. (2002). *Reshaping the future for overweight kids*. RN, Nov.2002, v65 ill p.36-42.
- Buiten, C., Metzger, B. (2000). Childhood obesity and risk of cardiovascular disease: A review of the science. *Pediatric Nursing*. 26(1), 13.
- Burger King, <http://www.bk.com/Nutrition/PDFs/brochure.pdf>
- Button, E., Sonuga-Barke, E., Davies, J., & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent girls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*,
- Campbell, I.W. (2004). *Obesity in Children – facts and fallacies*. Eur. J Liid Sci. Technology 106, 334-339.
- Carlos, M., Grilo, R.M. Masheb. (2001). *Childhood Psychological, Physical, and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity, and Eating-Related Psychopathology*. *Obes. Res*; 9: 320 - 325.
- Centre Youville, Programme Mothers and Daughters et Programme Girls on the move, consultations sur place (2007)
- Chamberlain, L.A., Sherman, S.N., et al. (2002). *The Challenge of parenting and treating obesity in low-income preschool children: Perceptions of WIC health care professionals*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 165(7), p.662.
- Chiva, M. (2001). *Table ronde, Enfants et adolescents, ceux qui mangent trop et ceux qui ne mangent pas assez*. Document téléaccessible à L'URL : <http://www.lemangeur-ocha.com>
- Christopher, G., Fairburn, Z., Cooper, H.A., Doll, P.N., O'Connor, M. (2000). *The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women*. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 659 - 665.

- Deslauriers, J.P, Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In J.P. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H Groulx A. Lapierrière, R. Mayer, A.P. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Denzin, N.K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. (2nd Edition) New York, NY: McGraw-Hill.
- Denzin, N.K, Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks(CA) : Sage Publications.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. (2004) Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Dolbec, A. et Clément, J. (2004). *La recherche-action*. In Karsenti, T. et Savoie- Zajc, L. (2004). *La recherche en éducation : tapes et approches*. Sherbrooke : Éditions du CRP, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, 181-207.
- Douglas, A., Douglas, J. (2006) *Body Talk – The Straight Facts on Fitness, Nutrition and Feeling Great About Yourself!* Maple Tree Press Inc.
- École Varennes, <http://wikimapia.org/119162>
- École Varennes, Family Centre, <http://www.JRsd.net/Schools/Varennes/N3/200.asp>
- Eme, R. (1979) Sex differences in Childhood Psychopathology: a review. *Psychological Bulletin*, 86 (3), p.574-595.
- Evaluation Report and Recommendations. (2004) *Action Schools! BC Phase I (Pilot) Evaluation Report and Recommendations*, A Report to the Ministry of Health Services
- Family Lifestyle Group, entrevue et sessions avec Marni McFadden, R.D., C.D.E., Clinical Dietician – Education, Nutrition & Food Services, Office régional de la santé de Winnipeg, www.wrha.mb.ca
- Featherstone, M. (1987). The Body in Consumer Culture. *Societies*, September 15, 1987: 18-33.
- Fédération francophone du Yoga. (2008). *Postures de Yoga*. Document téléaccessible à l'URL: <http://www.federationyoga.qc.ca>
- Fédération cardiaque mondiale. (2001). *Obesity Threatens the Heart*. Nouvelle édition, document téléaccessible à l'URL: <http://www.patienttalk.info/PT06ObesityFR.pdf>

- Fisher, J.J. et Birch, L.L. (2000). Parents' restrictive feeding practices are associated with young girls' negative self-evaluation of eating. *Journal of American Dietetic Association*, 100, 1341-1346.
- Fitzgibbon, M.L., Stolley, M.R., Kirschenbaum, D.S. (1993). *Health Psychology*. 12:342-345.
- Fonte, ISTAT. (1999). *Servizio Struttura e dinamica sociale*.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Montréal : Décarie Éditeur.
- Freedman, D.S., Dietz, W.H., Srinivasan, S.R., Berenson, G.S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 103, 1175-1182.
- French, S.A., Jeffrey, R.W., Sherwood, N.E., Newmark-Sztainer, D. (1999). *Prevalence and correlates of binge eating in a nonclinical sample of women enrolled in a weight gain prevention program*. Int J Obes Relat Metab Disord. 1999;23:576-585.
- Gauthier, B.M., Hickner, J.M., Ornstein, S. (2000). *High Prevalence of overweight children and adolescents in the Practice Partner Research Network*. Arch Pediatr Adolesc Med 154 (6):625-628.
- Gergen, K.L., Gergen, M.M. (1984). Psychologie sociale. S. Jutras, C. Champagne, C. Hamel (traduction). Saint-Laurent (Québec): *Études Vivantes*.
- Gilbert C.C., Sanchez M.J., Lehoux C., Hegyi A., Åström A., Hall G., Merino G.,
- Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids. (2005). *Stigmatisation*. Document téléaccessible à l'URL :<http://www.gros.org/stigmatisation-obesite/dim-indiv.php>
- Gordon Rouse, K.A., Ingersoll, G.M., Orr, A.D.P. (1998) Longitudinal health endangering behavior risk among resilient and nonresilient early adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 23 (5), p.297 – 302
- Gortmaker, S.L., et al. (1999). Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 409-418.
- Hanley, A.J., Harris, S.B., Gittelsohn, J., Wolever, T.M., Saksvig, B., Zinman. (2000). *Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors*. Am J Clin Nutr 71 (3):693-700.

- Harter, S. (1993). *Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. Self-Esteem: The puzzle of low self-regard*. publié sous la direction de R.F. Baumeister, New York, Plenum Press, p.87-116.
- Harvard school of Public Health, Document électronique téléaccessible à l'URL:
<http://www.hsph.harvard.edu/ats/Apr9/>
- Hassink, S.G., Klish, W.J., Robinson, T.N. (2005). *Preventing overweight kids from becoming overweight grownups*. University of Manitoba Libraries. Patient Care, v39 i10.
- Healthy Schools Manitoba Initiative, Document électronique téléaccessible à l'URL:
<http://www.gov.mb.ca/healthyschools/about/> et
<http://www.gov.mb.ca/healthyschools/foodinschools/documents/handbook.pdf>
- Hill, A.J., Oliver, S., et Rogers, P.J. (1992). Eating in the Adult World: The Rise of Dieting in Childhood and Adolescence. *British Journal of Clinical Psychology*, 31:95-105.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (1989). Le dossier de la recherche *The journal of Sport and Exercise Psychology*.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2004). *Améliorer la santé des Canadiens*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète. (2002) *Rapport annuel janvier 2001- mars 2002*, Instituts de recherche en santé du Canada, Simon Fraser University
- Ikeda H., Okamoto K., Fukuhara M. (1999). Estimation of aboveground grassland phytomass with a growth model using Landsat TM and climate data. *International Journal of Remote Sensing* Vol. 20, N. 11: 2283-2294.
- Isnard, P., Frelut, M-L., Mourensimeoni, M-C. (2002) *Obésité chez l'enfant et l'adolescent Deuxième partie : Maladies et grands syndromes*, Objectif 265.
- Jaccound, M., Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative In J.P. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R.Mayer, A.P. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Jarrell, M. (2000). Focusing on focus group use in educational research. Paper presented at the Mid-South Educational Research Association Annual Meeting, (Browning Green, KY, November 15-17, 2000). Document disponible sur *ERIC* : ED 448 167.

- Johnston-Brooks, C.H., Lewis, M.A., Garg, S. (2002) Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with type 1 diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 64 (1), p.43-51
- Johnson, W.G., Grieve, F.G., Adams, C.D., Sandy, J. (1999). *Measuring binge eating in adolescents : adolescent and parent version of the questionnaire of eating and weight patterns*. Int J Eat Disord. 26:301-314.
- Kalman, D., Cascarano, H., Krieger, D., Incledon, T., Woolsey, M. (2002). Frequency of binge eating disorder in an outpatient weight loss clinic. *Journal of the American Dietetic Association*, p.697.
- Karsenti, T. et Demers, S. (2000). L'étude de cas. In T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *Introduction à la recherche en éducation* (p. 225-247). Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Karsenti, T., Savoie-Zajc, L. (2004). *La recherche en éducation : étapes et approches*. Sherbrooke : Éditions du CRP, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke.
- Kautiainen, S., Rimpela, A., Vikat, A., Virtanen, S.M. (2002). *Secular trends in overweight and obesity among Finnish adolescents in 1977-1999*. Int J Obes Relat Metab Disord 26(4):544-552.
- Kenardy, J., Arnow, B., Agras, W.S. (1996). *The aversiveness of specific emotional states associated with binge-eating in obese subjects*. Aus NZ J Psychiatry;30:839-844.
- Koff, M. Rierdan, J. (1991). *Perceptions of weight and attitudes towards eating in early adolescent girls*. J Adolesc Health. 12:307-312.
- Korthagen, F., Kessels, J., Koster, B., Lagerwerf, B., Wubbels, T. (Eds).(2001). *Linking practice and theory. The pedagogy of realistic teacher education*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Krassas, G.E., Tzotas, T., Tsametis, C., Konstantinidis, T. (2001). *Determinants of body mass index in Greek children and adolescents*. J Pediatr Endocrinol Met 14(Suppl 5):1327-1333.
- Krebs, N.F., Baker, R.D.J., Greer, F.R., Heyman, M.B., Jaksic, T., Lifshitz, F. (2003). Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 112(2), 424-430.
- Landry, R. (1997). Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données. Sainte Foy, *Presses de l'Université du Québec*.
- L'Écuyer, R. (1990). Méthodologie de l'analyse développementale du contenu. Méthode GPS et concept de soi. Québec : *Presses de l'Université du Québec*.

- Le dictionnaire. (2008). Document téléaccessible à l'URL : <http://www.le-dictionnaire.com/>
- Ledoux, S., Choquet, M., Manfredi, R. (1993). *Associated factors for self-reported binge eating among male and female adolescents*. J Adolesc. 16:75-91.
- Ledford CC, Fuchs RA, See RE. (2003). Potentiated reinstatement of cocaine-seeking behavior following D-amphetamine infusion into the basolateral amygdala. *Journal of Neuropsychopharmacology* 28: 1721-1729.
- Lee, D.T., Speers, S.J. (2002). Healthy eating in the fast food lane. *Patient Care*, 36(8), 71.
- Le Petit, C., Berthelot, J.-M. (2006). *L'obésité : un enjeu en croissance*. Rapport sur la santé, vol.17, n°3, août 2006, Statistiques Canada, n°82-003 au catalogue.
- Lingswiler, V.M., Crowther, J.H., Stephens, M.A. (1987). *Emotional reactivity and eating in binge eating and obesity*. J Behav Med.10:287-299.
- Livingstone, B. (2000). *Epidemiology of childhood obesity in Europe*. Eur J Pediatr 159(Suppl 1):S14-S34.
- Lobstein et al. (2004). International Association for the Study of Obesity. *Obesity Reviews*, 5 (Suppl. 1), 4-85.
- Loecher, B. (2002). Raising Fit kids in a fattening world: about 9 million US kids are overweight or obese. Here's what to do if yours is one of them. *Prevention*, Nov.2002 v54 i11 p.114 (8).
- McCaleb, A., Edgil, A. (1994). Self-concept and self-care practices of healthy adolescents. *Journal of pediatric Nursing*, 9 (4), p.233-238
- McDonalds, http://www.mcdonalds.com/app_controller.nutrition.index1.html
- McKay, H. et al. (2004). *Action Schools! BC Phase I (Pilot) Evaluation Report and Recommendations*. Ministry of Health Services, November 2004.
- Maffeis, C., Tato, L. (2001). *Long term effects of childhood obesity on morbidity and morality*. Horm Res 55(Suppl):42-45.
- Manitoba School Nutrition Handbook. (2005). Getting Started with Guidelines and Policies, Document téléaccessible à l'URL: <http://www.gov.mb.ca/healthyschools/foodinschools/documents/handbook.pdf>
- Marti, B. et al. (1999). *Santé et pratique du sport pendant l'adolescence: quelques faits*. Office fédéral du sport. Revue suisse de Médecine et de traumatologie du sport 47 (4), 175-179.

- Martinez, C.A., Ibanez, J.O., Paterno, C.A., DeRoig Bustamente, M.S., Itati Heitz, M., Kriskovich Jure, J.O., De Bonis, G.R., Caceres, L.C. (2001). *Overweight and obesity in children and adolescents of Corrientes city. Relationship with cardiovascular risk factors*. Medicina (B Aires) 61 (3):308-314.
- Martorell, R., Khan, L.K., Hughes, M.L., Grummer-Strawn, L.M. (1998). *Obesity in Latin American women and children*. J Nutr 128(9):1464-1473.
- Masson A., Fontaine L., Kuti T. (2007). *Qualitative research investigating food choices and preferences of adolescents in Europe*. Projet HELENA Document téléaccessible à l'URL: www.helenastudy.com
- Merriam, S.B. (1998). *Case study research in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Moore, M., G. (1990). Recent contributions to the theory of distance education. *Open Learning*, 5(3), 10-15.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Collin.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2000). *Statistics related to overweight and obesity*. Document électronique téléaccessible à l'URL: www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/statobes.htm
- National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey. (2002). *Prevalence of overweight among children and adolescents: United States. 1929*. Document électronique téléaccessible à l'URL: www.cdc.gov/nchs/releases/01news/overwght99.htm
- Naylor, P-J., Macdonald, H., Reed, K., McKay, H. (2006). *Action Schools! BC: A Socioecological Approach to Modifying Chronic Disease Risk Factors in Elementary School Children*. Prev. Chronic Dis. 2006 April; 3(2): A60.
- Nigg, C.R.(2001). *Explaining adolescent exercise behavior change : a longitudinal application of the transtheoretical model*. Annals of Behavior Medicine, 23 (1), p.11-20
- O'Dea, J.A. (2006). *Self-concept, Self-Esteem and Body Weight in Adolescent Females*. Faculty of Education and Social Work, University of Sydney, NSW, Australia.
- Ogden, C.L., Flegal, K.M., Carroll, M.D., Johnson, C.L. (2002). *Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents. 1999-2000*. JAMA 288(14):1728-1732

Organisation mondiale de la santé. (2004). GENEVE. Document électronique téléaccessible à l'URL:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/fr/>.

OMS, Consultation OMS sur l'obésité (1997). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS*. Genève, Suisse

OMS/WHO (2003). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*.

Document électronique téléaccessible à l'URL:

<http://www.who.int/hpr/global.strategy.shtml>.

OMS/WHO (2005). *Topics is child obesity*. Document téléaccessible à l'URL :

http://www.who.int/topics/child_health/en/index.html

OMS/World Health Organization (WHO). 2007. Document électronique téléaccessible à l'URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/> et

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

OMS/WHO (2008). Informations générales Document téléaccessible à l'URL :

<http://www.who.int/bmi/index.jsp>

Park, J. (2003). *L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte*. Supplément aux rapports sur la santé, Statistique Canada, n.82-003.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Evaluation and Research Methods (3rd Ed.)* Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Peeters, A., Barendregt, J.J., Willekens, F., et al. (2003). *Obesity in adulthood and its consequence for life expectancy: A life-table analysis*. *Annals of Internal Medicine*, 138(1), p.24-33.

Peuteuil, P-A. (2001) *Entre contraintes esthétiques, sollicitations alimentaires et anxiété familiale. Enfants et adolescents : alimentation et éducation au bien-manger*.

Document électronique téléaccessible à l'URL : www.lemangeur-ocha.com

Petersen, T.A., Rasmussen, S., Madsen, M. (2002). *BMI of Danish school children measured during the periods 1986/1987-1996/1997 compared to Danish measurement in 1971/1972*. *Ugeskr Laeger* 164(43):5006-5010.

Planet Health. (1999) Planet Health Program Reduces Obesity in Middle-School Girls, News and Notices of the Harvard Public Health, Document accessible à l'URL:

<http://www.hsph.harvard.edu/ats/Apr9/>

Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.X., Laperrière, A., Mayer, Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.

- Pourtois et Desmet. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Maragada, Bruxelles 235 p.
- Program Specialist Disordered Eating, Critical Incident Stress Management Program Manager, Office regional de la santé de Winnipeg, www.wrha.mb.ca
Wikipedia (2007). Document électronique téléaccessible à l'URL:
http://fr.wikipedia.org/wiki/Troubles_du_comportement_alime
- Puska, Nishida, Porter (OMS 2007) Document électronique téléaccessible à l'URL:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/> et
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Pyle, S.A., Sharkey, J., Yetter, G., Felix, E., Furlong, M.J., Poston, W.S.C. (2006). Fighting an epidemic: The role of schools in reducing childhood obesity. *Psychology in the Schools*, Vol.43(3).
- Quible, Z.K. (1998). A focus on focus groups. *Training and Development Journal*, 42 (7) Business Communication Quarterly, 61, (2), June, 28-38.
- Raby, C. (2004). *Analyse du cheminement qui a mené des enseignants du primaire à développer une utilisation exemplaire des technologies de l'information et de la communication (TIC) en salle de classe*. Thèse de doctorat présentée à l'Université du Québec à Montréal.
- Ramacciotti, C.E., Coil, E., Passaglia, C., Lacorte, M., Pea, E., Dell'Osso, L. (2000). *Binge eating disorder, prevalence and psychological features in a clinical sample of obese people in Italy*. *Psychiatry Res.* 94:131-138.
- Raymond, N.C., Mussell, M.P., Mitchell, J.E., et al. (1992). *An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa*. *Int J Eat Disord.* 18:135-143.
- Robins, R.W., Trzesniewski, K.H., Tracy, J.L. et al. (2002). *Global Self-Esteem across the life span*. *Psychology and Aging*, 17(3), p.423-434.
- Ross, H.E., Ivis, F. (1999). *Binge Eating and substance use among male and female adolescents*. *Int J Eat Disord.* 26; 245-260.
- Ruth, H., Striegel-Moore, Dohm, F-A., Pike, K.M., Wilfley, D.E., Fairburn, C.G. (2002). *Abuse, Bullying, and Discrimination as Risk Factors for Binge Eating Disorder*. *Am J Psychiatry*; 159: 1902 - 1907.
- Santé Manitoba. (2005). *Les Écoles en Santé*. Document téléaccessible à l'URL :
<http://www.gov.mb.ca/healthyschools/issues/mental.html>

- Santé Canada (2005) Accès aux soins de santé. Statistique Canada. Document accessible à l'URL : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/2006002/referen_f.htm
- Santé Canada (2007). *L'obésité - La recherche en santé, ça rapporte 2006-2007*. Statistique Canada, Document accessible à l'URL : <http://www.cihirisc.gc.ca/f/35172.html>
- Santé Canada (2007). *Mode de vie sain*. Document téléaccessible à l'URL : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H39-4-40-2004F.pdf>
- Santé Canada. (2008). *Mon guide alimentaire en ligne*. Document téléaccessible à l'URL <http://www.santecanada.gc.ca/monguidealimentaire>.
- Savoie-Zajc, L. (1993b). Qu'en est-il de la triangulation? *Revue de l'ARQ*, 8.
- Savoie-Zajc, L. (1996b). *La triangulation, dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2000). *La recherche qualitative/interprétative en éducation*. In Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (dir.), *Introduction à la recherche en éducation* (p.171-198). Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Schutz, Y. (2004). *Suisse Balance – L'obésité chez les enfants et les adolescents*. L'alimentation en mouvement : par l'Office de la santé publique et par Promotion santé Suisse.
- Serdula, M.K., Ivery, D., Coates, R.J., Freedman, D.S., Williamson, D.F., Byers, T. (1993). *Do obese children become obese adults? A review of the literature*. *Prev Med* 22(2):167-177.
- Shepherd, K., Dennison, C.M. (1996). *Influences sur le choix des aliments chez l'adolescent*. Institute of Food Research, Proceeding of the Nutrition Society 55, 345-357.
- Shisslak, C.M., Grago, M., Neal, M.E. (1990). Prevention of Eating disorders among adolescents. *American Journal of Health Promotion*, 5. 100-106.
- Shields, M. (2006). *L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents*. Rapport sur la santé, vol.17, n°3, août 2006, Statistique Canada, n°82-003 au catalogue.
- Shields, M., Tjepkema, M. (2006). *Différences régionales en matière d'obésité*. Rapport sur la santé, vol.17, n°3, août 2006, Statistique Canada, n°82-003 au catalogue. P.1-26.
- Shields, M., Tjepkema, M. (2006). *Tendances de l'obésité chez l'adulte*. Rapport sur la santé, vol.17, n°3, août 2006, Statistique Canada, n°82-003 au catalogue.

- Simmons, R.G., Blyth, D.A., Van Cleave, E.F., et al. (1979) Entry into adolescence: the impact of school structure, puberty, and early dating on the self-esteem. *American Sociological Review*, 44 (6), p.958-967
- Sinton, M.M., Birch, L.L. (2005). *Weight Status and Psychological Factors Predict the Emergence of Dieting in Preadolescent Girls*. *Int J Eat Disord* ; 38:346-354.
- Smith, D.E., Marcus, M.D., Lewis, C.E., Fitgibbon, M., Schreiner, P. (1998). *Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in biracial cohort of young adults*. *Ann Behav Med*.20:227-232.
- Société canadienne de pédiatrie. (2006). *Mémoire devant le comité permanent de la santé*. Ottawa.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin M., Mitchell, J., Hasin, D., Horne, R.L. (1993). *Binge eating disorder: its further validation in a multisite study*. *Int J Eat Disord*.13:137-153.
- Spurrell, E.B., Wilfley, D.E., Tanofsky, M.B., Brownell, K.D. (1997). *Age of onset for binge eating: are there different pathways to binge eating?* *Int J Eat Disord* 21:55-65.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Strauss, R., Knight, J. (1999). *Influence of the home environment on the development of obesity in children*. *Pediatrics*, 103(6). E85. 15.
- Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Solomon, E.E., et al. (2000). *Subthreshold binge eating disorder*. *Int J Eat Disord* 27:270-278.
- Statistique Canada. (2004). *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. Document téléaccessible à l'URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fimm-rpm/index-fra.php>
- Story, M., French, S.A., Resnick, M.D., Blum, R.W. (1995). *Ethnic / Racial and Socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents*. *Int J Eat Disord*. 18: 173-179.
- Subway, <http://www.subway.com/applications/NutritionInfo/index.aspx>
- Sweeting, H., West, P. (2003) Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. *Social Science and Medicine*, 56 (1), p.31-39
- Tjepkema, M. (2006). *Obésité chez les adultes*. Rapport sur la santé, vol.17, n°3, Statistique Canada, n°82-003 au catalogue. p.1-26.

- Toseland, R. W. (1995). *Group work with older adults and family caregivers*. New York: Springer Publishing Company.
- Tremblay, M.S., Katzmarzyk, P.T., Willms, J.D. (2002). *Temporal trends in overweight and obesity in Canada 1981-1996*. Int J Obes Relat Metab Disord 26 (4):538-543.
- Troiano, R.P., Flegal, K.M., Kuczmarski, R.J. et al. (1995). *Overweight prevalence and trends for children and adolescents: the National Health and Nutrition Examination Surveys, 1963 to 1991*, Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149:1085-1091.
- Turconi, G., Guarcello, M., Maccarini, L., Bazzano, R., Zaccardo, A., Roggi, C. (2006). *BMI values and other anthropometric and functional measurements as predictors of obesity in a selected group of adolescents*. 2006. Eur J Nutr (45):136-143.
- Van der Maren, J.M. (1995). *Méthodes de recherches pour l'éducation*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Van der Maren, J. M. (1997). La recherche qualitative peut-elle être rigoureuse? *Revue de l'Association pour la Recherche Qualitative*.
- Van Landeghem, J., De Fraine, B., Damme, J., Opdenakker, M-C., Onghena, P. (2003). The Effect of schools and classes on language achievement. *British Educational Research Journal*. Vol.29. pp. 841-859
- Vidéo Dove. (2007). Document téléaccessible à l'URL : <http://www.campaignforrealbeauty.ca/bblank.asp?id=6895>
- Vincent, M. (2004) L'obésité : un phénomène croissant ! - A quoi est due l'augmentation de l'obésité en France ? Document téléaccessible à l'URL : <http://www.dossiersdunet.com/spip.php?article294>
- Wankel, L. (1985). Exercise Study. *Journal of Sport Psychology*. Vol.11
- Watson, E. B.A. MSW, Spécialiste en programmation – Troubles alimentaires
- Wechsler, H., McKenna, M., Lee, S., Dietz, W. (2004). *Overweight among Children and Adolescents*. National Association of States Board of Education.
- Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., Seidel, K.D., Dietz, W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 37, 869-873.

- Wiecha, J.L., Ayadi, A. M., Fuemmeler, B. F., Carter, J.E., Handler, S., Johnson, S., Strunk, N., Korzec-Ramirez, D., Gortmaker, S. (2004). Diffusion of an Integrated Health Education Program in an Urban School System: Planet Health. *Journal of Pediatric Psychology*, vol.26, 6
- Williams, P.G., Holmbeck, G.N., Greenley, R.N. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70, 828-842.
- Woodside, D.B., Garfinkel, P.E. (1992). *Age of onset eating disorders*. Int J Eat Disord. 12; 31-36.
- Wolf, N. (1991). *The Beauty Myth: How images of beauty are used against women* New York : William Morrow.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research. Design and Methods*. (2nd Edition) Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zametkin, A.J., Zoon, C.K., Klein, H.W., Munson, S.M. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 134-15

Annexe A - Description du Programme *Style de vie en santé*

La mise en œuvre du programme *Style de vie en santé* se déroule sur une période de neuf sessions. Les plans de leçons sont flexibles et ils ne sont que des pistes qui peuvent contribuer au déroulement de discussions importantes entre les participants. Ces leçons ont pour but d'offrir des informations importantes aux participants et, en même temps, les encourager à participer et à partager lors des discussions de groupe. Voilà pourquoi, il est aussi important de créer un lien de confiance et confidentiel afin que les participants se sentent confortable à partager leur vécu en groupe.

Description des Sessions 1 à 9 du Programme *Style de vie en santé*

Session 1 – Apprendre à se connaître

Préparation à la rencontre

Matériaux nécessaires

- Collation suggérée– craquelins et fromage
- Copie du Résumé du programme – pour les participants
- Journaux de réflexion préparés pour les participants (Annexe I)
- Feuille de travail (Une lettre à moi-même) – (Annexe I)
- Aimants et tatous - Manitoba in Motion – (voir Annexe C)

Durée – 1h à 1h30

Si la session se déroule pendant l'heure du dîner, n'oublie pas de demander aux participants d'apporter leur dîners afin qu'ils puissent dîner au cours de la session.

Collation nutritive – Craquelins et fromage

Choisir des craquelins faibles en matières grasses et élevés en fibres alimentaires.

Le fromage devrait être faible en matières grasses (ex. Fromage Allégro 4%).

Le fromage devrait être coupé en portion d'une once et demie par participant afin de démontrer une portion recommandée de fromage.

1) La conseillère se présente aux participants du groupe**2) Discussion au niveau des règlements de groupe**Règlements de groupe

- * Un participant parle à la fois
- * C'est un lieu confidentiel
- * Tu n'as pas besoin de parler et de partager si tu ne le veux pas
- * Respecte ce que les autres participants partagent

3) Les participants se présentent un à la fois aux autres membres du groupe**4) Discussion au niveau de la confidentialité du groupe**La confidentialité

Une discussion au sujet de la confidentialité devrait être entamée à chaque session de la formation. Chaque participant devra s'engager et accepter cette responsabilité de façon verbale. Ceci veut dire que, tout ce qui est dit lors des sessions de groupe, reste entre les membres. Par contre, les participants peuvent parler avec leurs familles au sujet de leur

expérience comme participant et ils peuvent discuter des choses qu'ils ont partagées lors des sessions. L'élément de confidentialité fait partie intégrante du programme.

5) Résumé du programme et discussion avec les participants

Programme *Style de vie en Santé*

Quoi : Programme *Style de vie en santé*
 Qui : Pour des élèves de la _____ année
 Quand : Du _____ au _____, chaque jour ____ de ____ à ____
 Où : École _____, salle ____
 Pourquoi: Donner des outils aux adolescents afin qu'ils développent un style de vie en santé

Description du programme *Style de vie en santé*

Session 1 – Discussion de groupe, l'importance de la confidentialité du groupe, apprendre à se connaître

Session 2 – L'image corporelle, l'influence des médias

Session 3 – Les Médias (continuité, Les sentiments – pourquoi mangeons-nous?, les messages de nos familles, L'estime de soi

Session 4 – L'exercice physique – Session offerte par un entraîneur physique

Session 5 – La nutrition – Session offerte par une diététiste

Session 6 – Nos pensées - notre langage interne, l'efficacité de soi

Session 7 – La beauté de notre corps, activité d'art

Session 8 – Les restaurants, divers menus

Session 9 – L'estime de soi, partage de groupe (Journal), questionnaire

6) Explication du journal de réflexion

Comme participant de ce groupe, tu auras l'occasion de faire un journal de réflexion. À chaque semaine, tu vas insérer les activités faites durant la session de groupe. Tu vas également faire une réflexion sur ce que tu as appris. Ceci pourrait être fait en écrivant ce que tu as appris, en faisant un collage, un dessin ou par un autre moyen artistique. Le journal va t'appartenir et c'est à toi de décider si tu veux le partager avec les autres. J'aimerais que tu partages tes réflexions avec moi lorsque les sessions seront terminées.

À n'importe quel temps, lors des neuf sessions de groupe, tu peux partir. Tu n'es pas obligé de participer. C'est ton choix.

Le groupe est confidentiel. Cela veut dire que tout ce qu'on discute durant les sessions de groupe, reste dans le groupe.

7) Collation nutritive

Vous allez recevoir une collation nutritive à chaque semaine comme participant du groupe. Si jamais il y a une collation qui vous intéresse ou un aliment que vous voulez comme collation, vous êtes les bienvenus de me les suggérer.

8) Jeux – Activité physique

Tous les participants doivent se mettre en cercle, assied sur leur chaise. Le facilitateur se met debout au centre du groupe. (Il n'a pas de chaise) Le facilitateur commence et dit au groupe soit une chose qu'il aime faire, aime manger ou aime au sujet de lui-même. Par

exemple : « J'aime nager dans la piscine lorsque j'ai la chance. » Ensuite, tous les participants qui aiment nager, doivent se lever et se trouver une autre chaise pour s'asseoir. C'est à ce moment, que le facilitateur s'assoit sur une chaise libre. Donc, il y aura un participant sans chaise. C'est donc à son tour de se mettre au centre du groupe et exprimer quelque chose afin de faire bouger les autres participants du groupe.

9) Activité – Feuille – Une lettre à moi-même – à mettre dans le journal de réflexion

Cette activité peut être faite durant la session si le temps le permet et insérée dans le journal du participant. C'est une activité qui permettra au participant de faire un peu d'auto-réflexion au sujet de lui-même.

10) Devoirs - journal de réflexion– Page titre, activité - mes qualités

Le devoir pour la première session est de faire une page titre en assurant d'y inclure le titre du programme *Style de vie en santé*. La deuxième page devrait être réservée pour y coller l'activité précédente *Une lettre à moi-même*. La troisième activité est un devoir qui demande au participant d'écrire son nom au centre de la page. Ensuite, le participant doit écrire des mots sur la page qui décrivent ses qualités personnelles et interpersonnelles. Un exemple de cette activité se trouve en Annexe I.

11) Rétroaction

Faire un tour de table afin de demander une rétroaction des membres du groupe qui veulent partager leurs premières impressions du programme.

12) Cadeau – aimant et tatou– *Manitoba in Motion* (Voir Annexe C)

Session 2 – L’influence des médias

Matériaux nécessaires

- Collation – fruits et trempette au yogourt
- Livre « *Body Talk – The Straight Facts on Fitness, Nutrition and Feeling Great About Yourself* » par Ann Douglas et Julie Douglas
- 8 images découpées de revues variées
- Accès à un ordinateur (et Internet)
- Guide canadien de la saine alimentation – *Mode de vie sain*
- Magazine pour les jeunes – *Vive la vie active!* (Annexe C)
- Auto-collants – Santé Canada (Annexe C)
- Feuille – Yoga (Étirements)

1) Âllo - Température

- * Demander à chaque participant – comment fut leur dernière semaine sur une échelle de 1 à 10, 10 étant excellent et 1 étant l’opposé
- * Journal de réflexion – revoir le travail qui devait être complété pour cette semaine

2) Discussion – Image Corporelle

- * Demander aux participants ce qu’ils croient veut dire « une insatisfaction avec son image corporelle » – image corporelle idéale, le corps idéal ?

* Certains gens qui sont préoccupés avec leur poids développent des problèmes - ça devient un modèle, manger excessivement, manger pour des raisons émotives, manger compulsivement, troubles alimentaires...

* Notre culture – nous donne des idéals de ce que nous devrions avoir l’air...

Les médias – quels messages nous donnent-ils ?

* Il faut être beau / belle

* Il y a une augmentation d’insatisfaction avec le corps

* Image corporelle – ce qui est beau change avec les années

Images pour nous aider avec cette discussion - livre - «Body Talk» p.8 à 11

* 1950 – Histoire de Cendrillon – belle femme dans une belle robe qui se marie à un bel homme – Est-ce que la vraie vie se passe de cette façon?

* La taille moyenne des femmes est de 12 à 14

* Dove « Campaign for Real Beauty » – a fait jouer des annonces publicitaires où on y trouvait des femmes à tailles moyennes (typiques) - ils ont eu des plaintes au sujet des annonces – les gens ne trouvaient pas que les femmes présentées dans les annonces étaient assez belles...

* Les hommes sont aussi affectés par l’influence des médias – ils doivent être musclés et avoir un beau corps, on leur coupe la tête dans plusieurs annonces.

3) Pause d'exercice (Yoga)

- * Faire des étirements

Il y a 3 différentes sortes d'activités nécessaires afin d'être en santé

- 1) cardio
- 2) étirements
- 3) musculation

- * Revoir et remettre le guide canadien de la saine alimentation et de l'activité physique
(Mode de vie sain) aux participants

Yoga – étirements – corps – esprit – cerveau

- Faire des étirements de Yoga
- Demander aux participants de coller le guide dans leur *Journal de réflexion*

4) Ordinateur – Ordinateur portable ou se rendre à la salle d'ordinateur

- * Dove – «Campaign for Real Beauty» – 1 minute – video clip - www.dove.ca visionner le clip ensemble
- * Discussion avec les participants – chaque participant doit trouver au moins un changement qu'ils ont remarqué en visionnant la vidéo

5) Donner 8 images découpées aux participants

- * Chaque participant devrait recevoir une image déjà découpée d'une revue qui démontre un produit à vendre afin de l'examiner
- * Chaque participant discutera de l'image choisie afin de discuter de quel produit la compagnie tente vendre, si un corps est vu comme un objet, est-ce que le mannequin est assez habillé ?

Voici des exemples d'images qu'on pourrait choisir pour une telle activité :

Bebe – 2005 – c'est une compagnie qui vend des vêtements mais en regardant à l'annonce publicitaire dans la revue tu ne le saurais pas

McDonald – vendent un corps avec leur salade

Une annonce pour du *Jello* – le verre est en forme de taille mince de silhouette de femme

Grand Theft Auto – et autres jeux vidéo qui vendent leurs jeux avec l'aide de femmes avec très peu de vêtements

6) Devoir – Journal de réflexion

Sur une page ou deux, colle des images (ou sers toi des auto-collants) qui représentent diverses activités physiques dont tu aimes faire

- 2 images qui représentent des activités de cardio
- 2 images qui représentent des activités d'étirement
- 2 images qui représentent des activités de musculation

Session 3 - Les médias (continuité) et découvrir pourquoi on mange ?

Matériaux nécessaires

- Revues variées (environs 12-16)
- Collants *post-it* (2 couleurs ex. jaune et rose)
- Manuel ou infos. de l'entraîneur/l'invité de la prochaine session (session 4)

Âllo - Température

- * Demander à chaque participant – comment fut leur dernière semaine sur une échelle de 1 à 10, 10 étant excellent et 1 étant l'opposé.
- * Journal de réflexion – revoir le travail qui devait être complété pour cette semaine

Discussion – revoir le sujet de l'image corporelle

- * Les médias – les mannequins des revues – sont changés et modifiés de façon digitale, l'image n'est pas une vraie représentation de la personne
- * Boîte – vidéo – souvent ce ne sont pas leur vrais corps
- * Ex. Le film *Pretty Woman* – pour la plupart du film, le corps démontré dans le film était celui d'une autre personne et non pas de Julia Roberts.

3) Revues – Activité et discussion

- * Discuter des images qu'on voit souvent dans des revues...
- * Par ex. – photos de personnes avant qu'ils ont perdu du poids – ils sont tristes
- * Photo de gens après qu'ils ont perdu du poids – ils sont contents, ils portent de beaux vêtements...

Ce que notre société dit :

- * Les femmes veulent être d'une taille de 0, elles veulent être jeune et sexy
- * Les hommes – veulent être musclés, distingués

Activité – Revues et collants *post-it*

- * Chaque participant devrait recevoir des collants *post-it* roses et jaunes ainsi que des revues
- * Chaque fois que le participant voit des annonces publicitaires irresponsables (ex.une femme avec peu de vêtements qui essaye de vendre un produit), il doit y afficher un **collant *post-it* rose**
- * Chaque fois que le participant remarque des annonces publicitaires responsables, le participant y met un **collant *post-it* jaune.**

Discussion – de nos découvertes

- * Chaque participant discute de ce qu'il a découvert
- * Quelle est la raison d'être des annonces publicitaires? (C'est pour vendre un produit)
- On doit se rappeler que...
- * Ce que nous voyons n'est pas nécessairement la réalité
- * Tout est digitale

4) Pause d'exercice (Bandes de résistances)

* Demander un rappel – Quelles 3 différentes sortes d'activités sont nécessaires pour notre corps afin qu'il soit en santé ?

1) cardio

2) étirements

3) musculation

* Donner une bande de résistance à chaque participant et faire des étirements

* Donner le guide d'exercices aux participants (préparation pour la session 4)

5) Pourquoi mangeons-nous de façon excessive ?

* « Coping » (stress)

* Une habitude

* Famille, environnement

* Sentiment d'être plein

* Une caresse intérieure (*inner hug*)

6) Messages de nos familles...ou de la société (discussion)

* Messages positifs ou négatifs ?

* Mange tout sur ton assiette...

* Arrête de manger !

* Sort du frigo !

* Les gars n'aiment pas les grosses filles

* Une assiettée ou 2 ?

7) Devoir –Journal de réflexion

* Sur une page, colle des images de mannequins qui reflètent un corps sain et en santé que tu vises pour toi-même.

Session 4 – Exercice physique

Matériaux nécessaires

- Bande de résistances (*Dynabands*)
- Matelas
- Différent local – besoin plus d’espace
- Collation – légumes et trempette

1) Session avec un entraîneur physique – bandes de résistance

Une session de 30 minutes dirigée par un entraîneur physique certifié avec des bandes de résistances (*dynabands*) avec les participants.

2) Âllo - Température

* Demander à chaque participant – comment fut leur dernière semaine sur une échelle de 1 à 10, 10 étant excellent et 1 étant l’opposé

* *Journal de réflexion* – revoir le travail qui devait être complété pour cette semaine

3) Discussion et activité – Alimentation saine

Nourriture – rouge, jaune, vert

* Discussion avec les participants afin de voir ce qu’ils pensent sont les aliments qu’ils peuvent manger souvent, de temps en temps et rarement.

Rouge – aliments que tu peux manger - rarement

- Chocolat
- Boisson gazeuse
- Croustilles
- Hamburger

Jaune – aliments que tu peux manger - de temps en temps

- Jus de fruits
- Viande rouge

Vert – aliments que tu peux manger - souvent

- Fruits
- Légumes
- Viande – poulet

4) Devoir – Journal de réflexion

* 1 page – nourriture rouge, 1 page – nourriture jaune, 1 page – nourriture verte

* Trouve des images de nourriture et les coller sur 3 feuilles de papier séparées (rouge, jaune et vert)

Session 5 – La nutrition

Matériaux nécessaires

- Collation nutritive – Maïs soufflé santé
- Guide alimentaire 2007

Invité – Diététiste, nutritionniste communautaire

Le nouveau guide alimentaire 2007 nous indique le suivant :

« En consommant les quantités et types d'aliments recommandés et en vous inspirant des trucs présentés dans le Guide alimentaire canadien, vous pourrez:

- * Comblar vos besoins en vitamines, minéraux et autres éléments nutritifs.
- * Réduire le risque d'obésité, de diabète de type 2, de maladies du coeur, de certains types de cancer et d'ostéoporose.
- * Atteindre un état de santé globale et de bien-être. »

Discussion - nouveau Guide Alimentaire 2007

- * Présenter une copie du nouveau guide alimentaire 2007 aux participants
- * Le guide est disponible sur le site Web
- * Discussion au sujet de la nutrition – guide qui distingue par sexe et âge
- * Le nouveau guide alimentaire est plus spécifique que l'ancien – car, le nombre de portions diffère selon l'âge et le sexe de l'individu

- * Examiner chaque groupe alimentaire et le nombre de portions recommandé pour l'âge et le sexe des participants
- * Discussion – Qu'est-ce qu'une portion? – exemplaire en caoutchouc afin d'avoir un appui visuel – ce que c'est une portion (1/2 tasse, grosseur)

Les 4 groupes alimentaires

1) Légumes et fruits (6 portions)

- * Pourquoi avons-nous besoin de fruits et légumes? (vitamines, énergie, sucres naturels)
- * Il est important de choisir des fruits et des légumes de couleurs vibrantes pour 2 des 6 portions chaque jour – vert foncé, orange, rouge
- * Combien de fruits et légumes devons-nous manger? (6 portions)
- * C'est combien une portion? (un fruit ou ½ tasse)
- * C'est toujours mieux de manger le fruit que de boire son jus...

Ex. C'est préférable de manger une pomme que boire du jus de pomme – pourquoi? – parce que le jus ne contient pas les fibres et certaines vitamines qui se trouvent tout près de la pelure du fruit

- * Aliments en caoutchouc - ex. une demi-tasse de carottes cuites et une demi-tasse d'asperges cuites
- * Demander aux participants - Qui mangent 6 portions de fruits et légumes chaque jour?

2) Produits céréaliers (6 portions)

- * Pourquoi devons-nous manger des produits céréaliers? (pour de l'énergie, les fibres alimentaires)

- * Combien de produits céréaliers devons-nous manger chaque jour? (6 portions)
- * C'est combien une portion? (1 tranche de pain, $\frac{1}{2}$ bagel, $\frac{1}{2}$ tasse de riz, $\frac{3}{4}$ tasse de céréale)
- * On devrait augmenter notre consommation de grains entiers, blé entier – moins de produits blancs – ex. pain blanc
- * Aliment en caoutchouc – 1 tranche de pain, des pâtes de spaghetti avec un peu de sauce tomate

3) Lait et substituts (3-4 portions)

- * Pourquoi avons-nous besoin des produits laitiers?
(vitamines, nos os se développent, minéraux importants)
- * Une portion c'est – 1 tasse de lait, $\frac{3}{4}$ tasse de yogourt, 1 $\frac{1}{2}$ onces de fromage
- * Aliments en caoutchouc – 1 tasse de lait

4) Viandes et substituts (1-2 portions)

- * À quoi sert des protéines pour le corps ? – fer et vitamines pour le corps
- * C'est combien une portion? $\frac{1}{2}$ tasse de volaille, poisson ou viandes maigres, 2 œufs
- * Pour nous aider nous pouvons nous servir de la grandeur de la paume de notre main – cela va nous aider à déterminer la grandeur d'une portion

Qu'est-ce qu'une portion?

Comment déterminer ce que c'est une portion d'un aliment lorsque nous n'avons pas de tasse à mesurer?

Ex. paume de la main = une portion de viandes et substituts

Ex. grosseur du pouce = once de fromage

Ex. Balle de tennis – un fruit

Comment lire les étiquettes? – produits alimentaires

* Faire le survol d'une étiquette

* On devrait rechercher à manger des aliments plus faibles en gras, haut en fibres alimentaires et faible en sodium

Formulaire à remplir

* Demander aux participants d'écrire sur ce papier ce qu'ils mangent pendant 3 jours afin de déterminer s'ils mangent assez de produits de chaque groupe alimentaire selon le nouveau guide alimentaire 2007

Devoir – Journal de réflexion

Réserver 4 pages pour ce travail

* Trouver des images ou dessiner des aliments afin de représenter chaque groupe alimentaire

* Chaque groupe devra être représenté par des aliments nutritifs représentatifs de chaque groupe alimentaire (et par le nombre recommandé dans le guide alimentaire)

Ex. Page 1 – Légumes et fruits – 6 images de fruits et légumes (couleurs vibrantes)

* Remplir le formulaire (Annexe I)

Session 6 – L’effet de nos pensées

Matériaux nécessaires

- Collation – chocolat foncé – ex. Laura Secord
- Boîte de chocolat (étiquette)
- Formulaire de consommation de nourriture pendant 3 jours (Annexe I)
- Lacets, frisbees (voir Annexe C)

1) Âllo - Température

- * Demander à chaque participant – comment fut leur dernière semaine sur une échelle de 1 à 10, 10 étant excellent et 1 étant l’opposé
- * Journal de réflexion– revoir le travail qui devait être complété pour cette semaine

2) Lire une étiquette – collation

- * Lire l’étiquette de la boîte de chocolat
- * Identifier que c’est du chocolat foncé – (meilleur pour la santé)
- * Portion pour chaque participant – 13g. - 2 chocolats – 66 calories

3) Discussion au sujet de la dernière session

- * Discussion et récapitulation de la dernière session avec la nutritionniste
- * Revoir le formulaire de consommation de nourriture (Annexe I) qui était à remplir pour cette session

Questions à poser aux participants :

- * Quels changements / améliorations est-ce que vous pouvez faire afin de répondre aux attentes du guide alimentaire 2007?
- * Que faites-vous de bien?

4) Image du corps vs l'estime de soi

- * Discussion au sujet de ce que l'on pense de notre corps...
- * (Échelle de 1 - 10) 10 – j'adore mon corps, 1 étant l'opposé

Langage interne – Qu'est ce qu'on se dit ?

Lorsqu'on se regarde dans un miroir ?

Lorsqu'on fait du magasinage pour des vêtements ?

Lorsque quelqu'un nous fait des reproches (nous appelle un nom) – par rapport à notre corps ?

Lorsque quelqu'un nous fait un commentaire négatif / positif ?

- * Tu es belle.
- * Tu es grosse.
- * Arrête de manger !
- * Sors du réfrigérateur !

L'estime de soi (la personne qu'on est)

- * À l'intérieur (Je suis une personne incroyable)
- * Échelle de 1 à 10 (10 – je suis incroyable, un vrai cadeau, 1 étant l'opposé)
- * Qu'est ce que j'ai à offrir aux autres ?
- * Qui suis-je ?
- * Est-ce que je suis un cadeau ? Pourquoi ??

**** C'est très important de ne pas laisser confondre l'estime de soi avec notre image de notre corps****

5) Comment changer nos messages négatifs et pensées négatives

*** Lorsque tu entends un message négatif de quelqu'un – tu peux seulement contrôler ta réaction au commentaire**

Messages négatifs

- * Tu peux choisir de réagir d'une façon mature – ex. si c'est un adulte/parent - Tu pourrais t'asseoir avec ton parent et expliquer que leurs commentaires te font vraiment mal lorsqu'on te parle d'une telle façon et que ça ne t'aide vraiment pas
- * Un ami – tu ne devrais pas être ami avec cette personne s'il continue après avoir eu quelques conversations avec lui
- * Taxage – une personne qui continue à te lancer des commentaires juste pour être méchant – tu dois en parler avec un adulte – un enseignant, un conseiller, personne n'a le droit de te parler comme cela et ainsi un manque de respect pour toi
- * Tu dois te souvenir que même que c'est important d'être en bonne santé, c'est très important d'être une bonne personne – chaleureuse, honnête qui aime les autres, qui est un bon ami, empathique...
- * Est-ce que tu choisis tes amis parce qu'ils sont gentils ou parce qu'ils ont une certaine apparence ?

Pensées négatives

- * Si tu a des pensées négatives au sujet de toi-même ...il y a certaines choses que tu peux faire...

Changer tes pensées

- * Je suis grosse et dégoûtante...---- au lieu, tu peux dire ----
- * Je n'ai pas le corps parfait, mais je vais travailler à avoir ce que je veux
- * Je suis belle.
- * Même si tu ne crois pas au message positif que tu te dis en premier, continue à le dire.
Tu vas y croire éventuellement.

6) Devoirs – Journal de réflexion

- * Coller le formulaire complété par les participants et le nouveau guide alimentaire 2007 dans le Journal de réflexion
- * Réserver une page pour des images ou dessiner leur perception de leur corps (image corporelle)
- * Réserver une page pour des images ou dessiner leur perception de leur image de soi (image de soi / estime de soi)

Session 7 – La beauté du corps

Matériaux nécessaires

- Collation – *Creamsicle* sans gras – 60 ml (25 calories)
- 8 à 10 grandes feuilles de papier (5 pieds par 3 pieds)
- Stylos feutres épais de 6 différentes couleurs
- Feuille à remplir – les buts (Annexe I)

1) Allo - Température

- * Demander à chaque participant – comment fut leur dernière semaine sur une échelle de 1 à 10, 10 étant excellent et 1 étant l'opposé
- * *Journal de réflexion* – revoir le travail qui devait être complété pour cette semaine

2) Estime de soi / Image corporelle

- * Retour sur notre discussion de la semaine passée – découvertes, nouveautés ?

3) Traçage du corps

- * Les participants se prennent chacun une grande feuille de papier
- * Un participant se couche sur sa feuille de papier et l'autre trace son corps à l'aide d'un stylo feutre (et vice versa)

Chaque participant prend ses 6 stylos feutres et colorie les différentes parties de son corps en fonction des réponses aux questions suivantes :

Voici des questions possibles :

Colorie en rouge - les parties de notre corps que nous aimons

Colorie en bleu - les parties de notre corps que nous n'aimons pas

Colorie en orange - les parties de notre corps les plus fortes

Colorie en jaune - les parties de notre corps les plus faibles

Colorie en vert - les parties de notre corps qui nous causent des problèmes, embarras

Colorie en violet - les parties de notre corps qui sont douloureuses

* Discussion et partage entre les participants du groupe

4) Pause d'exercice

* Sauter 30 fois de haut en bas

* Sauter de haut en bas 30 fois de façon journalière, est juste assez pour aider à garder et à augmenter la densité de nos os

5) Discussion au sujet des activités sportives

* Demander aux participants quelles activités les intéressent à essayer ou à entreprendre

Voici des exemples :

* tai chi

* patinage artistique

* participer dans un marathon (10k)

* randonnées pédestres

* *pilates*

* faire du ski, *snowboarding*

Poser ensuite les questions suivantes:

- 1) Où peux-tu faire cette activité?
- 2) As-tu besoin de/ veux-tu prendre des leçons pour cette activité?
- 3) Est-ce que cette activité coûte de l'argent?
- 4) Avec qui feras-tu cette activité?
- 5) Quand feras-tu cette activité?

Essaie une nouvelle activité chaque année ou à chaque saison ! Planifie de faire des nouvelles activités en répondant aux questions précédentes afin de prévenir des problèmes! Continue à ajouter à ta liste d'activités au fur et à mesure que tu entreprends de nouvelles activités. Amuse-toi!

6) Buts – pour la semaine (nutrition et exercice) - Annexe I

- * Les participants doivent écrire tous leurs buts par rapport à l'activité physique et à leur alimentation

Buts - activités physiques

- * On devrait planifier de faire de l'activité physique à tous les jours
- * On devrait faire des activités physiques structurées 4 fois par semaine

Que pouvons-nous faire lorsque nous n'avons pas d'activités planifiées ?

Voici des idées:

- * Au centre commercial – marche au lieu de demander un tour d'auto
- * Prends une marche avec ton chien
- * Sers-toi des marches/escaliers au lieu de l'ascenseur

Buts nutritifs

- * Inclure plus de fruits et de légumes
- * Mange moins de collations entre les repas

Comment tenir compte de mes buts nutritifs?

- * Planifie ce que tu vas manger avant de le manger
- * Assure-toi d'avoir inclus tous les produits alimentaires ainsi que le bon nombre de portions dans ta diète

7) Devoirs – Journal de réflexion

Remplir la feuille de buts (Annexe I) et la coller dans le livre

Session 8 – Les restaurants

Matériaux nécessaires

- Collation – croustilles ex. (*Baked Lays*)
- Menus de divers restaurants (sites web)
- Feuille à remplir – les buts (Annexe I)
- Pâte à modeler (représentatif du montant de gras retrouvé dans certains repas)

1) Allo - Température

- * Demander à chaque participant – comment fut leur dernière semaine sur une échelle de 1 à 10, 10 étant excellent et 1 étant l'opposé
- * Journal – revoir le travail qui devait être complété pour cette semaine

2) Retour sur les activités de la semaine passée

- * Dessin du corps – retour / discussion sur cette activité
- * Étiez-vous surpris du montant de parties de votre corps que vous n'aimez-pas?
- * Avez-vous partagé l'activité avec vos parents? Si non, on encourage cela
- * Les buts – discuter de leurs buts – est-ce qu'ils ont atteint ceux-ci?

3) Discussion et démonstration – restaurants

- * Demander aux participants les questions suivantes :
- * Où aimez-vous aller manger?
- * Quels restos aimez-vous?

*****Appui visuel – Pâte à modeler*****

(1 c.thé de *pâte à modeler* = 5 grammes de gras)

Montrer aux participants combien de gras il y a dans les différents mets que nous commandons dans certains restaurants

Subway - sous-marin 6 pouces, jambon et dinde	(5g de gras)
Subway - mayonnaise (ajouter au sous-marin)	(5g de gras)
Subway - 3 tranches de fromage	(5g de gras)
Subway - 1 petit sac de croustilles <i>Baked Lays</i>	(5g de gras)
Subway - 2 biscuits (pépites de chocolat)	(10g de gras)
Subway – sous-marin 6 pouces, BMT	(20g de gras)
McDonald / Burger King – Frites (grosse)	(28g de gras)
Burger King – Whopper (sans fromage)	(39g de gras)
Burger King – Whopper avec fromage	(47g de gras)

On doit limiter ou arrêter les choix élevés en matières grasses !

Choisir plutôt...

Options santé

Légumes

Salsa

Moutarde

Huile et vinaigre

Sauces tomates

Commandes à côté

Frites

Pain

Biscuits

Croustilles

Oignons

Pomme de terre au four

Salade

Soupe

Rôties

Options santé...

Petites frites

Limiter/diminuer ou encore mieux - arrêter le sel

Demander pour du pain sec à grain entier, sans beurre

Qu'est-ce qui se trouve sur la salade?

Vinaigrette à côté

Comment est-ce que c'est cuit ?

Frit – choisir cette façon de faire le moins souvent

BBQ / Grillé – bonne option

Au four – meilleure option

Que boire?
De l'eau!!

Du lait

Du jus

Petit vs. grand – liqueur douce – si tu dois en boire

Il y a des façons de faire des petits ajustements – ce n'est pas nécessaire de couper quelque chose complètement de régime, c'est simplement de faire des choix santé le plus souvent possible

4) Activité – restaurants

Demander aux participants de se mettre en groupe de deux

Donner un menu provenant d'un différent restaurant à chaque groupe

Exemples - McDonald, Burger King, Subway, A&W, Olive Garden...

- * Les participants doivent identifier les choix moins nutritifs afin de créer une commande fictive pour un repas (malsain)
- * Chaque groupe partage son repas (malsain) au groupe et explique combien de grammes de gras se trouvent dans ces derniers
- * Les participants doivent identifier des choix nutritifs afin de créer une commande fictive pour un repas (de bonne santé)
- * Chaque groupe partage son repas (bonne santé) au groupe et explique leurs choix

****C'est ce que tu manges la plupart du temps qui compte****

5) Discussion - Dîner en commun – session 9

Demander à chaque participant ce qu'il voudrait apporter pour le dîner en commun lors de la prochaine session ou une deuxième option est de commander un repas d'un restaurant pour les participants (Ex. Subway)

6) Devoir – Journal de réflexion

* Prend une ou deux pages afin d'illustrer tes repas préférés et d'identifier tes restaurants préférés

Session 9 – Session de clôture / célébration

Matériaux nécessaires

- Dîner en commun
- Chaque membre du groupe doit apporter son journal de réflexion

1) Allo - Température

- * Demander à chaque participant – comment fut leur dernière semaine sur une échelle de 1 à 10, 10 étant excellent et 1 étant l'opposé
- * Journal de réflexion – revoir le travail qui devait être complété pour cette semaine

2) Partage de groupe – journal de réflexion

- * Les participants peuvent partager leur travail de journal s'ils choisissent de le faire
- * Chaque devoir devrait être revu, en commençant avec le premier
- * On fait un tour de table et ceux qui veulent montrer et partager leur travail avec les autres membres du groupe le font

3) Rétroaction des membres du groupe

- * Demander aux membres du groupe une rétroaction du programme
- * Ce qu'ils ont aimé ?
- * Ce qui pourrait être amélioré ?

Annexe B – Les spécialistes – Programme *Style de vie en santé*

Ce programme est plus efficace lorsque nous avons des experts qui présentent leurs connaissances au groupe. Les deux spécialistes recommandés pour ce programme est une diététiste /nutritionniste communautaire et un entraîneur physique certifié.

Diététiste, nutritionniste communautaire (Manitoba)

Afin de trouver un spécialiste en nutrition, le meilleur centre à contacter est Le centre Youville (Manitoba). Le mandat de ce centre est d'éduquer et de venir en service à ceux dans leurs quartiers. Si vous demeurez à l'extérieur des quartiers de Saint-Vital et de Saint-Boniface, veuillez contacter *Le centre de santé*. *Le centre de santé* rend service à ceux de la communauté de Saint-Boniface ainsi qu'aux francophones à l'extérieur du quartier.

Lorsqu'un spécialiste accepte de venir parler à vos élèves, c'est à vous de poser des questions et d'avoir certaines attentes au niveau de l'information que vous voulez qu'il offre à votre groupe. De toute façon, vous pouvez réserver la date précise (session 5), avec votre invité et le recontacter plus tard lorsque vous avez une meilleure idée des besoins spécifiques de votre groupe.

Des suggestions d'éléments importants à discuter lors de la 5^e session sont : l'étude du nouveau guide alimentaire (2007), apprendre à lire les étiquettes des aliments, discussion

au niveau des fibres alimentaires, des lipides, des sucres et de sodium, exemplaires d'aliments en caoutchouc (qui délimitent les portions recommandées).

Entraîneur physique certifié (Manitoba)

Une session d'exercice physique offerte par un entraîneur peut être très bénéfique et encourageante pour les participants d'un groupe. Une option possible, est de contacter un entraîneur qui travaille dans un centre sportif qui serait prêt à venir parler et montrer aux participants des exercices.

Souvent, ces gens acceptent des honoraires pour leur temps et leur présentation. Une deuxième option, serait de contacter un physiothérapeute qui serait prêt à venir faire une session avec vos élèves.

À Winnipeg, le centre Youville est un autre endroit où vous pouvez faire appel afin de trouver quelqu'un qui est certifié et qui serait prêt à venir en aide. D'ailleurs, vous pouvez appeler le 233-ALLO (Centre d'aide au Manitoba) , afin de vérifier s'il y a un entraîneur francophone dans votre quartier qui serait prêt à venir dans votre école pour faire une telle activité.

Si jamais vous n'arrivez pas à trouver un entraîneur certifié, demandez à un enseignant d'éducation physique qui œuvre dans votre division scolaire ou même dans votre école de venir faire bouger vos élèves. Le but de la session d'exercices est de faire bouger les participants pour au moins trente minutes. Vous pouvez décider comment vous voulez procéder avec le contenu de la session comme vous êtes libre de choisir le spécialiste de votre choix.

Annexe C – Matériaux nécessaires - Programme *Style de vie en santé*

Afin d'offrir le meilleur programme possible à vos élèves, vous devriez prendre le temps de commander certains dépliants et informations pertinentes au niveau de l'alimentation et de l'exercice avant de débiter les sessions de groupe. Ces derniers peuvent être commandés par Internet ou par téléphone. Voici quelques ressources disponibles :

Alimentation

Santé Canada - http://www.hc-sc.gc.ca/index_f.html

Cliquer sur aliments et nutrition afin d'avoir accès au nouveau guide alimentaire 2007.

Vous pouvez également obtenir des exemplaires pour vos participants en composant le 1-800 O-Canada (1 800 622-6232)

Activité physique

i) Agence de santé publique du Canada (Gouvernement du Canada) - <http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/order.html>

Il est fortement encouragé que vous commandiez les guides dans la liste suivante pour vos participants. Vous pouvez appeler ou commander directement par Internet. Le suivant est le formulaire de demande sur leur site Internet.

Téléphone : (613) 941-3109

Vous pouvez également communiquer par courriel à vie-active-living@hc-sc.gc.ca

ii) Manitoba in Motion

945-3648, 1-866-788-3648, www.manitobainmotion.ca

En accédant leur site Internet, vous pouvez demander de recevoir leur bulletin de nouvelle, un guide d'activité physique ainsi qu'un guide au sujet des collations nutritives.

Si vous désirez les appeler, vous pouvez leur expliquer que vous faites un programme au niveau de la santé dans votre école et vous désirez des matériaux d'appui. Voici quelques *cadeaux* disponibles : - des frisbees, des aimants, des tatous, des lacets, des autocollants et des bouteilles d'eau.

Annexe D – Les collations – Programme *Style de vie en santé*

Une collation nutritive peut être offerte lors de chaque session de groupe au niveau du programme *Style de vie en santé*. C'est à votre discrétion de décider si une collation nutritive fera partie de votre programme. Gare aux allergies et aux politiques scolaires concernant la nourriture et les produits alimentaires dangereux tels que les noix, les fruits de mers et autres.

Voici une liste non exhaustive de collations possibles pour le déroulement du programme

Style de vie en santé :

- 1) Craquelins et fromage
- 2) Fruits et yogourt
- 3) Craquelins au riz
- 4) Légumes et trempette
- 5) Maïs soufflé
- 6) Chocolat noir
- 7) Crème glacée *Creamsicle*
- 8) Croustilles - *Baked Lays*
- 9) Dîner en commun - *Subway*

Annexe E - Note d'intérêt de participation au programme**« Style de vie en santé »**

Nom : _____

Je m'intéresse à participer au groupe *Style de vie en santé* :

☐

Oui

☐

Non

Annexe F – Formulaire de consentement - *Style de vie en santé*

Cher/Chers parent/ parents,

J'aimerais vous informer d'un programme que j'ai l'intention de mettre en marche à l'école cette année. Le programme s'intitule *Style de vie en santé*. Le but de ce groupe est de promouvoir une haute estime de soi chez les jeunes, augmenter leur niveau d'activité physique et les encourager à faire des meilleurs choix alimentaires.

Ce groupe de huit jeunes sera des élèves provenant de la 6^e à la 8^e année. Ce groupe se rencontrera chaque jour 5 du cycle scolaire pour une durée d'une heure dans la salle 3. La première session sera le 10 janvier 2007 et la dernière session est prévue pour le 15 mars 2007.

Le suivant est un bref survol des sessions

Session 1 – Apprendre à se connaître

Discussion de groupe

L'importance de la confidentialité

Activité de Journal de réflexion

Session 2 – L'image corporelle et l'influence des médias

Discussion – l'image corporelle

Activités – l'influence des médias

Session 3 – Les médias (continuité) et nos sentiments

Discussion et activité de revues – les médias

Discussions – les sentiments – Pourquoi mangeons-nous?

Les messages de nos familles

Activités – Estime de soi

Session 4 – L'Exercice physique

La session sera offerte par un entraîneur physique

Activités physiques

Discussion au niveau de l'importance d'être actif

Session 5 – L'alimentation

La session sera offerte par une diététiste

Discussion – Le nouveau guide alimentaire 2007

Les groupes alimentaires

Comment lire et comprendre les étiquettes alimentaires

Session 6 – Nos pensées

Notre langage interne

Comment changer nos pensées négatives

L'efficacité de soi (Je suis capable)

Session 7 – La beauté de notre corps

Traçage de notre corps

Activités sportives

Session 8 – Les restaurants

Pâte à modeler – le gras

Menus de divers restaurants

Session 9 – Session de clôture

Célébration – dîner en commun

Partage de groupe – Journal de réflexion

Les participants du programme *Style de vie en santé* auront l'occasion de travailler dans un journal de réflexion. De façon hebdomadaire, ils inséreront les activités que nous ferons au courant des sessions de groupe. Ils feront également des réflexions sur ce qu'ils auront appris. Ceci pourrait être fait en écrivant ce qu'ils ont appris, en faisant un collage, un dessin ou par un autre moyen artistique. Le journal de réflexion va leur appartenir et c'est à eux de décider s'ils veulent le partager avec les autres lors de la dernière session.

Seuls les élèves qui respectent la confidentialité des autres membres pourront participer à ce groupe. Les élèves qui participent aux sessions seront encouragés à partager leurs nouveaux apprentissages et leurs expériences comme membre du groupe avec leurs parents.

N'hésitez pas à me contacter pour de plus amples renseignements.

S.V.P. couper et retourner la feuille de permission à l'école.

Merci pour collaboration et votre appui avec ce projet.

le _____

Je donne la permission à mon enfant, _____ de
(Nom de l'enfant)

participer comme membre de groupe au programme *Style de vie en santé*.

(Signature du parent)

Annexe G – Le questionnaire *Style de vie en santé*

Directives pour le participant (Session 1)

1. Ce questionnaire est **ANONYME**. N'écris pas ton nom à aucun endroit sur les questionnaires.
2. Tu auras **deux** questionnaires vierges devant toi.
3. Choisis un numéro qui te plaît et inscris le même numéro sur les **deux** questionnaires que je viens de te passer.
4. Recouvre ton numéro avec un petit papier collant (post-it) sur les **deux** questionnaires.
5. Lève ta main, et je reprendrai **un des deux** questionnaires vierge afin de le mettre dans une enveloppe sur lequel ton nom sera indiqué.
6. Tu peux maintenant commencer ton questionnaire.
7. Lis bien chaque question et n'hésite pas à lever ta main si tu as des questions.

Directives pour le participant (Session 9)

1. Je te passe l'enveloppe sur lequel est indiqué ton nom et tu pourras ressortir ton questionnaire. Place ton enveloppe dans la boîte de recyclage.
2. Ce questionnaire est **ANONYME**. N'écris pas ton nom à aucun endroit sur le questionnaire.
3. Tu peux maintenant commencer ton questionnaire.
4. Lis bien chaque question et n'hésite pas à lever ta main si tu as des questions.

Introduction - Questionnaire

- * Tes réponses sont confidentielles. Personne ne saura ce que tu as répondu.
- * Ce questionnaire a pour but de voir si le programme *Style de vie en santé*, a créé des changements pour toi dans ta vie.
- * C'est à toi de décider de répondre au questionnaire ou non. S'il y a une question que tu ne veux pas répondre, tu peux la laisser et continuer à la prochaine question. De plus, tu es libre d'arrêter de répondre aux questions en tout moment.
- * Il n'y a pas de mauvaises ou de bonnes réponses. Il est important que tu répondes en fonction de toi-même. C'est aussi important que tu sois honnête et sincère dans tes réponses.

Merci pour ta collaboration et ta confiance!

*Le questionnaire suivant a été inspiré par un questionnaire écrit par des chercheurs du Collège universitaire de Saint-Boniface (Faculté d'éducation, 2006)

Les 3 premières questions portent sur ta taille et ton poids.

1. Qu'est-ce que tu essaies de faire par rapport à ton poids?

- a) Perdre du poids
- b) Maintenir mon poids actuel
- c) Gagner du poids
- d) Je ne fais rien par rapport à mon poids

2. Depuis 6 mois...

- a) J'ai pris 10 livres ou plus
- b) J'ai pris 5-9 livres
- c) J'ai pris 1-4 livres
- d) Je suis resté au même poids
- e) J'ai perdu 1-4 livres
- f) J'ai perdu 5-9 livres
- g) Je ne sais pas

3. Si tu voulais perdre du poids, est-ce que tu penses que...

- a) Ça serait très facile
- b) Ça serait assez facile
- c) Ça serait faisable
- d) Ça serait un peu difficile
- e) Ça serait difficile
- f) Ça serait très difficile

Les 4 prochaines questions portent sur ton apparence physique.

4. Combien de fois entends-tu des commentaires fait par d'autres jeunes au sujet de ton apparence physique ou au sujet de ton poids?

- a) Ce n'est jamais arrivé
- b) 1 fois par mois
- c) 2 fois par mois
- d) 1 fois par semaine
- e) 2 fois par semaine
- f) 3 fois par semaine
- g) 4 fois ou plus par semaine
- h) À tous les jours

5. Combien de fois entends-tu des messages ou des commentaires négatifs au sujet de ton apparence physique ou de ton poids par les membres de ta famille?

- a) Ce n'est jamais arrivé
- b) très rarement
- c) 1 fois par mois
- d) Quelques fois par mois
- e) 1 fois par semaine
- f) 2 fois par semaine
- g) 3 fois ou plus par semaine
- h) À tous les jours

6. Comment est-ce que tu te sens au niveau de ton apparence physique et de ton poids?

- a) Je suis tout à fait content
- b) Je suis satisfait
- c) Je ne suis pas vraiment satisfait
- d) Je ne suis pas satisfait
- e) Je suis misérable

7. À quel point est-ce que tu crois que les médias affectent ta perception de toi-même?

- a) Les médias ont beaucoup d'influence sur la perception de moi-même
- b) Les médias ont assez d'influence
- c) Les médias ont une influence
- d) Les médias n'ont pas vraiment d'influence
- e) Les médias n'ont pas d'influence

Les 2 prochaines questions portent sur l'exercice physique.

8. Penses-tu que l'exercice physique que tu fais est adéquat pour maintenir un poids santé?

- a) Oui
- b) Non
- c) Je ne sais pas

9. Combien de fois fais-tu de l'exercice par semaine (ne tenant pas compte des cours d'éducation physique à l'école)?

(Exercice = au moins 20 minutes consacrées à des activités physiques qui te font transpirer et respirer fortement ex. soccer, volleyball, la course, des exercices aérobiques)

- a) Je ne fais aucun exercice
- b) 1 fois par semaine
- c) 2 fois par semaine
- d) 3 fois par semaine
- e) 4 fois ou plus par semaine

Les 6 prochaines questions portent sur l'alimentation.

10. Combien de fruits as-tu mangés depuis les derniers sept jours?

(1 portion = la grandeur d'une balle de tennis)

- a) Je n'ai mangé aucun fruit
- b) 1 à 3 fruits par semaine
- c) 4 à 6 fruits par semaine
- d) 1 fruit par jour
- e) 2 fruits par jour
- f) 3 fruits ou plus par jour

11. Combien de légumes as-tu mangés depuis les derniers sept jours?

(1 portion = la grandeur d'une balle de tennis)

- a) Je n'ai mangé aucun légume
- b) 1 à 3 légumes par semaine
- c) 4 à 6 légumes par semaine
- d) 1 légume par jour
- e) 2 légumes par jour
- f) 3 légumes par jour

12. Combien de produits laitiers as-tu consommés depuis les derniers sept jours?

(lait, fromage, yogourt) (1 portion = 1 verre de lait, ½ tasse de yogourt)

- a) Je n'ai consommé aucun produit laitier
- b) 1 à 3 produits par semaine
- c) 4 à 6 produits par semaine
- d) 1 portion par jour
- e) 2 portions par jour
- f) 3 portions par jour

13. Combien de produits de viandes et substituts as-tu consommés depuis les derniers sept jours? (poulet, tofu, bœuf, pois chiches, fèves et lentilles)

- a) Je n'ai consommé aucun produit de viandes et substituts
- b) 1 à 3 produits par semaine
- c) 4 à 6 produits par semaine
- d) 1 portion par jour
- e) 2 portions par jour
- f) 3 portions par jour

14. Combien de portions de grains entiers as-tu consommées depuis les derniers sept jours?

(riz brun, nouilles à blé entier, pain à blé entier)

(Une portion = 1 tranche de pain, ½ tasse de nouilles)

- a) Je n'ai consommé aucun produit à blé entier
- b) 1 à 3 produits par semaine
- c) 4 à 6 produits par semaine
- d) 1 portion par jour
- e) 2 portions par jour
- f) 3 portions par jour

15. Combien de fois as-tu consommé de la nourriture riche en matières grasses depuis les derniers sept jours? (croustilles, gâteaux, chocolats, *Fast-food* – pizza, hamburger, frites)

- a) Je n'ai consommé aucune nourriture riche en matières grasses
- b) 1 à 3 fois par semaine
- c) 4 à 6 fois par semaine
- d) 1 fois par jour
- e) 2 fois par jour
- f) 3 fois par jour

Les 5 prochaines questions portent sur ta consommation de nourriture.

16. Est-ce que tu ressens que tu as perdu contrôle du montant de nourriture que tu consommes?

- a) Oui
- b) Parfois je crois avoir perdu contrôle
- c) Non
- d) Je ne sais pas

17. Est-ce que la nourriture domine tes pensées et ta qualité de vie ?

- a) Oui, je pense toujours au sujet de la nourriture
- b) Souvent, je pense à la nourriture
- c) Parfois, je pense à la nourriture
- d) Rarement, je ne pense pas souvent à la nourriture

18. Est-ce que tu penses que la **sorte de nourriture** que tu manges affecte ton poids de façon négative?

- a) Oui, définitivement
- b) Il se pourrait que mon poids y soit affecté par ce que je mange
- c) Non, je ne crois pas
- d) Je ne sais pas

19. Est-ce que tu penses que la **quantité de nourriture** que tu manges affecte ton poids de façon négative ?

- a) Oui, définitivement
- b) Il se pourrait que mon poids y soit affecté par le montant que je mange
- c) Non, je ne crois pas
- d) Je ne sais pas

20. Est-ce que tu crois que tu manges plus lorsque tu ressens de fortes émotions? (Ex. Le stress, les problèmes d'amitiés, les changements au niveau de la famille)

- a) Oui
- b) Non
- c) Je ne sais pas

Les 3 prochaines questions portent sur ton estime de soi.

21. Quand je suis avec d'autres gens, j'ai l'impression qu'ils aiment se tenir avec moi.

- a) Toujours ou la plupart du temps
- b) Assez souvent
- c) Parfois
- d) Peu souvent
- e) Rarement ou jamais

22. J'ai peur d'avoir l'air ridicule aux yeux des autres.

- a) Toujours ou la plupart du temps
- b) Assez souvent
- c) Parfois
- d) Peu souvent
- e) Rarement ou jamais

23. Je pense faire une bonne impression sur les autres.

- a) Toujours ou la plupart du temps
- b) Assez souvent
- c) Parfois
- d) Peu souvent
- e) Rarement ou jamais

24. Je trouve que je suis un individu spécial et unique.

- a) Toujours ou la plupart du temps
- b) Assez souvent
- c) Parfois
- d) Peu souvent
- e) Rarement ou jamais

Annexe H – Discussions et Entrevue – Programme *Style de vie en santé*

Session 1 – Apprendre à se connaître

Collation – fromage et craquelins

« J'aime le fromage, ça ne goûte pas comme c'est faible en gras! »

« C'est bon! »

Journal de réflexion

« Est-ce qu'on peut écrire des choses et faire des dessins? »

- les participantes semblent aimer l'idée du journal de réflexion

Jeu de chaise

« J'ai aimé le jeu Madame! »

« C'était le fun »

« J'ai aimé l'activité de la chaise »

« Merci de venir ici Madame, ce groupe va être le fun »

« On se connaît déjà Madame, et nous sommes des amis »

« C'était le fun »

Observations

- Les participantes semblent aimer le groupe
- Elles ont tous participées
- Elles ont aimé la collation
- 7 participantes ont remplis le questionnaire

- Certaines ont trouvé le questionnaire difficile, certaines questions
- Bon groupe de jeunes
- 3 filles – corps santé (jugement personnel)
- 4 filles – embonpoint ou obésité (jugement personnel)
- Bon partage!

Session 2 – L'influence des médias

Collation – fruits et yogourt

« C'est bon »

« J'aime les fruits »

Observations

- Une participante n'a pas fait le devoir dans le journal de réflexion
- les participantes semblaient très intéressés lors de la lecture du livre « *Body Talk* »
- bons commentaires de la part des participantes
- « *Est-ce que j'ai bien fait le devoir Madame ?* »

Discussion – Image corporelle

« J'aime mon corps »

« Je suis trop mince »

Livre – « *Body Talk* »

« Pourquoi est-ce que les filles veulent être si minces Madame ? »

« C'est gross, je ne veux pas être comme ça »

« Elle n'était pas grosse, pourquoi est-ce qu'ils ont remonté son menton avec l'ordinateur ? »

« Les femmes veulent être d'une taille 0, elles veulent être jeunes et sexy, tandis que les hommes veulent être musclé et distingué »

Activité – le Yoga

« Je ne peux pas toucher mes orteils. »

« Je dois pratiquer à toucher mes orteils ! J'ai eu de la misère ! »

« Le yoga était amusant Madame »

« C'est difficile ! »

« Je me suis beaucoup amusé »

Vidéo Dove

« Je n'en reviens pas que la fille avait l'air normale et à la fin de la vidéo elle était tellement plus belle ! »

« C'est incroyable ce qu'ils font avec les photos ! »

« Excellent vidéo, est-ce qu'on peut le regarder encore ? »

« Bon vidéo ! »

« J'ai vraiment aimé la vidéo. »

Observations

- Bonne collation
- bon groupe

- bonnes discussions
- excellent vidéo-les participantes ont pu voir la vraie transformation

Session 3 - Les médias (continuité) et découvrir pourquoi on mange ?

Activité – Revues

« Les garçons sont trop musclés et les filles sont trop minces ! »

« Ils essaient de vendre des produits avec le corps des femmes, c'est stupide ça! »

« Les filles sont souvent pas réelle, je savais ça déjà! »

Discussion – Session d'exercice (prochaine session)

« Est-ce qu'il est gentil ? »

« C'est qui le monsieur sur le guide d'exercices ? »

« C'est vraiment lui qui va venir nous voir à l'école ? »

« Est-ce que ça va être difficile la semaine prochaine? »

« Tu as des bonnes idées d'activités »

Les messages de nos parents

« Parfois ma mère me dit que j'ai assez mangé et elle me dit d'arrêter de manger »

« Parfois, je cache de la nourriture »

« Des fois, je cache des bonbons ou d'autres aliments sous mon lit »

« Je mange quand je veux manger »

« Ma mère limite notre collation après l'école »

« Je peux manger ce que je veux quand je veux »

« Je mange des fruits pour la collation »

« Je joue tellement de sports que je peux tout manger »

«Moi, je mange ce que je veux manger »

«Parfois ma mère me dit de manger un fruit »

Observations

- bonnes discussions entre les participantes
- bonne session
- pas toutes les participantes ont participé au niveau des messages de la famille - je crois qu'elles ont trouvé l'activité un peu gênante

Session 4 – Exercice physique

Session d'exercice

« C'est difficile »

« C'est vraiment amusant! »

« Je suis fatiguée! »

« Est-ce qu'on va faire ceci encore la prochaine session? »

« Mme, je ne suis pas en forme! C'est difficile! »

Observations

- la session d'exercice était d'une durée de 30 minutes
- les participantes étaient très tranquilles durant la session d'exercice
- les participantes ont aimé la session d'exercice, une participante a mentionné qu'elle ferait des exercices à la maison lorsqu'on lui a donné la bande de résistance en cadeau à la fin de la session
- 5 participantes n'ont pas fait le travail du journal de réflexion

Session 5 – La nutrition

Session d'alimentation avec diététiste

Observations

- participantes disaient qu'elles ne mangent pas assez de fruits et de légumes
- la diététiste a apporté des objets en caoutchouc afin de représenter la grosseur de chaque portion recommandée, les participantes ont manipulé ces objets
- sept des huit participantes boivent du jus pour leur dîner
- 0 des 8 participantes mangent assez de légumes et fruits
- 6 des 8 participantes disent qu'elles mangent assez de produits céréaliers
- 3 des 8 filles mangent assez de lait et substituts
- 8 des 8 mangent assez de viande
- 0 des 8 participantes savent comment lire des étiquettes
- 5 des filles ont dit qu'elles ont aimé la session
- 2 filles ont dit qu'elles ont trouvé la session « plate »

Session 6 – L'effet de nos pensées

Collation

« J'aime le chocolat foncé ! »

« C'est bon ! »

« Madame, on peut manger du chocolat ? »

Observations

- 6 participantes sont présentes
- 2 participantes ne veulent plus participer au groupe – elles ont dit qu’elles préfèrent aller dehors pendant les récréations
- les participantes ont fait le travail dans le journal de réflexion
- elles ont aimé les lacets et les frisbees
- j’ai dû réexpliquer comment lire les étiquettes aux participantes

Buts

- les participantes veulent consommer plus de produits laitiers
- plus de légumes et fruits et consommer moins de sucres

Image du corps vs l’estime de soi

- Langage interne (J’adore mon corps 10, 1 est l’opposé) – « 5, 7, 6, 6, 7, 5 ».
- Lorsque quelqu’un nous fait des reproches – on pleure, on cri, on fait des commentaires à leur sujet
- Les commentaires négatifs au sujet de notre corps – cela fait mal aux sentiments,
- « *Je ne sais pas quoi dire ou quoi faire* » lorsque quelqu’un me taquine

Estime de soi

- *créative, artiste, gentille, bonne au soccer, bonne à l’école, intelligente*
- « *Je savais que j’étais spéciale et unique.* »

Session 7 – La beauté du corps

Activité - Image corporelle

« Bonne activité! »

« C'est tellement le fun! »

« Je suis grosse. »

« Je n'aime pas mes bras! »

« J'aime mon corps. »

« Je n'aime pas mon corps, j'ai un gros ventre. »

« J'aime mes bras, ils sont forts parce que je joue au baseball. »

Activité – Traçage du corps

- parties du corps que nous aimons : tête, jambes, visage, yeux, mains, cheveux, tête
- parties du corps que nous n'aimons pas : ventre, jambes, fesses
- parties du corps les plus fortes : bras, jambes, mains
- parties du corps les plus faibles : bras, jambes
- parties du corps qui nous causent de l'embarras : ventre, orteils
- parties du corps qui sont douloureuses : ventre, jambes
- Bon partage entre les filles

Discussion - Activités sportives

« J'aimerais faire du yoga! »

« Je veux jouer au baseball. »

« Moi, j'aimerais jouer au soccer »

« J'aimerais commencer à courir dehors! »

« Je veux essayer de faire la boxe. »

Gratuit – parcs, prendre des marches, sauter à la corde, kid sport (fonds)

Buts des participantes

- *consommer plus de lait, prendre plus de marches, courir*

Session 8 – Les restaurants

Activité – montant de gras dans divers aliments

« C'est vraiment incroyable le montant de gras dans un whopper Madame! »

Observations

- les participants ont bien porté attention durant la session
- les participantes voulaient créer leurs propres balles de gras avec la pâte à modeler afin d'illustrer leur repas / aliments préférés

Menus des restaurants

- les participantes semblaient vraiment aimer cette activité
- bonne participation
- plusieurs réactions des participantes – étaient surprises au montant de gras qu'il existe dans certains repas ou dans certains aliments

« *Je mange toujours des junior whopper tout le temps Madame! »*

« *On sort à des restaurants fast-food chaque vendredi avec ma famille! »*

Session 9 – Session de clôture / célébration

Dîner en commun – Restaurant Subway et partage du journal de réflexion

Rétroaction des participantes par rapport aux neuf sessions de groupe

- **Aimé** : la session d'exercice avec l'entraîneur physique, la vidéo Dove, l'activité traçage du corps, apprendre au sujet du corps, apprendre comment bien manger et comment faire différentes exercices
- **Une participante a mentionné** : *« J'ai eu des conversations avec ma mère au sujet de la nourriture, au sujet de mon corps et au sujet de son corps (...) au sujet du corps des femmes en général »* (Ça a ouvert la communication entre mère et fille ?)
- *« J'ai aimé tout le groupe, toutes les fois qu'on s'est rencontrés »*
- *« Mme, j'ai beaucoup appris ! Merci ! »*

Journal de réflexion

Qualités qui reviennent souvent :

- belles, généreuses, intelligentes, gentilles, aimables, créatives

Annexe I – Journal de réflexion *Style de vie en santé***Journal de réflexion – p.1****Mes qualités...****Organisée****Gentille****Honnête****Joëlle****Empathique****Intelligente****Altruiste****Belle****Drôle****Gros coeur**

Journal de réflexion p.2

Une lettre à moi-même...

Cher / Chère _____,

Je suis une personne _____ et _____.

Je suis très bon / bonne à _____.

Si je devais choisir deux mots afin de me décrire comme

personne, ils seraient _____ et

_____.

Des gens m'ont déjà dit que j'étais _____.

Une chose que j'aimerais améliorer chez-moi serait de

_____. *Je suis confiant / confiante que j'y*

arriverai si j'y mets du temps et de l'effort !

Sincèrement,

Journal de réflexion p.3

Alimentation – Quantité de nourriture

Jour 1	Jour 2	Jour 3
Déjeuner:	Déjeuner:	Déjeuner:
Dîner:	Dîner:	Dîner:
Souper:	Souper:	Souper:
Collations:	Collations:	Collations:

Journal de réflexion p.4

Buts - nutrition et activité physique**But général:**

La semaine passée ...	
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	

Mes buts pour cette semaine...	
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	

Annexe J - Un bref survol des neuf sessions planifiées du programme

« *Style de vie en santé* »

Session 1 – Apprendre à se connaître

Cette session est offerte par la conseillère

- Établir les règles de confidentialité
- Discuter des règlements du groupe
- Activités pour apprendre à se connaître
- Introduction du programme
- Information au sujet du journal de réflexion

Session 2 – Les Médias

Cette session est offerte par la conseillère

- Discussion de l'image corporelle
- Discussion des influences des médias
- Activités au sujet des influences des médias
- Explication du travail à faire dans le journal de réflexion

Session 3 – Les Médias (continuité)

Cette session est offerte par la conseillère

- Retour sur l'image corporelle
- Projet et discussion - revues
- Discussion afin de déterminer pourquoi nous mangeons
- Discussion au sujet des messages de nos familles...
- Explication du travail à faire dans le journal de réflexion

Session 4 – L'exercice physique

Cette session est offerte par un entraîneur physique

- Huit étirements seront fait à l'aide de bandes en caoutchouc (Dyna-bands)
- Discussion au sujet de l'importance de l'activité physique
- Explication du travail à faire dans le journal de réflexion

Session 5 – La nutrition

Cette session est offerte par une diététiste / nutritionniste communautaire

- Discussion et présentation du nouveau guide alimentaire (2007)
- Activités – comment lire les étiquettes
- Risques – au niveau de la santé
- Explication du travail à faire dans le journal de réflexion

Session 6 – L'importance de nos pensées

Cette session est offerte par la conseillère

- Discussion au sujet du langage interne
- Comment changer ses pensées et messages négatifs
- Activités au niveau de l'efficacité de soi
- Explication du travail à faire dans le journal de réflexion

Session 7 – La beauté de notre corps

Cette session est offerte par la conseillère

- Activité – tracer nos corps
- Activités sportives
- Nos buts (activité physique et nutrition)
- Explication du travail à faire dans le journal de réflexion

Session 8 – Les restaurants

Cette session est offerte par la conseillère

- Activité – pâte à modeler (gras)
- Les menus de divers restaurants
- Explication du travail à faire dans le journal de réflexion

Session 9 – Session de clôture

Cette session est offerte par la conseillère

- Partage de groupe (journal de réflexion)
- Discussion
- Rétro-action des participants
- Clôture

Annexe K - Centres de ressources au Manitoba

Centre de santé Saint-Boniface

409, avenue Taché, salle D-1048
Saint-Boniface (Manitoba)
Tél. : 235-3910
Télec. : 237-9057
acces@centredesante.mb.ca

Centre Youville - Saint-Boniface

Centre commercial Dominion
33, rue Marion
Winnipeg (Manitoba)
R2H 0S3

Téléphone : 233-0262
Télécopieur : 233-1520

Heures d'ouverture :
Le lundi et le vendredi, de 9 h à 17 h
Du mardi au jeudi, de 9 h à 21 h

Centre Youville - Saint-Vital

Saint-Vital Square
845, rue Dakota, bureau 6
Winnipeg (Manitoba)
R2M 5M3

Téléphone : 255-4840
Télécopieur : 255-4903

Heures d'ouverture :
Du lundi au jeudi, de 9 h à 21 h
Les vendredis de 9 h à 17 h

Le Sportex

Collège universitaire de Saint-Boniface
200, avenue de la Cathédrale
Winnipeg (Manitoba)
R2H 0H7
Téléphone : 204-233-0210
Numéro sans frais au Canada : 1 888 233-5112
235-4407

Annexe L – Ressources thérapeutiques au Manitoba

Liste de ressources thérapeutiques pour ceux qui souffrent d'embonpoint, d'obésité ou d'autres troubles alimentaires au Manitoba.

Adolescent Day Treatment Center
771, avenue Bannatyne
Winnipeg (Manitoba)
R3E 3N4
Tél. 204-787-7218
Télé. 204-787-7219

Eating Disorders Association of Manitoba (EDAM)
Phyllis Lightfoot, Présidente P.O. Box 34099
RPO Fort Richmond
Winnipeg (Manitoba)
R3T 5T5
Tél. 204-888-3326
Télé. 204-275-3852
www.edam.mb.ca

Dr. Maureen et Dr. Susan Collison, Dr. Margo Lane
Médecins
Norlyn Bldg.
410-309, avenue Hargrave
Winnipeg (Manitoba)
R3B 2J8
Tél. 204-943-7888
Télé. 204-942-5702

Karen Dana
CGC Travailleuse sociale
700, avenue Elgin (2^e étage)
Winnipeg (Manitoba)
R3E 1B2
Tél. 204-786-7841
Télé. 783-6068

Dr. Lillian Esses
Psychologue
207-1700, avenue Corydon
Winnipeg (Manitoba)
R3N OK1
Tél. 204-488-9995
Télé. 204-488-6444

Shannon Gander
Thérapeute
Eating Disorders Treatment & Prevention Group of Manitoba
101-326, avenue Broadway
Winnipeg (Manitoba)
Tél. 204-989-0757
Télé. 204-989-2179

Dr. Jule Henderson
Psychologue
146, rue Arlington
Winnipeg (Manitoba)
R3G 1Y5
Tél. 204-784-7700
Télé. 204-784-7701

Janice Hurst, MA
Conseillère
81-81, rue Garry
Winnipeg (Manitoba)
R3C 4J9
Tél. 204-927-8181
Télé. 204-927-8188

Dr. Cynthia Jordan
Psychologue
82, rue Balmoral
Winnipeg (Manitoba)
R3C 1X4
Tél. 204-772-7484
Télé. 204-783-9783

KLINIC Community Health Centre
870, avenue Portage
Winnipeg (Manitoba)
R3G 0P1
Tél. 204-784-4090
www.klinic.mb.ca

Dale Kornelson
Dietétiste
7-2727, avenue Portage
Winnipeg (Manitoba)
R3J 0R2
Tél. 204-896-6787

Dr. Jeanne Randolph
Psychiatre
82, rue Balmoral
Winnipeg (Manitoba)
R3C 1X4
Tél. 204-772-7484
Télé. 204-783-9783

Lori Schellenberg
Garde-malade psychiatrique
47, chemin Chernichan
Winnipeg (Manitoba)
R2G 3W8
Tél. 204-667-6238
Télé. 204-663-4499

Dr. Richard Shore
Psychologue
Fort Garry Place
2710-83, rue Garry
Winnipeg (Manitoba)
R3C 4J9
Tél. 204-984-9821
Télé. 204-984-9829
rshore@mts.net

Healthy Schools
Phone: (204) 788-6679
Toll Free: 1-888-848-0140
Email: healthyschools@gov.mb.ca
<http://www.gov.mb.ca/healthyschools/about>