

**Université de Montréal**

**Perceptions par divers acteurs d'une politique éventuelle de promotion  
de santé nutritionnelle en milieu scolaire libanais**

**Par**

**Sima HAMADEH**

**Département de Nutrition  
Faculté de Médecine**

**Thèse présentée à la Faculté de médecine  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph. D.)  
en Nutrition  
Option: Santé publique**

**Mars, 2013.**

**© Sima HAMADEH, 2013  
Université de Montréal**

**Faculté des études supérieures**

**Cette thèse intitulée:**

**Perceptions par divers acteurs d'une politique éventuelle de promotion  
de santé nutritionnelle en milieu scolaire libanais**

**Présentée par  
Sima HAMADEH**

**a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:**

**Olivier RECEVEUR**, professeur titulaire, Université de Montréal  
**Président-Rapporteur**

**Marie MARQUIS**, professeure titulaire, Université de Montréal  
**Directrice de recherche**

**Malek Batal**, professeur agrégé, Université de Montréal  
**Membre du jury**

**Vicky Drapeau**, professeure adjointe, Université Laval  
**Examinatrice externe**

**Dr. Josette Noël**  
**Représentante du Doyen**

## Résumé

Une mauvaise nutrition chez les jeunes d'âge scolaire compromet sérieusement la santé et la capacité d'apprentissage des jeunes. Elle a également un effet néfaste sur les habitudes alimentaires acquises affectant la prévalence des maladies à l'âge adulte comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'obésité et l'hypertension. Il ya des évidences inquiétantes confirmant la détérioration de l'état nutritionnel des jeunes scolarisés. Les changements radicaux actuels de mode de vie des populations pauvres et/ou riches des pays développés et en développement influencent les préférences personnelles en termes d'alimentation, de mode, d'activité physique et de choix médiatiques et dictent ainsi les habitudes nutritionnelles des jeunes plus que la nourriture elle-même. Les écoles ont un rôle majeur dans l'amélioration des modes de vie des jeunes incluant l'alimentation et l'activité physique. Toutefois, l'école n'est pas le seul milieu d'intervention, il doit être soutenu par d'autres environnements (famille, communauté, gouvernement, etc.). À cette fin, de nombreuses politiques alimentaires nationales et internationales ont été élaborées et implantées à différents niveaux et dans de nombreux pays. Pourtant, rares sont celles étudiant les perceptions des acteurs clés multidisciplinaires (gouvernement, écoles, jeunes, famille, industrie alimentaire, municipalités, pédiatres, diététiciennes, chercheurs universitaires, ONG, agences de l'ONU, médias, etc.) en phase de pré-implantation des politiques scolaires.

Actuellement, le Liban vit une transition nutritionnelle affectant les habitudes alimentaires, le mode de vie et les problèmes de poids des jeunes. Face à cette réalité, le Liban a proposé en 2009 la "Stratégie de santé scolaire" (SSS) nationale pour implanter un programme de santé scolaire visant à améliorer la santé des élèves, du cadre scolaire et de la communauté. La SSS n'est pas encore déployée et il est raisonnable de croire qu'elle sera entourée d'éléments facilitateurs et de barrières à son implantation. L'**objectif** général de cette étude est d'identifier les facilitateurs et les barrières à l'implantation de la SSS en étudiant les perceptions des acteurs clés et à l'égard d'une politique éventuelle de promotion de la santé nutritionnelle dans les écoles libanaises. **Méthodologie:** Un cadre conceptuel intégrateur basé sur l'approche du marketing social et inspiré de plusieurs théories et modèles sociaux et comportementaux

fut développé pour aborder le sujet à trois niveaux d'action (individuel, communautaire et organisationnel). L'échantillon comporte des parties prenantes pluridisciplinaires et des écoles publiques et privées dans les régions rurales et urbaines libanaises. Des entrevues individuelles dirigées et semi-structurées ont été menées. Les données recueillies ont été soumises à une analyse qualitative. **Résultats:** Au total, 48 jeunes, 40 adultes (4 directeurs scolaires, 4 services alimentaires scolaires, 32 intervenants pluridisciplinaires) et 4 focus groups de parents et enseignants ont participé à cette étude. La collaboration, la coordination, la participation et le leadership sont identifiés comme les principaux facilitateurs du développement d'une politique de promotion de santé scolaire. Toutefois, les principales barrières sont: l'environnement scolaire inapproprié, la pauvreté, la pression politique, et la diversité des structures socioculturelles. **Conclusion:** Le cadre intégrateur proposé offre des perspectives complètes sur la façon dont une politique de santé scolaire est destinée à travailler et à produire les changements souhaités.

**Mots clés:** promotion sanitaire, éducation nutritionnelle, politique scolaire, nutrition, activité physique, école, jeunes, parents, acteurs clés, perceptions.

## Abstract

Poor nutrition among school-aged youth seriously compromises their health and learning capacity. It also has a disastrous effect through damaging dietary patterns which affects the prevalence of diseases in adulthood such as diabetes, cardiovascular diseases, obesity, and hypertension. There is disturbing evidence that the nutritional status among school youth is deteriorating. Current radical changes in lifestyle among both poorest and richest strata of developing and developed countries mean that personal preference about food, fashion, physical activity, and media are now driving the nutritional patterns of school youth more than the availability of the food itself. Schools have a major role in ameliorating youth's lifestyles and food habits. However, it's not the only setting for intervention; it should be emphasized by other environments as well such as family, community, government. To this end, many national and international food policies were developed and implemented at different levels and in many countries. Thus, there were few that used a pre-implementation analysis and tried to study the perceptions of multidisciplinary stakeholders (government, schools, youth, family, food industry, municipalities, pediatrics, dietitians, academics, NGOs, UN agencies, media).

Lebanon has been experiencing a nutritional transition in food choices during the past years. As a consequence, youth dietary habits and lifestyle have been affected; thus weight problems are increasingly being observed. In answer to this alarming reality, Lebanon proposed in 2009 a national "Strategy of school health" (SSH) to implement a health program at schools aiming to improve the health condition of the students, the school personnel and the community. SSH has not been deployed yet and it is reasonable to believe that several factors are likely to act as facilitators or barriers to its implementation. The general **objective** of this study is to identify the facilitators and the barriers to the *SSH* project implementation by studying stakeholders' perceptions of an eventual policy of nutritional health promotion in Lebanese schools. **Methodology:** An integrated conceptual framework based on social marketing approach and inspired from several social and changing behaviors theories and models was developed to approach the subject at three levels of action, namely individual, community and organizational. The target population of this study consists of multidisciplinary stakeholders and of public/private schools in rural and urban Lebanese regions. Directed and semi-structured

individual interviews were conducted. Collected data have been submitted to a qualitative analysis. **Results:** In total, 48 youth, 40 adults (4 school principals, 4 school food services, 32 multidisciplinary stakeholders) and 4 focus groups (parents-teachers) participated in this study. Collaboration, coordination, participation and leadership are identified as the main facilitating factors for the development of school health promotion policy. However, inappropriate school environment, poverty, political pressure, and sociocultural structures' diversity are the major barriers identified. **Conclusion:** The integrated framework of this study offers completed perspectives on how a scholar health policy is intended to work and to produce desired changes.

**Key words:** health promotion, nutritional education, school policy, nutrition, physical activity, school, youth, parents, stakeholders, perceptions.

## Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des annexes	ix
Sigles et abréviations	x
Dédicace	xii
Remerciements	xiii
1. Introduction	1
2. Etat de connaissances	2
2.1 Promotion de la santé	
2.1.1 Promotion de la santé et recherche formative	2
2.1.2 Cadres théoriques pour l'étude de la promotion de la santé	5
2.2 OMS et alimentation, nutrition et prévention des maladies chroniques	9
2.3.1 Rapport de consultation de 1998	9
2.3.2 Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'activité physique et la santé	11
2.3 Préoccupation mondiale à l'égard de la santé des enfants et des adolescents	15
2.4 Rôle des écoles dans la promotion de la santé	17
2.4.1 Initiatives internationales de santé dans les écoles	19
2.4.2 Principales politiques alimentaires et/ou sanitaires scolaires	22
2.5 La situation au Liban	31
2.5.1 Contexte social, scolaire et sanitaire libanais	31
2.5.2 Programmes et actions de santé et d'éducation	38
2.5.2.1 Programme <i>Education For All au Liban</i>	38
2.5.2.2 Programme <i>School Health program</i>	38
2.5.2.3 Utilisation du <i>Global-School-based-Student Health Survey</i>	40
2.5.2.4 Résultats du Cadre FRESH dans le contexte du Liban	40
2.5.2.5 Autres rapports et suivi de 2005 à 2008	41
2.5.2.6 Stratégies de santé scolaire	42
3. Problématique	44
4. Conceptualisation du problème de recherche	46
4.1 Objectifs de la recherche	46
4.2 Modèle conceptuel	48

5. Méthodologie	57
5.1 Population cible	57
5.2 Échantillon	58
5.2.1 Taille d'échantillon et méthode de collecte de données	58
5.2.2 Recrutement	61
5.2.3 Validité interne et externe	63
5.2.3.1 Validité interne	63
5.2.3.2 Validité externe	64
5.3 Analyse des données	65
6. Résultats	67
6.1 Article 1	68
6.2 Article 2	93
6.3 Article 3	129
6.4 Résultats complémentaires	151
6.4.1 Perceptions des objectifs et bénéfices de la SSS	151
6.4.2 Étapes nécessaires au déploiement de la SSS	153
6.4.2.1 Évaluation initiale du contexte scolaire	153
6.4.2.2 Engagement d'une équipe de travail	155
6.4.2.3 Identification des domaines d'action	158
6.4.3 Perspectives complémentaires sur les variables du cadre conceptuel	172
6.5 Discussion complémentaire	176
7. Limites et pistes de recherche	183
8. Conclusion	183
9. Pertinence et retombées de la recherche	186
Bibliographie	188
Annexe 1	x
Annexe 2	xi
Annexe 3	xvi
Annexe 4	xix
Annexe 5	xxiii
Annexe 6	xxv
Annexe 7	xxviii
Annexe 8	xxix



## Liste des tableaux

Tableau I. Relations entre les variables des divers modèles et théories, et les phases PRECEDE	54
Tableau II. Échantillon des écoles	61
<b>Article 1</b>	
Table 1. Common perceptions of stakeholders of facilitating factors and barriers associated with the eventual implementation of SSH in Lebanon	90
Table 2. Stakeholders' complementary perspectives about facilitating factors and barriers associated with the eventual implementation of SSH in Lebanon	91
<b>Article 2</b>	
Table 1. Perceptions of adults associated with an eventual implementation of school health strategy in Lebanon	126
Table 2. Perceptions of youth associated with an eventual implementation of school health strategy in Lebanon	128
<b>Article 3</b>	
Table 1. Perceptions from different stakeholders reinforcing the validity of the variables of the theories/models used in this study	146

**Liste des figures**

Figure 1. Cadre de référence pour l'étude de perceptions associées à l'implantation éventuelle de la Stratégie de Santé Scolaire (SSS) au Liban	56
Figure 2. Sous-variables émergentes au Cadre de référence pour l'étude de perceptions associées à l'implantation éventuelle du projet de plan national de santé scolaire (SSS) au Liban	174
 <b>Article 1</b>	
Figure 1. Integrated conceptual framework to study perceptions associated to an eventual implementation of school health strategy in Lebanon	89
 <b>Article 2</b>	
Figure 1. Integrated conceptual framework to study perceptions associated to an eventual implementation of school health strategy in Lebanon	124
 <b>Article 3</b>	
Figure 1. Integrated conceptual framework to study perceptions associated to an eventual implementation of school health strategy in Lebanon	150

**Liste des annexes**

Annexe 1. Itinéraire de formation au Liban	x
Annexe 2. Définitions des modèles, théories et de leurs variables	xi
Annexe 3. Grille d'entrevue utilisée pour les jeunes	xvi
Annexe 4. Grille d'entrevue utilisée pour les acteurs adultes	xix
Annexe 5. Questions/observations permettant de décrire les écoles – Données à recueillir auprès des directeurs des écoles	xxiii
Annexe 6. Document explicatif exposant la stratégie de la santé scolaire SSS, ses composantes et ses objectifs	xxv
Annexe 7. Variables du modèle conceptuel associées aux objectifs spécifiques	xxviii
Annexe 8. Grille de codification	xxix
Annexe 9. Emplacement du Liban sur la carte du monde	xxxiii

## Liste des abréviations

ADA : American Dietetic Association  
AUB : American University of Beirut  
CDC : Centers for disease Control and Prevention  
CSPI : Center for Science in the Public Interest  
CT : Communication Theory  
DC : Diététistes du Canada  
DT : Diffusion Theory  
EFA : Education For All  
EMRO : Eastern Mediterranean Regional Office  
FAO: Food and Agriculture Organization  
FRESH : Focusing Resources on Effective School Health  
GAC : Guide Alimentaire Canadien  
GSHS : Global School-based Student Health Survey  
HBM : Health Belief Model  
HERU : Health Education Resource Unit  
HES : Healthy Eating School  
H1N1 : Influenza A virus subtype H1N1  
IFN : Institut Français pour la Nutrition  
INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec  
IOM : Institut Of Medicine  
LDA : Lebanese Dietetic Association  
MAS (MSA "english") : Ministère des Affaires Sociales au Liban (Ministry of Social Affairs)  
MDGs : Millennium Development Goals  
ME : Ministère de l'Education au Liban  
MENA : Middle East and North Africa  
MS (MH "english") : Ministère de la Santé au Liban (Ministry of Health)  
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux (au Québec)  
NANA : National Alliance for Nutrition and Activity  
NBHP : National Better Health Program

NGC : National Governor Council

NGOs (ONGs "français") : Non Governmental Organizations (Organisations Non Gouvernementales)

NHD: Department of Nutrition for Health and Department

NHSP : National Healthy School Program

NSBA : National School Board Association

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAS : Politiques Alimentaires Scolaires

PMT : Protection Motivation Theory

PRECEDE : Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational /Environmental Diagnosis and Evaluation

PROCEED : Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development

RPMM : Rossister-Percy Motivational Model

SSS (SSH "english"): Stratégie de Santé Scolaire (Strategy of School Health)

TOC : Theories of Organizational Change

TT : Theory of Trying

UN: United Nations

UNAIDS : United Nations program on HIV/AIDS

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNFPA : United Nations Population Fund

UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund

UNRWA: United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East

USDA : United States Department of Agriculture

WHO : World Health Organization

## **Dédicace**

Thèse,  
Pour la longue solitude ponctuée  
Pour les dures épreuves affrontées  
Pour tous les sacrifices consentis  
Pour les chagrins inarticulés  
Je te dédis  
A mon cher frère Omar  
Et à mes biens aimés: Rania,  
Rafik,  
Amine,  
et à tous les élèves du Liban.

## **Remerciements**

Au terme de ce long mais très enrichissant processus, je ne saurais suffisamment exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont soutenue, encouragée et aidée.

Ma directrice, Madame Marie Marquis, pour sa rigueur intellectuelle, ses précieux conseils, ses nombreux encouragements, sa générosité et son expérience inestimables.

Ma directrice de programme, Madame Irène Strychar, pour sa souplesse et sa compréhension, qui m'ont permis de concilier travail et études.

Mes participants adultes et jeunes, pour leur bonne humeur, leur disponibilité et leur dynamisme.

Sans oublier mes parents et mes amis qui ont su m'entourer tout en me gardant dans le droit chemin!

## 1. Introduction

L'alimentation des populations, dans n'importe quelle culture définit largement leur état de santé, de croissance et de développement (1). L'environnement social, culturel, politique et économique peut aggraver la santé des populations aussi bien que la susceptibilité génétique à développer une maladie sauf si des mesures actives et multidisciplinaires sont prises pour faire de ces environnements des milieux de promotion de la santé (1,128).

Pour cette fin, plusieurs organismes internationaux dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Food and Agriculture Organization (FAO), les Nations Unies (UN) et l'UNICEF, collaborent pour le développement et l'implantation de stratégies et politiques mondiales afin de prévenir et réduire les maladies chroniques reliées à l'alimentation et à l'activité physique (60,86,89,127,128,137).

Les fondements de la santé au cours de la vie prennent place durant l'âge le plus jeune (19,128,136). Des constats de différents rapports internationaux suggèrent donc la nécessité d'agir en développant des stratégies et politiques renforçant les environnements et consolidant des actions rejoignant les jeunes dans les milieux d'interventions sanitaires les plus propices incluant entre autre le domicile, les écoles et les communautés (16,83, 136). De ces milieux, l'école constitue un cadre efficace et adapté à des interventions pour améliorer le mode de vie et la santé des jeunes (16,83).

L'état des connaissances rapporté dans cette thèse va d'abord aborder l'importance des études qualitatives formatives et des cadres théoriques en promotion de la santé suivie des rapports de l'OMS sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques. Ensuite, sera résumée la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'activité physique et la santé. Nous exposerons ensuite la préoccupation mondiale à l'égard de la santé des jeunes pour insister sur le rôle de l'école dans la promotion de la santé. Seront alors exposées les initiatives internationales de santé scolaire, les principales politiques alimentaires et/ou sanitaires scolaires dans les pays développés et en développement.



Dans le cas de mon pays natal, le « Liban », il y a absence d'actions concertées (développement ou implantation) dans le domaine des politiques sanitaires en milieu scolaire. Les quelques actions antérieures seront exposées pour finalement introduire le plan national de Stratégie de Santé Scolaire du Liban que nous identifierons comme étant la SSS laquelle fut proposée en 2009 par l'organisation mondiale de la santé, le ministère de la santé et le ministère de l'éducation et dont une des composantes inclut la nutrition et l'activité physique (34). Ce plan national n'est pas encore déployé et il est raisonnable de croire que plusieurs facteurs sont susceptibles d'en faciliter ou d'en freiner l'implantation.

Ainsi, le projet de thèse s'intéressera à étudier auprès de plusieurs acteurs, la perception des objectifs généraux de ce plan, la distribution des responsabilités envisagées et la perception générale de la pertinence du projet compte tenu des modes de vie des Libanais. Le tout permettra d'anticiper le développement d'une politique scolaire nationale de promotion de santé nutritionnelle (alimentation et activité physique) et son déploiement éventuel auprès d'enfants et d'adolescents fréquentant des écoles libanaises privées et publiques, de milieux urbains et ruraux.

## **2. Etat de connaissances**

### **2.1 Promotion de la santé**

#### **2.1.1 Promotion de la santé et recherche formative**

Le vocable de promotion de la santé dans son sens large soit, l'idée de la lier explicitement à l'influence des déterminants environnementaux sur la santé, est d'usage relativement récent dans les interventions en santé publique (15,103). C'est en 1986 qu'il a trouvé son expression avec la proclamation de la charte internationale d'Ottawa établie à l'issue de la première conférence internationale sur la promotion de la santé à Ottawa (134). Cette charte offrait un nouveau cadre de référence pour la mise en œuvre de la promotion de la santé en affirmant agir surtout sur les déterminants sociaux de la santé à travers cinq axes d'interventions, à savoir : 1) la mise en place de politiques de

santé publique, 2) la création d'environnements sains, 3) le renforcement des actions communautaires, 4) le développement des habilités personnelles et communautaires et 5) la réorientation des services (134). En 2012, un recueil des textes inédits montre que 25 années après sa création, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé inspire encore profondément les pratiques traditionnelles de la santé publique dans les pays francophones de tous les continents même au Liban (95). Cependant, les auteurs des différents textes de ce recueil suggèrent quelques pistes de solution pour améliorer l'application de la Charte tout en la rendant plus opérationnelle dans le contexte où elle sera adaptée telles que: renforcer les actions transdisciplinaires et intersectorielles en promotion de la santé dans toutes les politiques publiques et y favoriser la participation du public (95).

Donc, la promotion de la santé est un processus qui confère aux individus, agissant séparément ou collectivement, les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé en prenant des décisions éclairées concernant les problèmes affectant leur santé en tant qu'individus, familles et communautés (15,37,95,134). Ainsi, la promotion de la santé consiste non seulement à communiquer des informations, mais également à stimuler la motivation, les aptitudes et la confiance nécessaires pour agir dans le sens de l'amélioration de la santé (15,37).

En d'autres mots, la promotion de la santé est un ensemble de pratiques spécifiques et de combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités (15, 37,134). Le caractère exhaustif et global de la promotion de la santé vise à mettre en œuvre une approche cohérente quant aux différents efforts de la promotion de la santé basés sur une perspective écologique et interdisciplinaire (15, 37,103,110).

Alors que traditionnellement, l'approche individuelle ou pratiquée au niveau de petits groupes était privilégiée en matière de promotion de la santé (15,37), une nouvelle approche globale et écologique telle que conceptualisée par la charte d'Ottawa en 1986 (134) s'annonçait comme la meilleure approche pour pratiquer la promotion de la santé et amener à des changements durables (15,96,110,130). Cet intérêt pour autrui,

l'approche holistique et écologique sont maintenant des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des programmes de promotion de la santé (15, 37,65,96,110).

La recherche de données probantes portant sur l'effet des actions menées en prévention et en promotion de la santé permet de dégager les caractéristiques propres à l'approche écologique à laquelle s'apparente la majorité des programmes internationaux de promotion de la santé (37,103). Par ailleurs, les programmes et les politiques de promotion de la santé peuvent aussi rapporter d'autres formes d'évidences nécessaires à leur déploiement telles que : la prise en compte des expériences personnelles, des perceptions et des préférences individuelles, des attitudes, des valeurs, des législations et des ressources (38,103,130)

L'acquisition de telles informations sur le contexte où les actions de promotion de santé ont lieu justifie souvent l'utilisation de la recherche dite formative (99) offrant au chercheur de se rapprocher de la réalité sociale du terrain et de l'interaction sociale en lui permettant d'expérimenter de près l'environnement à analyser (15,31,99). D'autre part, en terme de programmes et politiques plus innovateurs, la recherche formative présente l'avantage d'explorer les déterminants de la réussite ou de l'échec de différentes pratiques de promotion de la santé (45,99,102,124)

Ainsi, une configuration de conditions individuelles, structurelles, culturelles et organisationnelles soutient souvent la transposition réussie des actions de promotion de santé dans la réalité contextuelle où elles sont implantées (45,102,103,110,124). La recherche formative visant l'exploration, la description et aussi l'évaluation du mode de vie tel que nous le percevons et/ou le construisons socialement a donc toute sa pertinence (111,130).

La recherche formative exploratoire est une approche non fondée sur des idées préconçues fournissant essentiellement des données d'ordre qualitatif (111). C'est une méthode flexible utilisée le plus souvent lorsqu'il y a manque ou absence d'informations préalables sur un sujet à étudier (101,111). La recherche dite exploratoire offre au

chercheur la possibilité de se familiariser avec un environnement inconnu avant de mener une étude de plus grande envergure (111). Ainsi, elle peut aider à mieux définir un problème, à suggérer des hypothèses à vérifier ultérieurement et à recueillir des perceptions sur des nouveaux concepts (101,111).

Plusieurs techniques peuvent être déployées pour réaliser une recherche exploratoire qualitative telles que les groupes de discussions, les entrevues individuelles, l'observation, etc. (111). Particulièrement dans le cadre d'une recherche participative de promotion de la santé, le caractère exploratoire qualitatif permettra de donner les repères nécessaires pour mieux cadrer les déterminants d'un programme de promotion de la santé (connaissance, contraintes environnementales, motivation, etc.) avec la culture du milieu (37,111,130). Notons que si l'étude exploratoire peut offrir des pistes intéressantes à tenir compte dans l'implantation d'un futur programme de santé scolaire, elles ne constituent certainement pas les seuls déterminants à considérer ou à généraliser étant donné que ces déterminants sont de nature contextuelle dynamique (110). Une évaluation continue de ces déterminants est nécessaire pour saisir leur dynamisme, leur interconnexion et l'émergence potentielle d'autres déterminants selon les modifications des conditions contextuelles (99,110)

### **2.1.2 Cadres théoriques pour l'étude de la promotion de la santé**

Les études sur les programmes et politiques en promotion de la santé ont montré que ceux qui utilisaient une combinaison de théories sont les plus efficaces en permettant d'aborder la complexité de la recherche qualitative formative et exploratoire (15, 35,37,130). Cette mosaïque théorique est autant importante pour les chercheurs académiques que pour les participants dans le processus du développement des politiques de promotion de la santé (130) car chacune des théories approche le même phénomène selon une perspective différente (65,130). Ainsi, cette approche multi-théorique permet une analyse globale du dynamisme du développement des politiques de promotion de la santé reflétant les barrières et les facilitateurs à envisager tout au long du processus (130).

Selon la Charte d'Ottawa, les approches holistique et écologique sont essentielles dans le développement des programmes et politiques de promotion de santé pour étudier la question de la complexité de tous les déterminants structurels de santé tels que l'influence sociétale et culturelle (84,110,134).

Il est par ailleurs important de pouvoir distinguer l'approche écologique du modèle écologique (96). L'approche écologique accorde la même importance aux variables personnelles et aux variables d'environnement (96). Elle prend en compte les variables individuelles, les relations avec la famille et les pairs, les facteurs de société (normes sociales et culturelles), l'environnement physique (accessibilité, plaisir, sécurité, etc.) et la communauté dans laquelle s'inscrivent les relations sociales (l'école, l'organisation, le quartier, etc.) (96). Cette approche aide à élucider les facteurs qui interviennent à différents niveaux ou peuvent être modifiés par un autre niveau, et à repérer ceux sur lesquels il est possible d'intervenir (96). Par exemple, une personne peut rassembler autour d'elle un groupe qui va agir en faveur d'une modification de l'environnement facilitant l'adoption d'un mode de vie sain (96).

Quant au modèle écologique, il s'inspire des principes de l'approche écologique et étudie les 5 niveaux d'influence sur le comportement humain: le niveau individuel (connaissance, croyance, etc.), le niveau interpersonnel (réseaux des relations immédiates avec la famille, les amis, etc.), organisationnel (caractéristiques et règles des institutions ou organisations comme l'école, etc.), le niveau communautaire (relations mutuelles entretenues par les organisations, etc.) et le niveau des politiques publiques (politiques locales, régionales ou nationales existantes) (96). Sa limite est d'étudier l'impact de chaque niveau d'influence environnemental (société, politique, communauté, etc.) sur le comportement individuel sans mettre l'emphase sur les relations réciproques entre les dimensions environnementales et individuelles, ce que fait l'approche écologique (96). Egaleme nt, le modèle écologique présente sous chacune de ces niveaux d'influence des variables générales (famille, pairs, media, etc.) sans prendre en considération des variables plus spécifiques (collaboration, participation, efficacité personnelle, motivation, etc.) primordiales pour la planification des programmes de promotion de la santé (96).

Ainsi, l'approche écologique est plus ambitieuse et permet de mieux comprendre les relations entre tous ces niveaux (96). Par exemple, son efficacité dans les programmes de promotion de santé a été démontrée en mettant l'emphase sur l'importance et l'interaction à différents niveaux d'éléments spécifiques tels que : la collaboration, la motivation, le partenariat organisationnel, la capacité communautaire, l'« empowerment » des ressources humaines, la participation des individus dans la planification des programmes, etc. (96). Pour cette raison, l'approche écologique, en considérant simultanément les facteurs individuels et environnementaux, reçoit davantage l'intérêt des chercheurs et des planificateurs des programmes de promotion de la santé (71,96).

Par ailleurs, les programmes et politiques de promotion de la santé scolaire ont utilisé le modèle écologique de la santé (37,65,96). Ce modèle écologique invite à mieux comprendre les habitudes de vie et les différents comportements à risque en reconnaissant l'importance des facteurs psychologiques individuels, interpersonnels, sociaux et politiques qui marquent l'environnement où les jeunes évoluent (37,65,96). Le modèle écologique renforce l'idée que différents acteurs clés multidisciplinaires et multisectoriels doivent participer activement aux programmes de promotion de la santé (37,96,110). Les programmes inspirés du modèle écologique ont souvent plus de chances de succès lorsque ces acteurs clés interviennent en concertation à tous les niveaux (individuel, communautaire, organisationnel) de façon complémentaire dans le but d'augmenter la cohérence et l'efficacité des actions entreprises (22,85,37,65,96).

Au-delà du modèle écologique, d'autres modèles et théories utilisés dans l'étude des comportements peuvent être combinés au modèle écologique afin de s'en inspirer pour développer des programmes plus efficaces (15,22,35,37). Parmi ces modèles et théories, les interventions scolaires pour prévenir l'obésité utilisaient le modèle de croyance de santé (HBM) (22,32,48) et celui de la théorie sociale cognitive (SCT) (32, 46,101,107). Le HBM aide à mieux comprendre « la perception et croyance du contrôle » dans la lutte contre l'obésité, c'est-à-dire la perception des facteurs facilitants et/ou inhibants l'adoption et le maintien d'un comportement spécifique (22). Tandis que

la SCT aide à mieux comprendre l'auto-efficacité perçue des individus pour effectuer avec succès le comportement requis pour produire les bons résultats dans la lutte contre l'obésité (22). Pourtant, ni le HBM (82) ni la SCT (22) ne permet d'expliquer la variance dans l'« intention » des individus, notamment les enfants (46), à améliorer leur état de santé. Le HBM est important dans la compréhension des facteurs individuels, surtout les « stimuli à l'action » tels que l'influence des médias, modelant le comportement des individus (48,107) mais il nécessite la contribution d'autres théories prenant en considération la dimension sociale et son impact sur les facteurs individuels, par exemple la théorie de communication (48).

Les interventions communautaires incluant une diversité de milieux, d'institutions et d'acteurs clés demandent l'utilisation des cadres théoriques différents mais complémentaires (107) en s'inspirant de l'approche socio-écologique (37,46,84, 96,107) et aussi de l'approche du marketing social (39,65,73,84). Cette mosaïque théorique permet de développer un cadre théorique robuste et culturellement approprié pour chaque pays sans se limiter à adopter un seul cadre théorique développé spécifiquement dans un autre pays (101).

Récemment, l'approche du marketing social est devenue un pilier dans les programmes de santé publique, notamment dans ceux visant le changement des comportements influençant la santé des individus tels que la diète, le tabagisme, etc. (35,42,73). L'école du marketing social a rénové l'éducation nutritionnelle en y introduisant les règles du marketing telles que ; étude approfondie des caractéristiques du consommateur, segmentation du public et ciblage de la communication interpersonnelle et médiatique (42). Jusqu' à maintenant, l'approche du marketing social a montré son efficacité dans le développement des programmes de promotion de la santé (39,73,84), et dans le changement des comportements sanitaires et du mode de vie des individus, des communautés et des organisations (73). Cette approche du marketing social aide à cibler simultanément des domaines multidisciplinaires et ainsi il peut induire un changement à travers un large spectre de comportements (73). Ainsi, une étude de divers modèles et théories organisationnelles, de comportement et de communication utilisés en se basant sur l'approche du marketing social peut identifier les attitudes et les perceptions des individus, notamment les jeunes (35,42), vis-à-vis

d'une innovation en matière de programmes de promotion de la santé (35,39,42,47,73,84,94).

Finalement, toutes les théories bio-psycho-socioculturelles capables d'analyser la conduite humaine (préférences et habitudes alimentaires, croyance, communication sociale, etc.) et l'approche du marketing social sont considérées comme étant la base des programmes modernes de nutrition en santé publique (84).

## **2.2 OMS et alimentation, nutrition et prévention des maladies chroniques**

### **2.2.1 Rapport de consultation de 1998**

Un rapport de consultation des experts de l'OMS/FAO (128) réalisé dans le cadre d'un travail de l'OMS en 1998 sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies transmissibles (127) a reconnu que la croissance épidémique des maladies chroniques dans les pays développés, en développement et en transition est reliée aux changements alimentaires et au mode de vie (128). L'objectif primaire de cette consultation était d'examiner et de développer des recommandations alimentaires et nutritionnelles pour la prévention des maladies chroniques (obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) (128). L'objectif secondaire était de considérer et de discuter la nécessité de l'activité physique suffisante comme étant un élément primordial dans le complexe «alimentation-nutrition-santé» (128).

Pour atteindre ces objectifs, les experts ont articulé un cadre conceptuel écologique se basant sur la relation complexe entre l'individu (biologie, génétique, physiologie), son environnement (social, économique, politique, industriel, agricole, médiatique, etc.) et les maladies chroniques (128). En révisant les nouvelles évidences scientifiques, cette consultation a démontré que les changements des modalités alimentaires et de mode de vie tels que l'augmentation de la consommation de diètes à forte densité énergétique et la sédentarité résultent des changements de l'économie alimentaire mondiale marquée entre autre par une augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des aliments dans les marchés locaux et nationaux (113). De plus, cette consultation a insisté sur la nécessité de travailler avec partenaires créatifs, traditionnels et non traditionnels, et l'importance de considérer le cours de la vie en s'arrêtant sur les spécificités et besoins de chaque étape surtout à celle de l'enfance et de l'adolescence



(128). Le but de ces recommandations était d'implanter des politiques alimentaires et sanitaires durables pour affronter les défis émergents de santé publique (128).

Plusieurs autres études (1,14,17,20,41,76,109,143) ont démontré que la prévention des facteurs de risque des maladies chroniques à des étapes primaires de l'enfance et de l'adolescence ne se justifie pas seulement parce qu'ils se manifestent de plus en plus tôt mais aussi parce qu'ils sont associés au développement des maladies chroniques dans les étapes plus avancées du cours de la vie (128).

Enfin, ce rapport de consultation a soulevé trois éléments essentiels à analyser dans les directives et recommandations pour les politiques et la recherche (128). Le premier élément «*principes des politiques permettant d'aider les gens à acquérir des saines habitudes de vie*» insiste sur la nécessité d'une collaboration entre les gouvernements, le secteur privé, les professionnels de la santé, les groupes de consommation, les académiques, les communautés de recherche et les agences non gouvernementales dans le développement des stratégies adéquates (128). Il met l'emphase sur le rôle central du gouvernement surtout du Ministère de la Santé dans le choix des actions en accord avec leurs capacités nationales, économiques et les lois du pays (128). De plus, les stratégies doivent être globales, multisectorielles, fondées sur l'égalité et l'équité, et basées sur la perspective de cours de la vie pour le contrôle des maladies chroniques dans les différents milieux (écoles, milieux de travail, etc.) (128).

Pour ce qui est du deuxième élément «*conditions préalables aux stratégies permettant d'introduire les politiques dans différents milieux*» il fait ressortir la nécessité d'un leadership pour une action efficace à long terme permettant d'établir une communication efficace dans les milieux ciblés (128). Principalement, le gouvernement doit y exercer le rôle de leader supporté par une organisation internationale et planifiant les stratégies en collaboration avec d'autres partenaires du secteur privé, de la société civile, etc. (128). Toutefois, les stratégies d'introduction des politiques dans les milieux doivent prendre en considération le rôle déterminant des environnements (écoles,

communautés, milieux de travail, politiques de transport et d'urbanisation, disponibilités d'aliments sains) (128).

Finalement, le troisième élément précise que « *les actions stratégiques possibles pour promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique* » doivent d'une part refléter les réalités locales, nationales et les déterminants globaux de l'alimentation et de l'activité physique (128). D'autre part, elles doivent inclure des actions pratiques dont la surveillance de l'alimentation et de l'activité physique, la formation des professionnels de santé, l'information des individus, la disponibilité de l'alimentation saine, etc. (128). Aussi, les stratégies doivent se baser sur des évidences scientifiques (128).

Les résultats et les recommandations de la consultation de 1998 ont été retenus par les Etats Membres de l'OMS qui ont exprimé en 2002 une demande pour l'élaboration d'une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Cette stratégie sera détaillée dans la section suivante.

En résumé, ce rapport de consultation de 1998 et son rapport de suivi en 2009 (135) soulèvent la nécessité d'une approche politique multidisciplinaire et exhaustive de santé publique avec une participation active des gouvernements, des communautés, des politiciens, des systèmes de santé, des planificateurs des villes et des municipalités, de l'industrie alimentaire, des médias nationaux et internationaux, des ministères (de la santé et de l'éducation), des chercheurs académiques, etc. (128,135).

### **2.2.2 Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'activité physique et la santé**

En 2002, un rapport de l'OMS sur la santé dans le monde (139) souligne que dans la majorité des pays la charge des maladies chroniques est responsable de l'évolution des causes de la mortalité et morbidité. La mauvaise alimentation et la sédentarité comptent parmi les principaux facteurs de risque des maladies chroniques (139). Conscients de cette réalité et se basant aussi sur le rapport antérieur de l'OMS daté de 1998, les Etats Membres de l'OMS (89,137) ont avancé une demande dans le but

d'élaborer une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé. À cet effet, six consultations régionales ont été organisées en 2003 pour définir le contenu de cette stratégie mondiale (86,89). Le projet de cette stratégie a été élaboré dans le cadre des échanges entre les Etats Membres, les organisations du système des Nations Unies, les organismes intergouvernementaux et les centres de recherche (FAO, UNESCO, Banque mondiale, International Food Policy Research Institute, etc.), les représentants de la société civile et du secteur privé, de même qu'un groupe de référence composé d'experts internationaux indépendants provenant des six régions de l'OMS et de spécialistes de l'alimentation et de l'exercice physique (86,89). La stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé et la résolution fut donc approuvée en 2004 (86,89,137) et a complété l'action menée par l'OMS au niveau des pays dans d'autres domaines tels que les carences en nutriments, la dénutrition et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (89,137).

Le but de cette stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé est de promouvoir et de protéger la santé en aidant à concevoir des conditions favorables à l'application des mesures sanitaires durables (86,89) aux niveaux individuel, communautaire, national et mondial et qui ensemble réduiront la morbidité et la mortalité liées à une mauvaise alimentation et à l'inactivité physique (89). Ces mesures s'inscrivent dans le cadre des objectifs des *Millenium Development Goals* (MDGs) définis par l'Organisation des Nations Unies notamment auprès des enfants et des adolescents et dans les écoles (86,118).

Cette stratégie mondiale de l'OMS a établi quatre objectifs. Premièrement, diminuer les facteurs de risque des maladies chroniques liés à l'alimentation et à l'activité physique par des mesures indispensables à la promotion de la santé publique et à la prévention des maladies chroniques (86,89,137). Deuxièmement, étudier l'impact positif de la bonne alimentation, de l'activité physique et des interventions préventives sur la santé (86,89,137). Troisièmement, encourager l'élaboration, le renforcement et l'application des politiques multisectorielles et des plans d'action durables aux différents niveaux (communautaire, régional, national et mondial) favorisant la bonne alimentation et l'activité physique (86,89,137) et finalement, suivre et soutenir les recherches

scientifiques et développer les ressources humaines nécessaires pour la promotion et la protection de la santé (86,89,137).

En fait, les bases de l'action mentionnées dans cette stratégie reposent sur les rapports des experts nationaux et internationaux et sur l'analyse des données scientifiques actuelles comprenant des recommandations nutritionnelles et de mode de vie actif pour prévenir les maladies chroniques et permettant de vivre en bonne santé (86,89,137). Dépendamment, l'alimentation et l'activité physique ont une influence sur la santé aussi bien ensemble que séparément (86,89,137). En ce qui concerne l'alimentation, les recommandations issues de la stratégie mondiale de l'OMS portent d'une part sur l'importance de consommer des fruits, des légumes, des légumineuses et des céréales complètes (86,89,137). D'autre part, elles portent sur la nécessité de limiter l'apport énergétique provenant des graisses saturées et trans, et de limiter la consommation de sucres ajoutés et de sodium (86,89,137). En ce qui concerne l'activité physique, les recommandations font valoir les bienfaits de pratiquer suffisamment d'exercice tout au long de la vie compte tenu de ses effets protecteurs contre les maladies tout en variant l'intensité et la fréquence car les résultats sur la santé diffèrent selon le type d'exercices physiques pratiqués (86,89,137).

L'application de ces recommandations en matières de nutrition et d'activité physique dans la stratégie mondiale débouche sur des principes d'action à différents niveaux nationaux et régionaux, et exige un engagement politique soutenu et une collaboration de divers partenariats (86,89,137). Aussi, les principes d'action nécessaires pour réussir l'élaboration des politiques efficaces à court et long terme sont renforcés par des stratégies basées sur les données scientifiques existantes, complètes (culture, âge, sexe, etc.), multisectorielles, multidisciplinaires et participatives (86,89,137). Donc, il faut tenir compte des interactions complexes entre les facteurs personnels, économiques, environnementaux et les normes sociales (86,89,137). Il est aussi important d'envisager la perspective du cours de la vie et d'agir dans plusieurs milieux tels que les écoles pour cibler les enfants/ados, et les adultes sur le lieu de travail (86,89,137). Pour ce qui est de la responsabilité, elle doit être partagée entre tous les partenaires (OMS, FAO,

UNESCO, UN, Banque mondiale, gouvernement, ministères, associations des professionnels de santé et de consommateurs, institutions de santé publique, médias, industrie alimentaire etc.) pour l'élaboration, l'exécution, l'évaluation et le suivi de l'implantation des politiques (86,89,137).

En 2005, les spécialistes en activité physique impliqués dans l'élaboration de cette stratégie ont publié un article pour positionner la composante de l'activité physique dans cette stratégie (18). Malgré tout, l'alimentation a été plus détaillée, documentée et a attiré davantage l'intérêt des médias (18). Même si l'alimentation et l'activité physique agissent en synergie, des stratégies d'implantation séparées pour chacune semblent plus efficaces car des agences non sanitaires (agences d'urbanisation, département de transport, de l'éducation et du sport, etc.) doivent être impliquées spécifiquement dans les actions de l'activité physique et remplacer le paradigme «sports» par «vie active» (18).

En 2007, l'OMS a organisé une réunion d'experts pour faire le point sur les connaissances actuelles portant sur les éléments des politiques scolaires en matière d'alimentation et d'activité physique, et pour rédiger un schéma de cadre de politique scolaire (124). Ce cadre de politique scolaire est l'un des outils produits par l'OMS et principalement conçu pour aider les pays, notamment les pays en développement, afin de mettre en œuvre la stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé élaborée en 2004. Le but de ce cadre de politique scolaire est de guider les responsables au niveau local, régional et national dans l'élaboration et l'implantation de politiques sanitaires scolaires favorisant une alimentation saine, la pratique de l'exercice physique, et l'amélioration du mode de vie, des comportements et de l'enseignement dans les écoles (124). Ainsi, les responsables doivent intégrer dans ces politiques des options équitables et réalistes en fonction des besoins du contexte scolaire local telles que: option programme scolaire et éducation à la santé, option cadre des services alimentaires scolaires, option qualification des établissements scolaires, etc. (124).

Ce cadre s'adresse donc en premier lieu aux ministères (Ministère de l'Éducation, Ministère de la Santé, Ministère de l'Agriculture, Ministère des Transports, etc.) ainsi

qu'à d'autres intervenants multisectoriels (autorités locales et régionales, politiciens, cadres scolaires, jeunes et parents, communautés, organisations non gouvernementales "ONGs", secteur privé, etc.) actifs et/ou intéressés par la santé scolaire (124).

En résumé, ce cadre de politique scolaire suppose une direction stratégique nationale pour le lancement d'une politique de promotion nutritionnelle (alimentation et activité physique) efficace (124). Par conséquent, le gouvernement de chaque pays planifiant d'adapter ce cadre de politique scolaire est invité à: 1) constituer un groupe de coordination chargé de guider tout le processus de la politique scolaire (élaboration, implantation, suivi et évaluation); 2) conduire une évaluation formative de situation (état de santé actuel des jeunes, connaissances et attitudes, programmes de santé en cours, ressources et capacités disponibles, etc.); 3) élaborer un plan de travail et de suivi; 4) établir les buts et les objectifs; et 5) diffuser et communiquer largement la politique. Les responsables dans chaque pays sont aussi invités à adapter ce cadre de politique scolaire en fonction de leurs besoins, de leurs spécificités et de leurs ressources.

L'importance et la spécificité de la santé des enfants et adolescents mentionnées dans cette stratégie mondiale ont été abordées aussi dans d'autres initiatives mondiales mises en action pour assurer le développement en santé des jeunes et de leurs environnements. Ces initiatives seront détaillées dans la section suivante.

### **2.3 Préoccupation mondiale à l'égard de la santé des enfants et des adolescents**

Les enfants et les adolescents constituent 40 % de la population mondiale et sont parmi les groupes les plus vulnérables aux problèmes de santé (136). Les bases de la santé prennent place en bas âge (19,37,128,136) d'où la nécessité de combler des besoins spécifiques durant l'enfance et l'adolescence au plan des interactions sociales, des besoins physiologiques de base, et des environnements sécuritaires et de soutien incluant la famille et l'école (22,37,136). Particulièrement, les adolescents affrontent les défis d'adoption des bons comportements nutritionnels et sanitaires durant leur croissance (16,22). Leur nutrition et leur santé sont parmi les domaines d'action prioritaires de l'agenda mondiale de santé publique (37,136) et dans des milieux d'interventions sanitaires les plus propices tels que: les écoles, les ménages, les

communautés, etc. (16,37,136). Des évidences scientifiques montrent que les enfants et adolescents qui reçoivent une éducation à la santé et au bien-être, inculquant des compétences cognitives et comportementales, ont plus de chance d'adopter et de maintenir un mode de vie sain et équilibré non seulement durant leur scolarité mais aussi tout au long de leur vie (114).

À ce sujet, des progrès basés sur des modèles écologiques ont été faits pour comprendre les facteurs individuels (perception, attitude, croyance), interpersonnels (famille, pairs) et institutionnels (écoles) influençant une transition en santé à l'âge adulte (22,37, 65,136). D'ailleurs, l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale ont adopté les buts des Millenium Development Goals (MDGs) incluant l'éducation pour tous et l'amélioration des conditions sanitaires, surtout à l'école (19,113,114,119,120,136). L'engagement de ces organisations s'exprime par des actions qui offrent aux enfants des opportunités de croissance en santé ainsi qu'à leurs parents et leurs réseaux élargis (136).

Plusieurs initiatives ont été mises en action pour assurer le développement en santé des jeunes et leurs environnements telles que: « Strategic Directions for improving the health and development of children and adolescents » de l'OMS (136), « Education For All (EFA) » de l'UNICEF (19,116,119,120), «Focusing Resources on Effective School Health (FRESH)» de l'UNICEF/OMS/UNESCO/Banque mondiale/Internationale de l'éducation (114). Ces actions travaillaient en synergie dans le but de promouvoir la nutrition, la santé et le mode de vie sain dans tous les pays du monde. Elles utilisaient l'approche du cours de vie en étudiant les effets de l'environnement (familles, écoles, communautés, etc.) (19,114,116,119,120,136).

La réussite de ces actions est basée sur le passage du concept de « Well Becoming » orienté vers le futur au concept du « Well Being » orienté sur le présent car l'enfance est une étape d'identité unique ayant ses propres caractéristiques sociales et non pas une simple période de transition à l'âge adulte (19).

En 2009, le rapport « The Millenium Development Goals (MDGs) Report » de l'UN a démontré que l'adhésion aux actions et politiques efficaces avait mené à des

résultats sanitaires avantageux auprès des jeunes et ce même face aux défis du climat économique défavorable (113).

Les actions décrites dans cette section ont référé à l'effet de l'environnement général (ménage, communauté, écoles, etc.) sur la santé des enfants et adolescents. La section suivante abordera l'école comme étant l'un des environnements les plus propices pour la promotion de la santé auprès des jeunes.

#### **2.4 Rôle des écoles dans la promotion de la santé**

La rapidité des transformations sociales (88), l'instabilité politique et économique, ainsi que les chaos civils posent des lourdes conséquences sur l'éducation et la santé des populations surtout des jeunes qui sont ciblés par des messages nutritionnels contradictoires (61). Si l'école n'échappe pas aux changements sociaux, elle reste le milieu principal de la socialisation des jeunes (16,88). Les années scolaires représentent une époque de formation dans le développement de l'individu (88,114) et l'école constitue un cadre efficace et adapté à des interventions rentables pour améliorer le mode de vie et la santé des jeunes (16,37,71,88). Pourtant, l'école dispose et utilise rarement ses ressources humaines, matérielles et financières indispensables pour créer un milieu de promotion de santé (16,88). Par conséquent, c'est l'un des meilleurs milieux à partir desquels les communautés devraient être informées sur des thématiques de santé et mobilisées en y développant des politiques et programmes favorables au progrès sanitaire (37,71,88).

A cet effet, l'Institut National de Santé Publique au Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, et la table de concertation nationale en promotion et en prévention a publié en 2005 le document « École en Santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires-Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes » (71). Ce guide définit et propose une démarche opérationnelle globale de l'approche École en Santé en précisant les différents niveaux d'intervention en promotion et prévention de la santé à partir de l'école (71). Dans ce document, l'école est considérée comme étant le pivot de



l'intervention mais elle doit renouveler ses pratiques pédagogiques pour faciliter le développement de bonnes compétences de vie surtout en impliquant davantage les jeunes dans les activités scolaires de promotion de santé (71). Aussi, l'approche suggère que l'école a besoin de la contribution de partenaires tels que les jeunes et leurs parents, les communautés, les municipalités et les organismes socioéconomiques pour conjuguer les actions de promotion de la santé de façon globale et approfondie (71).

En continuité de ce guide opérationnel, une recension des travaux écrits sur l'approche École en Santé et l'approche écologique en milieu scolaire a été faite en 2009 par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (37). Cette recension permet à partir des résultats probants liés à des actions entreprises en prévention et promotion de la santé des jeunes de dégager les déterminants d'une intervention efficace en promotion de la santé scolaire (37). Cette recension des écrits conclut que l'approche École en Santé et l'approche écologique globale et concertée en milieu scolaire permettent de promouvoir la santé des jeunes et leurs familles, de l'école et de la communauté (37). Cela se concrétise par un ensemble d'actions déployées de façon cohérente par des partenaires et des acteurs multidisciplinaires et multisectoriels (37). Pourtant, la relative nouveauté et la complexité de l'approche École en Santé peuvent expliquer le fait que l'on en trouve si peu d'évaluations (37).

Parmi les rares évaluations publiées sur les actions de promotion de santé nutritionnelle et d'activité physique faites dans les écoles des pays développés, des résultats montrent une amélioration des habitudes de vie (diminution de la sédentarité et de la consommation des gras et de sucres ajoutés) sans amélioration significative de l'indice de masse corporelle (6,25,66,123). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que mise à part l'école, les autres environnements (domicile, environnement bâti, etc.) des jeunes doivent être contrôlés (6,16,37,67,88). Ainsi, il est primordial que les actions s'opèrent au niveau de prévention primaire tels que les programmes scolaires d'éducation alimentaire (123) et à plus grande échelle incluant la famille et la communauté (37,67,81,88).

### 2.4.1 Initiatives internationales de santé dans les écoles

La santé scolaire est un investissement dans l'avenir d'un pays et dans la capacité de ses citoyens de progresser socialement et économiquement (88,114). Pour toutes ces raisons, la promotion de la santé des jeunes par l'intermédiaire de l'école a constitué depuis les années 50 un objectif important pour la plupart des organisations internationales (OMS, UNESCO, UNICEF, etc.) (88). Plusieurs initiatives ont été élaborées et persistent présentement mais on s'attardera à celles implantées au Liban, notre contexte de recherche, telles que: l'initiative des Écoles promotrices de la santé de l'OMS (138), Focusing Resources on Effective Schools Health (FRESH) de l'UNESCO, l'UNICEF, l'OMS, l'Education Internationale et la Banque mondiale (114) et Global School-based Student Health Survey (GSHS) (28,133).

*Écoles promotrices de la santé de l'OMS :* En 1995, l'OMS a lancé l'initiative globale de l'école santé mobilisant et renforçant la promotion de la santé et les activités éducatives aux différents niveaux (local, national, régional et global) afin d'améliorer la santé des étudiants et leurs familles, du cadre scolaire, et de la communauté à travers les écoles (138). Le but de cette initiative était d'augmenter mondialement le nombre d'écoles «promotrices de santé» (138). Ces écoles promotrices de santé devaient développer leurs capacités à fournir un environnement sanitaire pour étudier, travailler et vivre (138). Les principales stratégies de cette initiative globale de l'école santé étaient: la recherche continue pour améliorer les programmes de santé scolaire, l'appropriation du projet pour défendre et appuyer ces programmes (générer des guides et des documents techniques identifiant les composantes essentielles des programmes de santé scolaire), le renforcement des capacités nationales (collaboration entre les agences de santé et de l'éducation des pays) et la création de réseaux et alliances pour le développement des écoles promotrices de santé (138).

En 1997, en suivi à cette initiative, un rapport de l'OMS sur le rôle des écoles en éducation et santé a émis des recommandations et principes de réussite des stratégies et politiques que pourraient adopter l'OMS et d'autres organisations internationales afin que les écoles soient à même d'exploiter leurs capacités dans la promotion de la santé

(88). Les obstacles communs identifiés étaient: manque de vision et de planification des stratégies, incompréhension et réticence vis-à-vis des programmes de santé scolaire, manque de collaboration et de coordination entre les divers responsables, sentiment de ne pas être directement concerné et manque de ressources (88). Alors que les stratégies gagnantes communes étaient: acquisition d'une vision d'ensemble de tous les acteurs concernés, planification stratégique détaillée pour réussir les actions promotionnelles sanitaires et pour améliorer les politiques en milieu scolaire, création de réseaux et mobilisation des ressources nécessaires (humaines et matérielles), édification d'une capacité (formation des individus et des institutions), et recherche opérationnelle permettant de repérer les stratégies les plus rentables durant tout le processus des politiques à implanter (88). En résumé, les principes de réussite pour un virage santé à l'école sont un engagement national efficace et bien organisé, une forte capacité locale et une articulation cohérente entre les différents niveaux scolaires (local, district et central) (88).

Les recommandations sur le rôle des écoles pour l'action future étaient nombreuses (88). Certaines, étaient générales mettant l'accent sur l'importance de l'élaboration et le suivi des politiques, directives et législations nationales renforcées par un support international pour soutenir les programmes de santé scolaire (88). D'autres, étaient plus spécifiques aux écoles (éducation sanitaire, ateliers de formation au personnel) dont le rôle est de fournir aux élèves un lieu d'enseignement santé et à son personnel un lieu de travail santé (88). Finalement, la collaboration entre l'école et la communauté fut nécessaire pour soutenir la santé et l'éducation.

Cadre FRESH: En 2003, une autre initiative de promotion de la santé fut annoncée, le cadre « FRESH » établi par le partenariat entre UNESCO, UNICEF, OMS, Education Internationale et Banque mondiale. FRESH met de l'avant la conception et la mise en œuvre de programmes de santé scolaire respectant les problèmes et les besoins locaux et la diversité des ressources disponibles (114). Ainsi, FRESH pouvait être adapté par les écoles disposant de peu de ressources, dans les zones rurales et dans les zones urbaines les plus accessibles (114). Cette initiative est la synthèse des expériences antérieures de programmes sanitaires et nutritionnels

scolaires conduits dans de nombreux pays, et est par conséquent totalement en phase avec les autres activités des agences partenaires de l’OMS dans le développement des « écoles promotrices de santé » (114).

L’initiative FRESH est formée de quatre composantes de base qui, mises en œuvre, agissent en synergie pour apporter des bénéfices supplémentaires aux programmes de santé scolaire (114). Ces composantes sont: les politiques alimentaires en milieu scolaire, l’approvisionnement en eau salubre et l’assainissement, l’éducation sanitaire basée sur l’acquisition de savoir-faire et les services de santé et de nutrition en milieu scolaire (114). L’initiative FRESH peut aussi être utilisée par les planificateurs et concepteurs de politiques publiques en matière de santé scolaire comme instrument d’identification et d’analyse des besoins (114). La pertinence de FRESH a été d’identifier et de renforcer l’importance d’inclure les trois facteurs clés de la réussite d’élaboration de plans d’actions nationaux pour atteindre le but de l’EFA et qui sont: la santé, la nutrition et l’hygiène (114). Les retombées du cadre FRESH dans le contexte du Liban sont présentées à la section 2.6.2.4, p40.

*Global School-based Student Health Survey:* Le GSHS est un projet de surveillance sanitaire développé en 2003 par l’OMS en collaboration avec l’UNICEF, l’UNESCO, l’UNAIDS, et avec une assistance technique du Center for Disease Control and Prevention (CDC) servant de centre de coordination des données (28,133). Le GSHS sert à fournir des données exactes sur la santé, les comportements et les facteurs protecteurs (support social à l’école, contrôle des parents, etc.) de santé des élèves (13 à 15 ans) dans les écoles (28,133). Le but du GSHS est d’aider les pays à mesurer et évaluer les comportements de santé dans 11 domaines différents: caractéristiques démographiques, comportements alimentaires, activité physique, hygiène, consommation d’alcool, consommation de drogues, consommation de cigarettes, santé mentale, facteurs protecteurs, comportements sexuels, et violence/préjudices non intentionnelles (28,133).

Le premier objectif du GSHS est d’aider les pays à développer des priorités, établir des politiques et supporter des ressources pour des programmes et politiques de santé visant les enfants et les adolescents (28,133). Le deuxième objectif est de

permettre aux agences internationales et aux pays de faire des comparaisons inter-pays sur les comportements sanitaires et les facteurs protecteurs (28,133). Le dernier objectif est d'établir les tendances des facteurs protecteurs par pays pour les utiliser dans l'évaluation des actions de promotion de santé scolaire chez les enfants et les adolescents (28,133).

Le GSHS a été implanté au niveau national dans divers pays (développés et en développement) par un coordonnateur nommé par le Ministère de l'éducation et le Ministère de la santé du pays et dont le rôle est de diriger le GSHS et d'être le lien entre les agences et organisations nationales, l'OMS et le CDC (28,133). Les résultats spécifiques au Liban sont présentés à la section 2.6.2.3, p39.

#### **2.4.2 Principales politiques alimentaires et/ou sanitaires scolaires**

Malgré que le processus d'élaboration des politiques de santé prescrivant un environnement scolaire sain et sécuritaire pour les jeunes soit une activité de sensibilisation et de construction de partenariats, le secteur de l'éducation reste le responsable principal de la réussite de ces politiques (114). L'expérience montre que le secteur de l'éducation doit commander et assurer la responsabilité globale de l'élaboration, de l'implantation, de l'exécution et du suivi des politiques de santé à l'école car c'est l'une des mesures fondamentales pour qu'un programme de santé scolaire réussisse (80,114). Une fois développée, les administrateurs des écoles, les enseignants et les responsables des services alimentaires et de santé doivent être formés à la mise en œuvre des politiques. Les élèves, les parents, les membres de la communauté et ceux qui sont censés en être les bénéficiaires doivent connaître et comprendre les politiques pour s'y conformer et les soutenir (114). Les mécanismes d'application, d'évaluation et de suivi des efficacités des politiques établies en milieu scolaire sont nécessaires pour assurer leur pérennité (80,114).

Plusieurs politiques de santé ont été développées prenant différentes positions et actions opposées ou complémentaires menant à une situation complexe décrite par les politiciens en matière de santé comme étant une «cacophonie politique» (65). Cette dernière rend la tâche plus difficile aux politiciens qui déjà affrontent le problème de

complexité des politiques dans leurs multi-niveaux (local, national, régional), dans leurs multidisciplinarités (nutrition, éducation, sociologie, santé, etc.) et dans leurs barrières (culture, idéologie, attitudes, etc.) (65). Ainsi, cette cacophonie politique limite la cohérence des directions essentielles et facilitatrices au développement des politiques sanitaires surtout alimentaires (65).

Les politiques alimentaires scolaires (PAS) doivent être centrées sur l'alimentation et l'activité physique ensemble et/ou séparément (18,65) et basées sur un cadre conceptuel efficace et acceptable par les acteurs déterminants, par exemple: l'état, l'école, le public, etc. (65). L'action à l'égard de l'amélioration de l'alimentation et de mode de vie active soulève plusieurs questions autour du modelage des politiques non seulement scolaires mais publiques dans de nombreux domaines tels que l'agriculture (production), la fabrication (ingrédients, portions, produits), la vente (planification, disponibilité, accessibilité, prix), l'éducation (connaissances et habiletés sanitaires), la culture (conscience alimentaire et activité physique), le commerce (termes commerciaux, prix) et l'économie (taxation et subside des aliments) (65). Ainsi, une politique alimentaire élargie rejoignant des facteurs individuels et sociaux, coordonnée, trans-sectorielle en action, reliée aux choix du consommateur, à la cohérence culturelle et tenant compte des messages médiatiques est nécessairement efficace (65). Sa réussite repose sur sa diversité qui attire l'attention d'intervenants de domaines autres que la santé (ministères de l'éducation, des affaires sociales et d'urbanisation, etc.) (65).

*Les politiques alimentaires scolaires (PAS) dans les pays développés:* Les actions sont plus avancées dans les pays développés que dans les pays en transition et en développement où il existe des politiques récentes ou des programmes en cours. Celles décrites ci-dessous furent retenues compte tenue de leur adaptabilité par d'autres pays en développement. Cette appropriation fut menée suite à une analyse du contexte du pays, des besoins des jeunes, et de discussions entre des professionnels de la santé et de l'éducation dans ces pays en développement (40,59).

*États-Unis*

En 2004, le Congrès américain a établi une exigence demandant aux écoles des districts et incluant celles offrant des repas gratuits de développer des politiques de bien être abordant la nutrition et l'activité physique avec le début de l'année scolaire 2006-2007 (81). En réponse à cette demande et pour guider le développement de telles politiques, le National Alliance for Nutrition and Activity (NANA) a formé un comité de plus de 50 personnes travaillant dans divers domaines (santé, activité physique, nutrition, et professionnels en éducation) venant de plusieurs organisations de tous les États américains afin de développer un ensemble de modèles de PAS (81). Ainsi, un modèle exhaustif de politiques en nutrition et en activité physique a répondu aux nouvelles exigences du gouvernement américain (81). Ce modèle est basé sur la nutrition, la recherche en santé publique et des pratiques existantes dans certains États et écoles des districts partout aux États-Unis (81). Le groupe formé par le NANA a accordé une priorité à la promotion de la santé des enfants et leur bien-être ainsi qu'à la faisabilité de l'implantation de la politique (81). Les écoles des districts peuvent donc choisir de suivre et adopter ce modèle de politiques ou le réviser et l'adapter à leurs besoins afin de répondre aux priorités de la communauté selon leur contexte, et leurs défis et opportunités (état socioéconomique des élèves, grandeur des écoles, milieu rural ou urbain, présence des immigrants, langue parlée, manque de temps et d'espace, ressources financières, etc.) (81).

La première phase fut d'évaluer les environnements scolaires existants en matière de nutrition et d'activité physique. Les résultats obtenus pour chaque école furent compilés au niveau du district pour prioriser les besoins. Pour atteindre les résultats attendus les écoles devaient collaborer avec un conseil de santé scolaire composé de représentants des élèves, de parents, de cadres scolaires, d'enseignants, de la communauté, du public, de responsables des services alimentaires et de professionnels de santé (81). Les variables analysées pour évaluer les PAS furent: la qualité des aliments et des boissons servis et vendus dans les écoles (repas, petit déjeuner, prix, temps alloué pour manger, qualification du personnel des services alimentaires, échange d'aliments, distributeurs et kiosques alimentaires, portion, événements commandités, etc.), promotion de la nutrition, de l'activité physique et marketing alimentaire

(éducation et promotion nutritionnelle, intégration de l'activité physique dans les cours, communication avec les parents, marketing des aliments dans les écoles, bien-être du personnel) et opportunités d'activité physique et d'éducation physique (éducation physique quotidienne, récréation quotidienne, opportunités de l'activité physique avant et après l'école, accessibilité aux facilités et espaces des écoles hors des heures de cours, etc.) (81). Obligatoirement, le directeur ou la personne responsable dans l'école pour surveiller la conformité à ces politiques doit présenter un rapport à la personne désignée par le district qui à son tour doit présenter, tous les trois ans, un rapport de surveillance de la conformité des écoles aux politiques (81). Ce rapport doit être distribué au directeur de l'école, aux organisations parents/enseignants, aux conseils de santé dans les écoles et au personnel des services sanitaires des écoles des districts (81).

Afin de faciliter l'implantation de ces politiques et l'analyse des résultats obtenus, plusieurs outils de planification et d'autoévaluation ont été adaptés tels que: *School Health Index* du CDC, *Changing the Scene* du programme de nutrition du U.S. Department of Agriculture (USDA), et *Opportunity to Learn Standards for Elementary, Middle, and High School Physical Education* de l'Association nationale pour le Sport et l'Education Physique (81). Ces outils ont été listés dans un rapport du NANA en 2005 sur les politiques du bien-être en nutrition et activité physique (81). Ce travail a été mis à la disposition de tous les responsables d'adoption ou de développement de politique scolaire en nutrition et en activité physique pour les assister dans l'élaboration, l'implantation, la surveillance et la révision de ces politiques (81). Aussi, plusieurs membres du NANA représentants de l'American Dietetic Association (ADA) et du Center for Science in the Public Interest (CSPI) sont encore disponibles pour fournir les recommandations et l'assistance nécessaires aux écoles des districts (81). Le National School Board Association (NSBA) a publié une liste de ressources incluant certaines politiques scolaires implantées dans les États tels que: Iowa, Michigan, Manchester et Floride (79). Cette liste de ressources est basée sur des données compilées par le NSBA School Health Program (79).



Les politiques et/ou programmes scolaires de santé alimentaire et d'éducation physique en Californie (services alimentaires scolaires, activité physique, consommation de lait1% vs lait entier, réduction des heures de télévision, etc.) ont montré par des mesures anthropométriques et de l'IMC une réduction de taux d'adiposité auprès des élèves (123). En plus, des résultats positifs ont été obtenus en termes de poids corporel, alimentation, lipides sanguins, attitude, connaissance et croyances à l'égard des bonnes habitudes alimentaires (123).

### *France*

En France, comme dans l'ensemble des pays développés de l'Europe, la mise en place d'un programme nutritionnel pour prévenir les problèmes de santé liés à l'alimentation et au mode de vie est une grande priorité de santé publique (74). C'est en 2000 que la France a fait de la promotion de la nutrition et de l'activité physique, un grand " Programme National Nutrition-Santé ", impliquant l'ensemble des acteurs concernés et disposant de moyens à la hauteur de ses ambitions (74). Ce programme est basé sur des objectifs précis tels que les objectifs nutritionnels prioritaires de santé publique (modification de la consommation alimentaire et des marqueurs de l'état nutritionnel) et les objectifs nutritionnels spécifiques (recommandations concernant les compléments, suppléments et l'enrichissement en vitamines et minéraux) (74). Il associe un très grand nombre d'acteurs (famille et entourage, industrie agro-alimentaire, professionnels de la distribution, médias, écoles, professionnels de la santé, structures d'éducation pour la santé, associations de consommateurs et restauration collective) faisant l'objet d'un pilotage par une équipe visant une évolution significative de la situation actuelle en France (74).

Les mesures et actions prises ont été destinées à l'ensemble de la population avec un intérêt spécifique au milieu scolaire jouant un rôle fondamental dans l'éducation et la construction des comportements alimentaires (74). Par exemple, le programme a prévu la mise en place à la Direction générale de la Santé d'un Comité d'Appui pour le développement et le suivi des politiques influençant les habitudes alimentaires, la valeur nutritionnelle des aliments et la pratique d'activité physique (74). De même, il a prévu l'élaboration de stratégies d'information et d'éducation autour des objectifs nutritionnels

prioritaires (activité physique, consommation des fruits, légumes et gras, etc.) et des objectifs spécifiques portant sur certaines populations (sujets allergiques) ou des nutriments spécifiques (déficience vitaminique et minérale) (74). La mise en œuvre des actions est déployée à des niveaux différents (milieu scolaire et universitaire, restauration collective, milieux de travail, système de soins, etc.) (74). Ces différentes mesures et actions furent influencées par une implication forte des industriels de l'agro-alimentaire dans le choix et les comportements alimentaires du consommateur (étiquetage, campagnes de communication, etc.) (74)

À l'école, l'alimentation et la nutrition sont abordées d'une part à travers les programmes scolaires aux cycles maternels, primaires, élémentaires et secondaires, d'autre part par des démarches de promotion de la santé initiées par différents acteurs (associations des parents, municipalités, sociétés des restaurations collectives, etc.) (74). Les barrières à ces démarches sont résumées ainsi: le caractère ponctuel d'un programme organisé par l'établissement, le département ou la région, et l'utilisation fréquente du matériel pédagogique d'information produit par des firmes agro-alimentaires sans aucun « label » garantissant leur qualité et leur indépendance (74). En 2000, l'Institut Français pour la Nutrition (IFN) a élaboré une « charte pour l'élaboration et la diffusion en milieu scolaire de matériel pédagogique dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition » (74). Cette charte contrôle les matériels pédagogiques nutritionnels destinés aux élèves qui ne pourront être utilisés dans le milieu scolaire que s'ils bénéficient d'un « label » officiel "Programme Nutrition-Santé " garantissant leur qualité et leur indépendance (74). En 2006, un rapport de suivi et d'évaluation du " Programme National Nutrition-Santé » a montré que l'intervention scolaire en faveur de la consommation des fruits apparaît prioritaire auprès de la communauté éducative et parentale (52). Ainsi, la stratégie de distribution gratuite de fruits en milieu scolaire a sensiblement amélioré leur consommation dans les écoles maternelles du fait probablement de l'aspect découverte de nouveaux fruits (le pamplemousse, la pastèque, etc.) (52). Cependant, cet effet découverte n'a pas été retrouvé chez les élèves des cycles primaires, élémentaires et secondaires qui sont plus sensibles aux animations sur le thème de fruits et légumes (52). Pour ces jeunes, un dispositif pédagogique associant

distribution et animation va de pair avec l'amélioration de leurs connaissances et de leurs perceptions de leur propre consommation alimentaire (52). Cette modification de connaissance est un facteur potentiel de changement de comportement alimentaire des jeunes exigeant un accompagnement concret de la part des cadres scolaires (enseignants, restauration scolaire, etc.) et des parents (52).

### *Angleterre*

En Angleterre, selon les tendances actuelles, 25% des enfants (2 à 10 ans) seront obèses en 2050 (36). Le département de santé du gouvernement d'Angleterre a donc retenu un programme de promotion de santé basé sur l'approche du marketing social appelé « Small Change, Big Difference » (65). Cette approche utilise la perspective individuelle et environnementale en ciblant les enfants âgés de 2 à 10 ans, leurs parents et leurs environnements (65). Le gouvernement encourageait toutes les écoles à participer au National Healthy School Program (NHSP) et même à atteindre les résultats espérés comme écoles promotrices de santé pour la fin 2009 (78). Plusieurs politiques alimentaires ont été développées, toutefois, un document guide « Food policy in schools: a strategic policy framework for governing bodies » du National Governor Council (NGC) a rapporté que l'intégration des PAS dans le plan national des gouvernements mène à des résultats plus efficaces en promotion de la santé lorsque la politique ne cible qu'une seule problématique telle que l'obésité (78). Ce document expose les étapes pour réussir les stratégies essentielles d'une PAS en Angleterre en considérant plusieurs sujets tels que: la boîte à lunch, les aliments vendus, les collations et menus santé, l'alimentation saine et équilibrée, l'approche scolaire globale, le conseil scolaire, etc. (78). Il met l'accent sur la nécessité de réviser toutes les actions déjà faites au pays dans ce domaine en les adaptant aux besoins présents et surtout en insistant sur l'importance de consulter les différents acteurs déterminants avant de procéder à l'implantation des politiques (78). Toutes les écoles participantes au National Healthy School Program (NHSP) ont montré une évolution rapide en termes de comportements alimentaires sains tel que suivre une diète équilibrée, variée et modérée (78).

### *Australie*

L'Australie est l'un des pionniers de l'activité internationale dans le domaine des politiques alimentaires et nutritionnelles (105). La politique d'alimentation et de nutrition a été élaborée en 1992 par le Ministère du Vieillessement, Famille et services sanitaires dans le but d'améliorer la santé et de réduire les maladies reliées à l'alimentation (105). Elle est basée sur les initiatives du National Better Health Program (NBHP) établit en 1985 comme le premier effort national vis-à-vis d'une meilleure santé publique en Australie et dont la nutrition est l'une des actions prioritaires (105). Cette politique alimentaire et nutritionnelle est étroitement reliée à d'autres politiques gouvernementales (industrie alimentaire, environnement durable, marketing de l'exportation alimentaire) et souligne l'importance des efforts de plusieurs acteurs du secteur public et privé (gouvernement, communauté, éducation, industrie alimentaire, écoles, agences de santé, etc.) (105). Finalement, cette politique a initié le développement de plusieurs PAS dont la plus importante est celle de « Healthy Eating School (HES) » implantée dans 98 écoles à Victoria par des diététistes/nutritionnistes spécialistes en promotion de la santé scolaire et travaillant surtout sur le curriculum, l'environnement scolaire, la communauté et la famille, la boîte à lunch, et les menus des cantines (105).

### *Canada*

Au Canada, les conclusions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2004) montrent que la majorité des enfants et des adolescents ne mangent pas le nombre des portions recommandées dans le guide alimentaire canadien « GAC » ni des aliments sains (67). Les gouvernements de partout au Canada reconnaissent l'influence considérable de l'environnement scolaire sur les habitudes alimentaires et sanitaires des enfants et adolescents (67). Ainsi, diverses PAS ont été développées et implantées dans toutes les provinces ayant chacune leurs propres caractéristiques, barrières et points forts (16,67,70,85). Particulièrement au Québec, le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (75) a établi en 2007 une politique-cadre intitulée "Pour un virage santé à l'école" pour les commissions scolaires, les écoles de niveaux préscolaire, primaire et secondaire publiques et privées, ainsi que pour les centres de

formation professionnelle et d'éducation des adultes (66,67,75). Cette politique-cadre renferme trois thèmes pour favoriser la saine alimentation et le mode de vie physiquement actif et sont: 1) environnement scolaire; 2) éducation, promotion et communication; et 3) mobilisation avec les partenaires (67,75).

Les Diététistes du Canada (DC) ont rejoint en 2008 tous les représentants travaillant à l'élaboration ou à la mise en œuvre de lignes directrices ou de PAS dans chaque province et territoire dans le but de rassembler de l'information relative à l'état, à la nature, aux éléments clés, aux obstacles et aux recommandations nécessaires pour le développement, l'implantation, l'évaluation et le suivi de ces programmes (67). Pour identifier le leadership et mettre au point la mise en œuvre des PAS, la majorité des provinces et territoires ont utilisé un processus de consultation impliquant plusieurs acteurs tels que: communauté scolaire, professionnels de la santé notamment des diététistes, universitaires, industrie alimentaire, différents ministères et gouvernements (67). Les directives et politiques recensées sont basées sur le GAC et traitent surtout les aliments vendus et/ou servis aux écoles (67). Un travail de classification et d'évaluation de ces politiques, selon les standards et critères nutritionnels, a été fait par le CSPI et démontre que beaucoup des aliments servis dans les écoles sont riches en gras (trans et saturés), sel et sucre (66). Malheureusement, tous les standards nutritionnels évalués sont inférieurs aux standards américains de 2007 (US Institute of Medicine « IOM » school nutrition standards) et les programmes nutritionnels provinciaux n'offrent pas aux élèves des stratégies visant la consommation de fruits, légumes et grains entiers comme recommandé par le GAC (66).

#### *Les politiques alimentaires scolaires (PAS) dans les pays en développement-*

Dans les pays en développement et en transition le développement de politiques alimentaires et d'activité physique sont rares surtout en milieux scolaires (11,40,54,59,87,140). Les politiques existantes dans quelques pays (Croatie, Slovénie, Bahrein, pays de l'Amérique Latine et des Caraïbes) sont influencées par celles développées dans les pays industrialisés et citées ci-dessus et par les stratégies mondiales de l'OMS et de l'UNICEF sur la santé et l'éducation (écoles promotrices de la santé, EFA) (40,54,59,88). Dans d'autres pays (Qatar, Egypte, Maroc, Tunisie, Liban,

Émirats Arabes Unies) il y a absence de PAS (11). Certains pays, comme Oman et la Jordanie ont élaboré des stratégies nationales pour renforcer la santé à l'école surtout auprès des adolescents (87). La Libye à son tour a lancé un site Web faisant la promotion du concept de l'initiative des écoles promotrices de la santé (87) et fournissant aux directeurs des écoles les informations nutritionnelles et sanitaires nécessaires (importance du petit déjeuner équilibré, consommation des fruits et légumes, etc.) (87,100). En Israël, Malte et Bulgarie il existe des politiques nutritionnelles mais elles ne sont pas spécifiques aux milieux scolaires (40,140).

À noter que toutes ces politiques alimentaires en pays développés et en développement, n'ont pas détaillé suffisamment la dimension de l'activité physique dans leurs stratégies, ni adopté un cadre théorique conceptuel dans leurs activités d'implantation et d'évaluation sauf celles des pays de l'Amérique Latine et des Caraïbes qui ce sont inspirées du modèle PRECEDE/PROCEED, de la théorie sociale cognitive et du modèle de croyance à la santé (59).

Malgré l'absence de PAS au Liban, mon pays natal, plusieurs actions ont été faites dans le domaine de la santé et de l'éducation. La situation spécifique du Liban, sera détaillée dans la section suivante.

## **2.5 La situation au Liban**

### **2.5.1 Contexte social, scolaire et sanitaire libanais**

La République Libanaise est un petit pays de 10452 Km<sup>2</sup> située au Proche-Orient. Le pays est limité nord et à l'est par la Syrie, au sud par Palestine et à l'ouest par la méditerranée (voir annexe 9). Il est composé de 8 divisions administratives appelées « Muhafazah » et sont: Beyrouth, Aakar, Liban Nord, Baalbek-Hermel, Mont-Liban, Beqaa, Liban-Sud, et Nabatiyeh (27).

La structure démographique du Liban était estimée à 4350000 habitants en 2005 avec 27.3% de la population âgée de moins de 15 ans (125). À noter que la répartition sur le territoire libanais est inégalitaire (119) avec une distribution rurale de 15% (125). En effet, la capitale urbaine Beyrouth et le Mont-Liban rural sont les deux régions

comptabilisant presque la moitié de la population (50.4%) alors que l'autre moitié vit dans les six autres Muhafazahs (27). Cette répartition résulte surtout de la distribution géographique des 22 groupes confessionnels dont 17 sont officiels et coexistent spécifiquement dans la capitale et le Mont Liban (69). En effet, 60% de la population libanaise sont des musulmans et 40% sont des chrétiens et c'est le seul pays multiconfessionnel dans la région (68,69). Compte tenu de l'étroitesse du territoire libanais et son urbanisation grandissante, l'impact des mouvements spatiaux de population sur la nouvelle organisation régionale qu'elle dessine est remarquable (27). Ce mouvement comporte une périurbanisation et une densification rurale sous la forme d'un mixage des espaces naturels et agricoles. Ainsi, le paysage et le mode de vie urbain de la capitale Beyrouth tend même à se développer dans quelques régions du Mont Liban (27).

Depuis longtemps les communautés religieuses au Liban jouent le rôle d'intermédiaire entre les citoyens et l'état (49). Ainsi, chaque communauté a essayé d'avoir le pouvoir, l'autorité et la force au dépend des autres communautés (49). Au fil des années, l'équilibre et la force étaient différemment partagés entre ces diverses communautés religieuses suivant l'importance sociopolitique et économique qu'avait chacune d'elle à une certaine époque au pays (49,68)

Le Liban est une mosaïque ethnique, culturelle et religieuse, c'est la seule région de grande complexité au Proche-Orient qui abrite encore de nos jours autant de communautés et de nationalités (Kurdes, Coptes, Palestiniens, Iraquiens, Syriens, etc.). Cette mosaïque est évidemment source de tensions et explique certains mécanismes de crispation politique (68). En conséquent, le Liban a vécu plusieurs guerres et conflits récurrents conduisant à une instabilité politique et économique (69,97), à une dépendance aux projets financés par les bailleurs et organisations mondiales (69,125) et à des faiblesses institutionnelles, politiques et de programmes en matière d'agriculture et alimentation (95,97). Cette situation politique instable est une cause sous-jacente de la pauvreté, de la malnutrition et l'insécurité alimentaire surtout parmi les groupes défavorisés et dans les régions rurales (95,97). Également, l'instabilité est reliée à la

lenteur générale du développement économique du pays (97,125). A cet effet, la physionomie du Liban a changé et les écarts de revenus sont très sensibles dans ce pays (68). Des richesses colossales se sont constituées à la faveur de l'ouverture économique dans les années 90 et le décalage s'accroît entre les différentes catégories sociales (68).

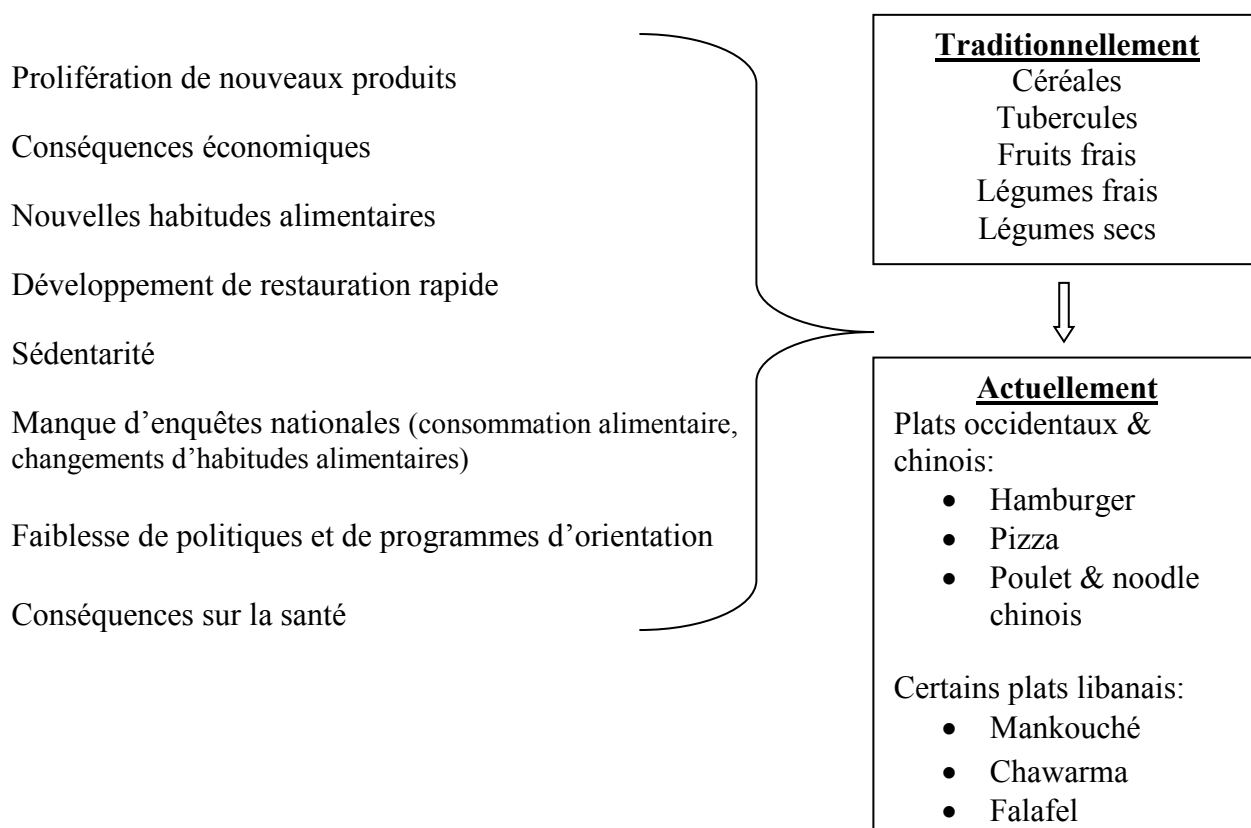
Actuellement, il existe une trilinguisme où l'arabe est la langue maternelle, le français est la langue de culture alors que l'anglais est la langue fonctionnelle pour la communication internationale (69). Ce climat culturel, multilingue et diversifié présente le Liban comme un espace politique, culturel libre et ouvert à l'extérieur et au commerce international (7,8,9,68,69,95). L'impact de la globalisation est fort et rapide sur le mode de vie, les formes de quotidienneté et les milieux urbains (7,9,30). Cet impact est décroissant sur l'État, l'économie et la politique, et faible sur les valeurs et les croyances (7,9,30). Ainsi, le Liban oscille entre la société traditionnelle triptyque (famille, communauté confessionnelle « groupe social/religion », et région) et la société actuelle fortement influencée par la modernité surtout sur les styles de vie dans les espaces urbains (30). Pour cela, il agit comme un hybride reproducteur (9,30) se basant sur l'approche « Think Global, Act Local » (8).

Recevoir est tout un art au Liban et une de ses richesses est sa cuisine extrêmement variée et raffinée mais nécessitant des heures de préparation (68). Aujourd'hui les femmes travaillant, il devient plus compliqué pour elles d'assurer cette vie sociale qui fait pourtant partie des traditions de ces pays (68). Ainsi, par convenance et manque du temps il en résulte une décroissance des compétences culinaires surtout traditionnelles et des changements alimentaires (68).

L'accélération rapide des changements alimentaires (disponibilité, diversité et accessibilité) et du mode de vie accompagnant la globalisation du marché a un impact direct sur la santé des libanais (7,9,49,68). Au cours du XXème siècle, *le comportement alimentaire* du consommateur libanais a changé surtout avec la prolifération des franchises et produits internationaux (McDonald's, Kellogg, Pepsi, etc.) dans le marché libanais (7,8), par une communication globale et intensive ciblant les jeunes (7,8,9) et avec le nouveau système lucratif de production et de distribution (7,9). Ainsi,



l'alimentation traditionnelle libanaise basée sur les céréales, tubercules, fruits/légumes frais et légumes secs (7,9) est de plus en plus menacée par la restauration rapide occidentale et chinoise (hamburger, pizza, poulet/noodle chinois) et par la restauration rapide libanaise (mankouché, chawarma et falafel) (9). La situation nutritionnelle au Liban est resumée ici bas:



Malgré ces constats, il y a un manque de données scientifiques et de statistiques officielles permettant de comprendre les facteurs socioculturels associés au mode de vie, aux loisirs et aux habitudes alimentaires des Libanais, notamment les jeunes (29,102). Le *sport*, particulièrement le football, est l'activité favorable pour les jeunes garçons libanais qui squattent tous les terrains publics destinés ou appropriés à ce type du sport (68). Pourtant, la *télévision* occupe une place omniprésente et les jeunes passent un temps énorme devant l'écran surtout depuis l'arrivée des chaînes satellitaires qui offrent une diversité de programmes (8,30,68). L'arrivée des *cybercafés* au Liban a aussi apporté une extraordinaire opportunité de socialisation et de liberté aux jeunes (68). La grande majorité n'a pas les moyens de disposer du matériel personnel et ces endroits sont des lieux de rencontres et de discussions très fréquentés surtout par les garçons (68).

Il est évident que les différents facteurs ayant contribué au changement de mode de vie et des modalités de socialisation au Liban sont: exposition intensive aux émissions télévisées américaines et européennes (7,8,9,30), émigration des Libanais (Europe, Amérique du Nord et du Sud) et transfert de leurs habitudes de vie acquises à l'étranger à leur cercle de parents et d'amis (9), affaiblissement de la cellule familiale (9,30,68), émergence de leaders d'opinion orientés vers la restauration rapide (8,9), globalisation et évolution rapide des normes sociales (9,30), et efforts des multinationales considérant le marché libanais comme réceptif et perméable à l'innovation (9).

Actuellement, le Liban est dans une situation de transition épidémiologique avec l'émergence de maladies chroniques (102,125) surtout le surpoids et l'obésité (7,29,61,102). Il a été classé par le bureau régional de l'OMS (EMRO) dans la deuxième catégorie dont les pays ont des niveaux modérés d'obésité/embonpoint et de malnutrition à l'exception de quelques groupes vulnérables souffrant de déficiences nutritionnelles (29). Cette classification a été basée sur des indicateurs de santé, indicateurs nutritionnels et des facteurs de risque dans les pays de la région méditerranéenne (29). Quelques études menées sur les enfants (61), les adolescents (29), et les adultes (102) ont démontré que la prévalence de l'obésité est de plus en plus élevée. En 2002, parmi 252 enfants de 6 à 8 ans de Beyrouth, 31% des garçons et 20% des filles furent classés en embonpoint et 14% des garçons et 7% des filles furent classés obèses (61). Cette prévalence infantile s'accompagnait avec la présence d'embonpoint et de surpoids familial (61). Une étude menée en 2006 auprès de 12299 adolescents (10 à 18 ans) fréquentant des écoles privées au Liban a révélé une prévalence élevée de l'obésité (7.5%) et de l'embonpoint (24.4%) (29). Ces résultats sont moins élevés que ceux rapportés pour les jeunes américains (6 à 17 ans) avec une prévalence d'obésité de 10.9% et d'embonpoint de 22% (29). Au Liban, les garçons adolescents sont 2.5 fois plus obèses (10.1%) et presque 1.5 fois plus en surpoids (28.8%) que les filles (4.2 % et 19 % respectivement) (138). Pour l'adulte, l'étude en 2003 démontre que 53% sont en surpoids et 17% sont obèses (102). Ces prévalences sont légèrement inférieures à celles rapportées pour les adultes aux États Unis avec un taux d'embonpoint de 54.5% et

d'obésité de 22.5% (102). Ces études auprès de toutes les tranches d'âge décèlent une prévalence (obésité/ embonpoint) variée selon les régions du pays et est plus élevée chez les garçons que chez les filles, chez les moins actifs, chez les moins éduqués et dans les familles à faible revenu (29,61,102). Pour la classe socioéconomique élevée, les mauvaises habitudes alimentaires sont aussi présentes et facilitées par l'accessibilité et la disponibilité des aliments faibles en nutriments (29). D'autre part, ces enfants mènent une vie sédentaire en passant des heures en face de l'écran (jeux vidéo, ordinateur, télévision, etc.) (29). De plus, les enfants de cette classe sociale mangent davantage dans les restaurants rapides et moins de plats méditerranéens traditionnels riches en céréales, fruits et légumes que les enfants de classes moins élevées (29). En général, l'état de santé des élèves dans les écoles libanaises n'est pas tellement connu (29,102) compte tenu de l'absence d'enquêtes nationales sur la consommation alimentaire, de la rapidité des changements d'habitudes alimentaires et, de la faiblesse des politiques et de programmes actuels (10,97,102).

Le Liban a un système scolaire public et privé (69). La majorité des élèves sont inscrits dans les écoles privées dans lesquelles l'environnement physique et la qualité de formation sont généralement supérieurs, et la clientèle est de niveau socioéconomique plus élevé (27). Pourtant, le statut socioéconomique des élèves fréquentant les écoles libanaises privées n'est pas similaire, il oscille entre moyen à très élevé (27). Particulièrement, les structures physiques des écoles publiques sont des propriétés du gouvernement, concédées par les organisations civiques, ou louées surtout à Beyrouth et au Mont Liban (62). Les contrats de location ayant une restriction de changement des structures louées inhibent l'amélioration des environnements physiques des écoles publiques dont la majorité sont des bâtiments résidentiels convertis en écoles (62). Ainsi, il y a manque de salles de gymnastique, de terrains sportifs et d'espaces verts dans la plupart des écoles publiques libanaises (62). La distribution des élèves sur tous les niveaux (primaire, intermédiaire, secondaire) dans les écoles publiques dépasse la normale reflétant une situation encombrante dans ces écoles surpeuplées due soit à l'insuffisance des écoles publiques, soit à une distribution inefficace des élèves sur les écoles de la région (62).

Dans toutes les écoles, il y a une liberté de la langue d'enseignement mais il est obligatoire d'enseigner deux langues étrangères: le français et l'anglais (69). Le nombre d'heures d'éducation physique n'est pas uniforme dans le curriculum scolaire de toutes les écoles libanaises (102). D'ailleurs, il y a un manque de parcs, de terrains sportifs publics et de lignes sécurisées pour les bicyclettes ou la marche (62,102). Donc, les activités sportives intra et extra scolaires, et les loisirs actifs ne sont pas accessibles à un vaste segment de la population jeune (102).

L'itinéraire de formation au Liban (illustré dans l'annexe1) était constitué en 2007 de 3251 établissements scolaires (pré-primaires, primaires, complémentaires, secondaires) comptant 1071608 élèves, de 439 établissements d'enseignement technique comptant 99731 élèves, et de 8 instituts d'enseignement supérieurs dont 1 public (69745 étudiants) et 37 privés (87403 étudiants) (27). La répartition la plus importante de ces établissements scolaires privés et publics se trouve dans la capitale Beyrouth et le Mont Liban (27,115).

Globalement, le Liban jouit de bons indicateurs en éducation (102,112) et en santé (espérance de vie = 71.3 ans, dépense gouvernementale sur la santé = 8.4% des dépenses gouvernementales, etc.) malgré ses problèmes économiques et politiques, et ses politiques environnementales limitées (125). Le système de santé est très coûteux mais riche en professionnels de la santé de haut calibre dans toutes les catégories (125). Le secteur privé est responsable de plus de 90% des services de santé et génère la majorité des informations et données en matière de santé à travers les universités privées qui communiquent occasionnellement leurs résultats au Ministère de la santé (125). Il existe une forte volonté de la part de plusieurs partenaires externes et internationaux (OMS, agences UN, FAO, Banque Mondiale) pour supporter et renforcer financièrement la santé au Liban mais les mécanismes de coordination ne sont pas assez efficaces compte tenu du manque de partenariat national entre les secteurs privé et public (95,125). Tenant compte des problèmes économiques et des conflits politiques, la pratique de la promotion de la santé au Liban n'est pas une priorité du gouvernement ni

du public et nécessite ainsi son intégration dans toute la société (école, chercheurs, politiciens, etc.) (95).

### **2.5.2 Programmes et actions de santé et d'éducation**

Plusieurs actions passées et présentes traitant de la santé, l'éducation et l'alimentation ont été menées au Liban surtout par les départements de santé publique (4,13) et de nutrition (5) des universités privées telles que l'American University of Beirut (AUB) et le Balamand University. Certaines ont été financées et/ou supportées par les organisations mondiales (UNESCO, l'OMS, etc.) (4,5,6,13,34,115,122,129). Ces actions sont revues ici bas.

**2.5.2.1 Programme *Education For All (EFA) au Liban (1990)*:** Ce programme visant essentiellement les enfants fut mis en place en 1990 répondant à l'un des buts des MDGs (118). En 2000, le rapport de l'UNESCO (115) sur le Liban montrant une amélioration des standards et indicateurs de l'éducation (112,115) mais révèle un écart, dans la qualité de l'enseignement, les qualifications des enseignants et les niveaux d'acquisitions des compétences de vie surtout en santé, entre les régions du pays et les secteurs privés et publics (115). Toutefois en 2009 le Liban a atteint presque tous les buts de l'EFA, entre autre la diminution de la mortalité infantile, l'éducation et la nutrition pour tous particulièrement dans les cycles primaires et sans disparité entre les sexes, etc.) (116). Selon une mesure utilisée pour évaluer les degrés d'atteinte des buts de l'EFA, le Liban est classé dans la position intermédiaire parmi les 20 pays arabes de la région (121).

**2.5.2.2 Programme *School Health program (1997)*:** C'est un programme de collaboration entre le Ministère de la santé, le Ministère de l'éducation et l'OMS (129). Il a été implanté dans les écoles publiques libanaises et il l'est toujours (129). Les trois composantes de ce programme sont : la composante médicale (santé dentaire et physique, vaccination), l'éducation sanitaire (introduction du « health e-learning » dans les écoles pour améliorer les connaissances en matière de santé), et la santé et sécurité environnementale à l'école (129). En 2007, le projet "health e-learning" a été introduit

dans les écoles comme un projet pilote dont l'un des modules est le "Staying fit" traitant de l'alimentation et de l'activité physique (57). En 2008-2009, un total de 58 écoles a participé à ce projet: 38 écoles publiques, 8 écoles privées et 12 écoles de l'United Nations and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA) avec 2955 élèves âgés entre 12 et 14 ans dont la moitié provenait des écoles publiques (57). L'évaluation des résultats de ce projet, en 2009, montre que la "*connaissance*" des jeunes est préalablement élevée mais s'améliore davantage dans les écoles publiques et de l'UNRWA, auprès des garçons et des élèves les plus jeunes (12 ans) tandis que le changement des "*attitudes et comportements*" est limité (57). La plupart des jeunes sont en faveur du module "staying fit" et le trouve simple et efficace pour améliorer leurs connaissances.

Cependant, l'évaluation des enseignants de ce module révèle que le module manque de clarté dans ses informations et dans la formulation des questions d'évaluation ce qui demande des efforts supplémentaires d'enseignement auprès des jeunes (57). Les barrières logistiques à cette éducation sanitaire mentionnées par les enseignants et les surveillants sont reliées à l'indisponibilité des ordinateurs et DVDs, à l'absence d'électricité, au manque de temps consacré aux sessions e-learning et parfois à l'ambiguïté du langage utilisé (57). Relativement à ces résultats, les enseignants et les surveillants ont avancé des recommandations nécessaires pour l'implantation du health e-learning telles que: 1) intégrer le module "Staying fit" dans le programme académique dès l'âge de l'enfance; 2) impliquer les élèves dans l'organisation et l'implantation du projet e-learning; 3) organiser des sessions et activités supplémentaires pour supporter le processus d'éducation; 4) équiper les écoles avec le matériel technique nécessaire; 5) combiner l'outil e-learning avec la communication verbale interactive (méthode "peer to peer", focus group, éducation des compétences de vie, etc.); 6) considérer l'inclusion d'un nombre plus élevé d'écoles privées; 7) intensifier les efforts et mobiliser les ressources dans les écoles publiques et de l'UNRWA nécessitant des méthodes avancées en éducation à la santé; et 8) créer des opportunités pour les jeunes de pratiquer les connaissances apprises (57).

**2.5.2.3 Utilisation du *Global School-based Student Health Survey (GSHS-2005)*:** Une étude fut menée par les ministères de l'éducation et de la santé, l'OMS et le CDC auprès des élèves de 13 à 15 ans (n= 5115) dans 100 écoles publiques et privées de toutes les régions du Liban (2). Le but de cette étude était d'implanter le GSHS soit le projet de surveillance de la santé et des comportements des élèves (2,28,133). Les résultats obtenus sur la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité, et sur les habitudes alimentaires des élèves ont démontré que le taux d'obésité est de 5% (garçons 6.8%, filles 3%) et celui de l'embonpoint est de 23.3% (garçons 30.4%, filles 15.3%) (2). Les bonnes habitudes alimentaires (consommation des fruits/légumes, produits laitiers, céréales et prise du petit déjeuner) sont plus élevées chez les garçons que chez les filles mais diminuent avec l'âge (2). Les garçons consomment et commandent davantage de plats de restauration rapide et de boissons gazeuses que les filles (2). La consommation des fruits et légumes est plus élevée chez les élèves dans les écoles publiques que dans les écoles privées (2). Vingt et un pourcent des élèves apportent leur repas du midi à l'école et ce sont surtout ceux des écoles privées (2). Certains jeunes sont dépourvus de l'attention et de la protection parentale. Par exemple, 4/10 des élèves ont rapporté que leurs parents ne contrôlent pas leurs devoirs, rarement les comprennent ou connaissent leurs passe-temps (2).

Appuyé sur ces résultats, le GSHS a fourni des recommandations nécessaires pour l'amélioration des programmes et politiques sanitaires au Liban en affirmant le rôle central des écoles dans la promotion des comportements, attitudes et habitudes sanitaires en collaborant avec les ministères (éducation, santé, environnement, et affaires), les parents, les enseignants, les élèves, les secteurs privé et public, et les organisations nationales et internationales (OMS, UNICEF, ONGs, etc.) (2). De plus, l'évaluation menée dans le cadre du GSHS a soulevé la nécessité de réévaluer et reformuler le curriculum de santé intégré aux écoles et sur le besoin de support pour les transformer en écoles promotrices de santé (2).

**2.5.2.4 Résultats du Cadre FRESH dans le contexte du Liban (2006):** Un rapport régional (63) sur l'état d'implantation des programmes d'éducation sanitaire (FRESH) dans les écoles de plusieurs pays de la région MENA (Liban, Bahrain, Maroc,

Syrie, Égypt, Palestine, Jordan, Soudan, Qatar, Tunisie) a révélé des barrières communes et/ou spécifiques à leur implantation dans chaque pays. Ainsi, les barrières trouvées au Liban se résument par: faiblesse de mobilisation des administrations scolaires (peu d'intérêt, de priorité et de temps donnés au sujet de la santé), manque de matériel en éducation de la santé, contraintes financières, indisponibilité de sources d'information sanitaire, et manque de professionnels formés (63). Ce rapport a généré des recommandations générales pour réussir les programmes sanitaires scolaires et sont: fournir un support politique aux ministères de l'éducation par l'UNESCO et autres agences des Nations Unies, introduire un curriculum de bonnes habitudes de vie dans les écoles, offrir des ateliers de formations par l'UNESCO à un groupe d'enseignants qui à son tour formera d'autres groupes et finalement produire du matériel d'éducation en santé adapté aux normes culturelles et supportant le curriculum des bonnes habitudes de vie (63).

**2.5.2.5 Autres rapports et suivi de 2005 à 2008):** Suite aux résultats du GSHS plusieurs formations (51), activités (13,122) et rapports de promotion de santé scolaire (4,13,33,51,122) ont été faits auprès des enfants/adolescents, des parents, du cadre scolaire et des responsables des services alimentaires et/ou de vente dans les écoles et à leur proximité. Ces actions ont été réalisées par des universités privées (AUB et Balamand) représentantes du Ministère de l'éducation et/ou le Ministère de la santé, et supportées par l'OMS et l'UNICEF (4, 13). L'évaluation des différentes modalités et stratégies utilisées dans les écoles publiques (ateliers de formation, conférences, réunions, clubs et forum santé, matériels médiatiques « journaux, brochures, magazines, manuels, guides, etc. ») a démontré d'une part, une augmentation des connaissances des jeunes mais pas suffisamment au niveau des pratiques en matière de santé, et d'autre part un besoin d'environnements de soutien pour maintenir et renforcer les changements positifs des comportements (13,122). Rarement, on agissait dans les écoles privées.

En 2008, deux ateliers ont été donnés dans le cadre de l'initiative FRESH par Health Education Resource Unit (HERU) de l'AUB en collaboration avec l'UNESCO à un groupe régional de personnes responsables des activités de formation en promotion de santé dans le milieu scolaire (51). Le rapport final de ces deux ateliers a fait ressortir



trois barrières à l'introduction de nouveaux programmes de santé scolaire à trois différents niveaux et sont: niveau personnel (manque de temps, de matériel et de capacité, besoin de bonnes techniques de communication envers les adolescents, etc.), niveau communautaire (parents et/ou écoles résistants, réaction de la société, religion et société civile, etc.), et niveau politique (manque d'intérêt ou absence de politiques) (51).

#### **2.5.2.6 Stratégie de santé scolaire (SSS)**

*En juin 2009, le Liban a proposé dans le cadre d'un plan national un projet de **Stratégies de santé scolaire au Liban (SSS)**.* Ce plan national s'inspire d'un rapport préliminaire préparé en 2006 par le comité de la santé scolaire du ministère de l'éducation dans le but de mettre en action un programme de santé scolaire auprès de tous les acteurs déterminants (parents, élèves, écoles et cadre scolaire, professionnels de santé, gouvernement, secteurs privé et public, organisations mondiales, etc.) (34). C'est le fruit d'une collaboration entre l'OMS, le Ministère de santé (MS), le Ministère de l'éducation (ME) et le comité national de santé scolaire (34).

Le but de ce projet est l'amélioration de l'état de santé des étudiants, du cadre scolaire et de la communauté dans le pays. Il propose un cadre de référence adapté au contexte de chaque école pour agir sur tous les cycles d'enseignement dans les écoles publiques et souhaite une coordination technique et logistique avec les écoles privées (34). Les cinq principaux objectifs à atteindre auprès de la population cible (enfants/adolescents, parents et environnement, cadre et environnement scolaire) sont: améliorer le niveau de connaissance en matière environnementale et de santé, améliorer l'état de santé des enfants et du personnel éducatif, favoriser un environnement sain, encourager la collaboration entre les écoles et les professionnels de santé, et finalement inciter les parents à participer à cette opération éducative et à enrichir leur connaissance en santé (34).

Les composantes principales de ce projet (34) sont basées sur le cadre FRESH (114) mais adaptées au contexte libanais et comprennent:

- l'infrastructure scolaire saine,

- l'environnement scolaire psychosocial sain,
- les services de soins infirmiers et soins dentaires,
- l'éducation sanitaire aux enfants,
- une sensibilisation de l'environnement scolaire à la santé (hygiène, prévention de maladies, mode de vie sain) incluant l'alimentation, la nutrition et l'activité physique,
- la promotion de la santé auprès du personnel éducatif,
- la communication et la collaboration entre écoles, parents et environnement
- l'organisation du système sanitaire des écoles au niveau local, régional et national (34).

Plusieurs activités ont été prévues pour réussir cette stratégie de santé scolaire telles que: conférences aux élèves et aux parents, ateliers de formation pour le cadre scolaire, révision du curriculum en matière de santé, implication des clubs sanitaires, sportifs et environnementaux, collaboration avec les associations humanitaires et civiles, participation des parents, etc. (34). Ces actions seront analysées, suivies et évaluées selon un plan de travail bien précis et en utilisant plusieurs instruments (questionnaires sur les services, la santé, l'environnement scolaire, dossier médical des élèves) aux différents niveaux (local, régional, national) pour assurer la bonne direction et la pérennité du programme (34).

Récemment, la représentante du Ministère de l'éducation dans ce plan national SSS a affirmé, suite à une communication personnelle téléphonique avec le chercheur principal de cette thèse, que le Ministère de l'éducation en collaboration avec l'Université Balamand et le support du CDC aux Etats-Unis a commencé à former graduellement les éducateurs de santé dans des écoles primaires et secondaires publiques à travers des ateliers sur les facteurs de risque reliés à la nutrition et à la violence. Ces ateliers doivent d'une part, favoriser les habiletés des éducateurs à communiquer aux élèves en matière de santé et de nutrition et d'autre part, soutenir les éducateurs dans l'implantation d'un système de surveillance des facteurs de risque.

### 3. Problématique

En général, le développement de politiques alimentaires scolaires soulève d'emblée la question suivante : « à qui incombe la responsabilité de l'encadrement des stratégies alimentaires et de l'activité physique dans le milieu scolaire ? » La littérature relative à cette question au moment de l'implantation de politiques révèle la responsabilité partagée entre l'école, la famille, la communauté environnante et le contexte social (37,64,103,124). Mais dans le contexte actuel du projet de plan national intitulé « **Stratégies de santé scolaire au Liban (SSS)** » où les stratégies et leur déploiement sont encore à être définis, comment seront perçus les objectifs de ce projet, le partage des responsabilités associées et la pertinence de l'intervention à venir ?

Dans le cas du Liban, il y a absence d'actions nationales dans ce domaine politique sanitaire. Le plan national lancé en juin 2009 (34) fut le premier à soulever l'importance de faire du milieu scolaire un milieu environnemental pour la promotion de la santé et le développement de stratégies et politiques sanitaires et alimentaires.

Cette initiative est cohérente compte tenu des résultats des études et programmes antérieurs lesquels ont révélé la croissance de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité au Liban suite au changement de mode de vie et des habitudes alimentaires des Libanais (2,7,8,9,29,30,61,102,115). En analysant les résultats obtenus antérieurement, on remarque que les garçons adolescents surtout dans les écoles privées ont de mauvaises habitudes alimentaires comparativement à celles des adolescents des écoles publiques et, de plus, comparativement aux filles de leur âge et aux plus jeunes enfants (2,29,61). Les activités visant à encourager la promotion de la santé dans le milieu scolaire sont dirigées par le secteur privé (universités privées: AUB, Balamand) et supportées par le gouvernement (Ministère de la santé et de l'éducation) et l'OMS ou l'UNICEF (4,5,13,33,51,122).

Au Liban, la tradition de recherche scientifique en nutrition est issue des universités privées (4,5,13) alors que le Ministère de la santé est impliqué davantage dans d'autres problèmes de santé publique tels que la vaccination, le tabagisme, etc. À notre connaissance, rares sont les études menées pour comparer les habitudes

alimentaires des jeunes entre le milieu rural et urbain libanais et entre les jeunes fréquentant des écoles de ces deux milieux en particulier.

En 2009, un projet de partenariat entre l'AUB et l'Université d'Ottawa et financé par l'International Development Research Center du Canada fut amorcé pour une durée de 3 ans sur l'alimentation et la santé dans la région rurale libanaise (6). Le but de ce projet est d'améliorer d'une part, la diversité et la sécurité alimentaire et d'autre part, la santé des communautés les plus vulnérables (malnutrition et maladies chroniques des enfants, des femmes et des pauvres) (6).

Il semble que le Liban vive une transition sociale et nutritionnelle suite à l'impact de la globalisation et de la médiatisation surtout dans les deux régions les plus multiconfessionnelles et peuplées (la capitale Beyrouth et le Mont Liban). Si divers programmes et activités de promotion de la santé ont été développés pour améliorer la qualité de vie des Libanais et favoriser une alimentation saine et des environnements actifs, rarement on s'est attardé à étudier les perceptions des différents segments libanais (public, gouvernement, industrie alimentaire, médias, professionnels de santé, etc.) vis-à-vis de la définition de la saine alimentation et d'un mode de vie actif d'une part, et de leurs rôles indépendants et/ou partagés d'autre part.

Dans ce projet de thèse, la question de la perception des objectifs visés par la Stratégie de Santé Scolaire (SSS) au Liban, de la distribution des responsabilités et de la pertinence générale de cette initiative à venir sera abordée et ce d'une façon originale en l'investiguant auprès de divers responsables potentiels (enfants/adolescents, famille, cadres scolaires, gouvernement, professionnels de la santé, anthropologues, sociologues, médias, industrie alimentaire, etc.) à une étape précédente à l'implantation de la SSS. La perception des objectifs, la distribution des responsabilités et la perception générale de la pertinence de la SSS sont autant d'éléments susceptibles de faciliter ou de freiner ce projet.

Ainsi, concernant la Stratégie de Santé Scolaire (SSS) au Liban visant entre autre à promouvoir la saine alimentation et l'activité physique auprès des enfants et des adolescents libanais, la question de recherche sera « **Quelles sont les perceptions rapportées par différents acteurs des variables individuelles, sociétales et**

**organisationnelles susceptibles de faciliter ou freiner l'implantation éventuelle de la *Stratégie de Santé Scolaire (SSS)* en milieu scolaire privé et public ainsi qu'en milieu scolaire de région urbaine ou rurale? ».**

## **4. Conceptualisation du problème de recherche**

### **4.1 Objectifs de la recherche**

L'objectif général de ce projet est d'identifier les facteurs facilitants et les barrières au déploiement de la Stratégie de Santé Scolaire (SSS) au Liban en étudiant auprès d'acteurs libanais leurs perceptions des objectifs généraux de la SSS, de la distribution éventuelle des responsabilités et leurs perceptions générales de la pertinence de ce projet compte tenu des habitudes de vie des Libanais.

Trois hypothèses générales sont formulées et les objectifs spécifiques suivants regroupés sous trois catégories de variables.

#### Objectifs associés à des caractéristiques individuelles

**Hypothèse 1: Des efforts de sensibilisation seront nécessaires pour éveiller l'attention des jeunes libanais aux facteurs de risque associés à leurs habitudes de vie compte tenu du peu de programmes actuels en santé publique.**

Objectif 1 : Explorer auprès de divers acteurs, comment leur perception de facteurs de risques associés aux habitudes de vie des jeunes libanais (alimentation et activité physique) permet d'appuyer la pertinence de la SSS.

Objectif 2 : Explorer auprès de divers acteurs quels seront les motivations et bénéfices personnels à considérer dans la communication de la SSS.

Objectif 3 : Analyser comment la perception de ces variables individuelles diffèrent selon le profil sociodémographique (âge, rural, urbain) des jeunes éventuellement visés par la SSS.

Objectif 4 : Analyser comment la perception de ces variables individuelles diffère selon le contexte des écoles (privé, public) éventuellement visées par la SSS.

#### Objectifs associés à des caractéristiques sociétales

**Hypothèse 2: Les courants actuels internationaux en santé scolaire auront rejoint la culture libanaise réceptive au changement et le tout suggère un endossement des objectifs généraux visés par la SSS.**

Objectif 5 : Explorer auprès de différents acteurs quelle sera la perception de la société libanaise à l'égard des objectifs généraux de la SSS.

Objectif 6 : Analyser comment les perceptions sociétales exprimées à l'égard des objectifs généraux du projet diffèrent selon le contexte sociodémographique (âge, rural, urbain) des jeunes éventuellement visés par la SSS.

Objectif 7 : Analyser comment les perceptions sociétales exprimées à l'égard des objectifs généraux du projet diffère selon le contexte des écoles (privé, public) éventuellement visées par la SSS.

#### Objectifs associés à des caractéristiques organisationnelles

**Hypothèse 3: Le manque de collaboration entre le secteur privé et le secteur public sera l'une des principales barrières à l'atteinte des objectifs visés par la SSS.**

Objectif 8 : Identifier les enjeux aux partenariats souhaitables entre les secteurs privés (universités, industrie alimentaire, LDA) et publics (ministères de la santé et de l'éducation) à envisager dans un projet à venir de santé scolaire au Liban « SSS ».

Objectif 9 : Examiner les perceptions des acteurs libanais à l'égard des responsabilités relatives de l'État, de l'école et des familles vis-à-vis du projet de la SSS visant la saine alimentation et l'activité physique des jeunes.

Objectif 10 : Analyser comment les enjeux et responsabilités exprimés diffèrent selon le contexte sociodémographique (âge, rural, urbain) des jeunes éventuellement visés par la SSS.

Objectif 11 : Analyser comment les enjeux et responsabilités exprimées diffèrent selon le contexte des écoles (privé, public) éventuellement visées par la SSS.

#### **4.2 Modèle conceptuel**

Les politiques alimentaires peuvent être théorisées selon différentes perspectives, par exemple: individuel/social, physiologique/psychologique, économique/culturel, long/court terme, etc. (65). À la lumière de nos connaissances, il n'existe pas de modèle permettant d'étudier systématiquement les perceptions des acteurs en pré-implantation des politiques. Cependant, Renaud et al. proposent de retenir plusieurs variables explicatives issues de différents modèles et théories (environnemental, organisationnel, communautaire et marketing) pour l'étude sur l'institutionnalisation des programmes communautaires de promotion de la santé (94). Ce modèle de Renaud et al. (94) et d'autres modèles et théories visant un changement de comportement en santé (21,39,47) ont été révisés afin de mettre en relief des variables pertinentes (diffusion de l'innovation, climat organisationnel, motivation, mobilisation, attitude, bénéfices perçus, etc.) et ainsi proposer un modèle adapté à la problématique de notre étude.

En bref, dans ce projet de recherche un cadre conceptuel intégrateur est proposé dans le but de retenir plusieurs variables permettant d'aborder différentes perceptions des acteurs vis-à-vis de l'éventuelle implantation d'une SSS.

L'approche du marketing social est d'ailleurs inspirante pour étudier ces perceptions (42,65), pour promouvoir le mode de vie sain et pour communiquer des messages résultant des recherches, des politiques et des travaux de surveillance (98). Le marketing social est défini comme étant une application systématique des techniques et concepts du marketing pour atteindre des comportements spécifiques nécessaires pour le bien social (73) L'application du marketing social est bien connue dans les domaines de la santé auprès des populations vulnérables avec des problèmes socio-sanitaires et dans les pays en développement (39,84). Le maintien de la perspective écologique (individus, environnements, etc.) et la segmentation des populations (jeunes, adultes, personnel scolaire, etc.) pour étudier leurs perceptions à l'égard d'une éventuelle politique de promotion de santé nutritionnelle scolaire sont les deux concepts retenus du marketing social dans ce projet de recherche (47).

Une revue de la littérature sur des théories et modèles utilisés dans une approche de marketing social (39,47) et englobant les variables influentes décrites par Renaud et al, (94) sur l'institutionnalisation des programmes communautaires de promotion de la santé nous a conduits à choisir 5 théories et 2 modèles. Plusieurs théories et modèles sont donc valables pour guider la planification et l'évaluation des programmes basés sur le marketing social et pour aborder la problématique à différents niveaux d'action (individuel, organisationnel, interpersonnel/communautaire) (47) soit

- Theory of Trying « TT »\*
- Rossister-Percy Motivational Model « RPMM »\*
- Health Belief Model « HBM »\*
- Protection Motivation Theory « PMT »\*
- Diffusion Theory « DT »\*
- Theories of Organizational Change « TOC »\*
- Communication Theory « CT »\*

---

\* Les noms des modèles et théories sont en anglais pour ne pas perdre le sens.



Chacun de ces modèles ou théories traite certaines variables influentes sur le comportement humain mais ils se complètent pour fournir un cadre pertinent englobant les différentes catégories de variables (individuelles, communautaires et organisationnelles) nécessaires à la planification de stratégies de promotion de la santé (21,39,47). Le cadre conceptuel proposé est donc non seulement dérivé de ces modèles, mais supporté par des écrits sur l'importance d'étudier certaines variables telles que l'intention, les bénéfices/barrières perçues, la mobilisation et l'implication des acteurs, la motivation surtout vis-à-vis d'un programme innovateur éventuel, la diffusion de l'innovation par diverses modalités de communication, la collaboration et le partenariat inter et intra organisationnels, etc. (16,25,38,70,94,106).

Ainsi, la Theory of Trying qui est directement appliquée aux sujets de promotion de la santé et du marketing social fut indispensable pour étudier l'« *intention* » de la communauté d'adopter un nouveau comportement sanitaire conforme ou pas aux normes sociales préexistantes (47). Quant au Rossister-Percy Motivational Model, c'est un modèle pertinent pour l'identification du type des « *motivations* » (positives ou négatives) des individus ciblés déterminant respectivement leurs niveaux d'« *implication* » (élevé ou faible) dans des programmes éventuels (47).

Le Health Belief Model (47) est l'un des premiers modèles en éducation sanitaire permettant d'étudier les variables de « *perception des bénéfices et/ou barrières* » d'un programme de promotion de santé. Etant donné que la SSS est un nouveau programme à communiquer au Liban, la Protection Motivation Theory peut supporter le Health Belief Model en étudiant les bénéfices et/ou barrières perçues spécifiquement vis-à-vis d'un nouveau programme à adopter en tenant compte des menaces socio-psychologiques qui peuvent en surgir.

Pour ce qui est du caractère innovateur des programmes de promotion de santé et de leur compatibilité avec le système social et organisationnel, la Diffusion Theory et les Theories of Organizational Change permettent d'étudier les caractéristiques facilitant ou inhibant l'adoption et la diffusion de l'« *innovation* » (39,47). Particulièrement, les Theories of Organizational Change permettent de guider le processus de développement des programmes de promotion de la santé au sein d'une organisation en mettant

l'emphase sur l'importance de la « *collaboration* », du « *partenariat* » et des *alliances efficaces* » inter et intra organisationnels (47).

Finalement, la Communication Theory permet d'étudier l'interaction des messages communiqués (communication interpersonnelle ou médiatique) et les attitudes et habiletés des individus et leur capacité à influencer leurs « *motivation* » et « *mobilisation* » vis-à-vis du contenu de la communication reçue (39,47). Pourtant, la Communication Theory doit être complétée avec d'autres théories de comportement sanitaire pour réussir la promotion de la santé (39,47).

Ces modèles et théories sont présentés et définis avec leurs variables dans l'annexe 2.

Évidemment, un guide est indispensable pour tirer profit de l'application de ces modèles et théories dans le développement des programmes de promotion de la santé (47). Le modèle PRECEDE-PROCEED fut retenu pour exercer cette fonction car il intègre des concepts de base émergents d'une perspective écologique nécessaires à la planification et au déploiement et des programmes de promotion de santé (96). Il est décrit comme un cadre organisateur de l'application des théories en se basant sur les trois niveaux d'action (individuel, interpersonnel/communautaire et organisationnel) (47,96). Le modèle PRECEDE-PROCEED identifie les éléments qui s'interposent entre l'individu et la communauté et qui doivent être pris en compte dans l'élaboration, l'implantation et l'évaluation d'un programme (47,96). Ce modèle est composé de 2 parties distinctes « diagnostic éducationnel ou PRECEDE » et « diagnostic écologique ou PROCEED » (47).

Le modèle a 8 phases dont seules les 4 premières (PRECEDE) ont été choisies pour structurer le cadre de référence qui permettra de guider la collecte de données (39,47). Le choix de cette première partie du modèle rejoint notre intérêt pour l'étude des phases préalables à l'implantation, alors que les phases de PROCEED auraient été pertinentes pour l'étude des phases postérieures à l'implantation incluant son évaluation (39,47).

Ces 4 premières phases aident à mieux comprendre les facteurs facilitants et les facteurs de renforcement « *predisposing, enabling and reinforcing factors* » connus

comme les déterminants clés de tout le processus de planification et de développement des programmes de santé (96) et sont :

- *Phase 1 = évaluation sociale* : évaluation des besoins de la communauté et considération de la capacité, de la force, des ressources et de la disposition des membres de cette communauté au changement et à la résolution des problèmes.
- *Phase 2 = évaluation épidémiologique, comportementale et environnementale* : évaluations des besoins et priorités dans le domaine de la santé en identifiant leurs déterminants environnementaux et comportementaux.
- *Phase 3 = évaluation éducationnelle et écologique* : évaluation des facteurs antécédents et renforçant propres aux milieux (attitude, connaissance, habiletés, préférences personnelles, efficacité personnelle, etc.) pour initier et maintenir le processus du changement.
- *Phase 4 = évaluation administrative et politique* : évaluation des ressources et identification des facilitateurs/barrières organisationnels et des politiques nécessaires pour l'implantation et la pérennité d'un programme

Ainsi, le croisement des 4 phases du PRECEDE avec les différentes variables des théories et modèles envisagés permet de proposer le tableau I et le cadre conceptuel à la figure 1

Le tableau I présente la relation entre les phases PRECEDE et les variables des théories et modèles utilisés en respectant les 3 niveaux d'action (individuel, communautaire/interpersonnel et organisationnel) (41).

La première phase rejoint les variables de la « Theory of Trying » et du « Rossister-Percy Motivational Model » pour déterminer la catégorie des variables communautaires/interpersonnelles.

Les variables issues des théories et modèles liées aux phases 2 et 3 étaient similaires ce qui nous a menés à les combiner pour avoir les variables individuelles du cadre conceptuel de cette recherche. Ces phases combinées rejoignent donc les variables du « Health Belief Model » et celles de la « Protection Motivation Theory » pour former la catégorie des variables individuelles.

La phase 4 rejoint les variables de la « Diffusion Theory » et celles des « Theories of Organizational Change » pour déterminer la catégorie des variables organisationnelles (l'école).

Finalement, la « Communication Theory » rejoint toutes les phases PRECEDE pour déterminer les variables communes aux 4 phases et agissant sur les 3 catégories de variables déterminées précédemment.

L'utilisation des tableaux et figures sont parmi les meilleurs outils de présentation des variables à étudier dans une étude qualitative (99). Cependant, la structure de leur présentation n'adhère à aucune règle fixe de format ou de construction mais dépend de la complexité des variables et de l'habileté et de la créativité du chercheur (99). Ainsi, la présentation particulière des différentes catégories de variables de cette recherche a été illustrée dans la figure 1 pour constituer le cadre conceptuel intégrateur.

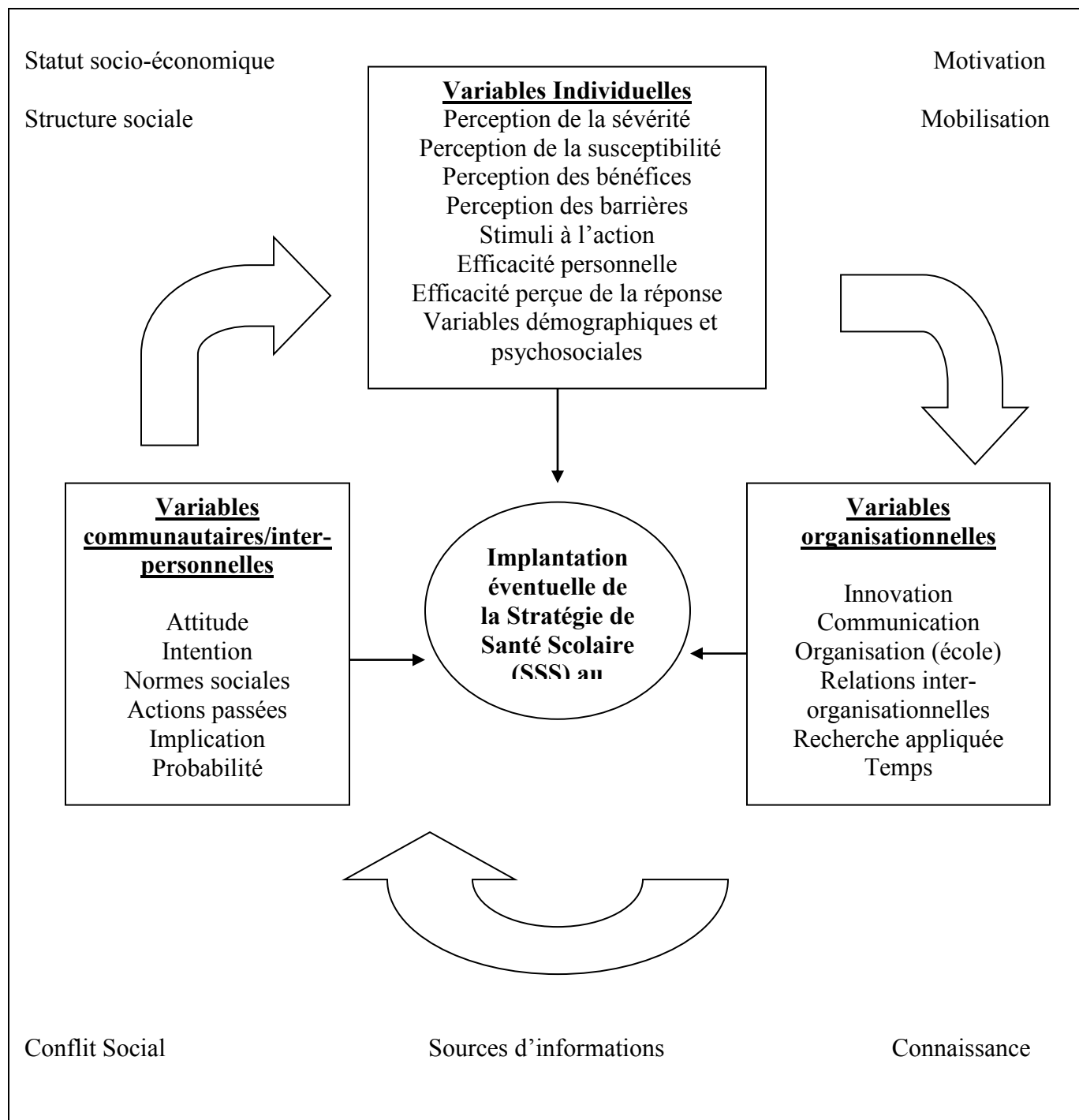
Cette figure illustre la relation circulaire entre les 3 catégories de variables (communautaire/interpersonnelles, individuelles et organisationnelles) soumises à l'effet des autres variables communes au cadre (structure sociale, connaissance, motivation, mobilisation, conflit social, etc.).

Tableau I. Relations entre les variables de divers modèles et théories, et les phases PRECEDE

	Phases PRECEDE	Modèles et théories						Communication Theory
		Theory of Trying	Rosstier-Percy Motivational Model	Health Belief Model	Protection Motivation Theory	Diffusion Theory	Theories of Organizational Change	
Variables	Evaluation sociale	-Attitude -Probabilité -Intention -Normes sociales -Actions passées	-Motivation -Emotions -Implication					-Connaissance
	Evaluation épidémiologique, comportementale et environnementale + Evaluation éducative et écologique			-Perception de la sévérité -Perception de la susceptibilité -Perception des bénéfices -Perception des barrières -Stimuli à l'action -Efficacité personnelle -Variables démographiques et psychosociales	- Perception de la sévérité -Perception de la susceptibilité -Efficacité personnelle -Efficacité perçue de la réponse à la menace			-Sources d'informations  -Statut socio-économique  -Structure sociale  -Conflit social
	Evaluation administrative et politique					-Innovation -Temps -Communication -Système social	-Innovation -Environnement social -Développement -Climat -Culture -Capacité -Relations inter-organisationnelles -Recherche appliquée	-Mobilisation  -Motivation



**Figure 1: Cadre de référence pour l'étude de perceptions associées à l'implantation éventuelle de la Stratégie de Santé Scolaire (SSS) au Liban**



\* La précision de chacune des variables du cadre de référence s'exprime dans la formulation des questions présentées en annexe 3 et 4.

## 5. Méthodologie

### 5.1 Population cible

Le marketing social nous suggère de viser non seulement l'organisation concernée par un futur programme en promotion de la santé soit les écoles mais aussi la communauté soit : les individus ayant un certain « leadership » dans leur milieu, les réseaux favorisant le support des programmes et les agences de coordination « comités » soit les nouvelles structures pour maintenir les programmes (94,98).

La population cible de l'étude sera constituée de divers acteurs déterminants aptes à exprimer des perceptions permettant de comprendre les barrières et les facteurs facilitants le déploiement éventuel de la SSS. Les acteurs déterminants sont les suivants :

- État/gouvernement: Il est composé par les représentants des municipalités (1 représentant de municipalité urbaine, 1 représentant de municipalité rurale) et des représentants des ministères (Ministère de la Santé "MS", Ministère de l'Éducation "ME", Ministère des Affaires Sociales "MAS").
- Représentants des organisations internationales présentes au Liban (OMS, UNFPA, UNRWA) intéressées par la santé et/ou actives dans le milieu scolaire.
- Chercheurs universitaires et experts: les épidémiologistes, les nutritionnistes, les chercheurs en santé publique (éducation et promotion de la santé, gestion en santé et politiques, santé communautaire), les sociologues, les éducateurs de santé scolaire, les journalistes, les chercheurs en communication, les anthropologues et les pédiatres peuvent nous éclairer sur la situation épidémiologique et aussi sur les influences culturelles à considérer. Rappelons que les recherches en santé au Liban sont généralement financées par les organisations internationales et effectuées par les départements de santé publique et/ou de nutrition des universités privées.
- Contexte scolaire (privé et public): le directeur, les élèves (jeunes de 10 à 14 ans), les comités des parents (surtout les mères des jeunes inscrits dans des écoles privées et publiques), les enseignants (biologie, éducation physique, santé) et les responsables des services alimentaires.
- Industrie alimentaire: celles dont les produits alimentaires visent les jeunes pour étudier leurs perceptions des enjeux à venir compte tenu de la qualité nutritive de leurs propres



produits d'une part, et des répercussions des politiques à venir sur leur marché d'autre part.

- Association libanaise des diététistes dont la présidente est une pionnière en nutrition au Liban et est responsable du développement des directives alimentaires spécifiques du Liban et de la région. Les perceptions des diététistes influents de cette association ayant des cliniques de santé ou celles actives dans les médias (radio, télévision, internet, journaux) seront indispensables pour identifier les modalités et l'impact de la communication et de la promotion de la santé nutritionnelle au Liban.
- Représentants des agences ou organisations locales, régionales et nationales intéressées par la promotion de la santé et ayant des expériences et/ou activités similaires antérieures, par exemple: les organisations non gouvernementales et/ou religieuses.

## **5.2 Échantillon**

Un échantillon non probabiliste (de volontaires) était prévu dans le cadre de cette étude qualitative. Nous sommes conscients que les techniques non probabilistes ne permettent pas une généralisation des observations ni l'emploi des techniques d'inférence statistique. Pourtant, il ne s'agit pas d'une limite dans le cadre de ce projet où l'échantillon de volontaires est justifiable en fonction du devis de recherche retenu (99).

### **5.2.1 Taille d'échantillon et méthode de collecte de données**

Pour ce qui est des échantillons non probabilistes aucune règle ne précise la taille d'échantillon (21,72) donc elle est librement déterminée par les responsables de la recherche qualitative (72,99). Généralement, la taille d'échantillon dans une étude qualitative est relativement petite et est définie par le contexte et le but de l'étude, l'intensité de la méthodologie de recherche utilisée, le type des questions à explorer et la disponibilité des ressources (12,72,99). Par ailleurs, cette taille peut être déterminée en fonction des trois critères suivants: saturation théorique (les données n'ajoutent plus de caractéristiques à l'élaboration du concept visé), saturation empirique (le terrain n'offre plus de données pour la poursuite de l'étude) et étendue de l'information désirée (12,21). A ceci s'ajoute des conditions de faisabilité en termes de budget ou d'échéance (12,21,99).

Dans le cas de notre échantillon (échantillon scolaire et acteurs adultes hors des écoles), l'étendue de l'information désirée (perceptions de toutes les parties prenantes dans un projet de santé scolaire au Liban) et les conditions restreintes de la recherche en terme de faisabilité ont été le critère de détermination de la taille de cet échantillon. A noter que le choix de l'étendue de l'information désirée pour préciser la taille d'échantillon non probabiliste est l'une des techniques utilisées par les chercheurs des études qualitatives (12,72,99). Selon leurs opinions, l'identification du nombre de participants doit être pertinent pour le sujet de la recherche sans tenir compte de son ampleur (12,72,99). Ainsi, le jugement des chercheurs sur le choix de l'échantillon et de sa taille est le plus important surtout que l'évaluation de la représentativité dépend de la qualité et non pas de la quantité des participants à la recherche (12,72,99).

L'échantillon scolaire est composé d'un total de 8 écoles soit : 2 écoles publiques et 2 écoles privées et ce dans chacune des deux régions choisies "Beyrouth" et "Mont Liban" lesquelles sont reconnues officiellement comme des régions urbaine et rurale respectivement. Aujourd'hui le Mont Liban témoigne d'une transition de mode de vie et a commencé à perdre son écosystème rural traditionnel avec l'extension de l'urbanisation (6). Ainsi, nos écoles du Mont Liban sont localisées dans des régions plutôt semi-rurales (6). Toutes les écoles offrent un enseignement de niveau académique primaire et complémentaire, desservant donc des jeunes entre 10 et 14 ans.

Au total 48 jeunes sont recrutés et sont distribués dans chacune des 8 écoles : 3 jeunes de 10 à 12 ans (cycle primaire) et 3 jeunes de 12 à 14 ans (cycle complémentaire) ont été recrutés pour des entrevues individuelles.

Pour ce qui est des autres acteurs dans 4 des 8 écoles au projet : 1 directeur, 1 comité de parents-enseignants, 1 responsable des services alimentaires. La direction de l'école et des services alimentaires seront rencontrés lors d'entrevues individuelles et le comité de parents/enseignants lors d'un focus groupe. Avant l'entrevue individuelle avec le directeur, il y avait un échange sur le profil de l'école (description factuelle, profil socio-économique des élèves, environnement scolaire environnant, position de l'école en matière de saines habitudes de

vie, offre alimentaire, préoccupations vis-à-vis des actions antécédentes) permettant d'établir son stade de changement en matières de saines habitudes de vie (voir annexe 5).

Quant au choix de la méthode des focus groupes, il s'agit essentiellement d'une technique de collecte d'informations qualitatives permettant de recueillir les attitudes, les perceptions et les zones de conformités et/ou de résistances entre les participants d'un focus groupe (15,99). La condition de constituer des groupes homogènes ou hétérogènes est interprétée différemment selon les chercheurs mais tous soulignent l'importance de définir la composition selon la nature de la question de recherche et l'objectif de l'étude (99).

L'environnement du groupe, dans une période de temps limitée (une réunion d'environ 1 heure), encourage les participants, même s'ils sont hétérogènes (e.g. parents et enseignants), à mieux exprimer et partager leurs perceptions et attitudes, et à évaluer les situations vécues (99). Ainsi, cette méthode utilisée en pré-implantation d'un projet (99) permet l'émergence des opinions nécessaires pour cerner les déterminants opérationnels affectant les objectifs d'un projet éventuel (15,99) notamment, en promotion de la santé (15).

Les entrevues avec tous les acteurs envisagés sont menées par un seul intervieweur (l'étudiante au doctorat). Les entrevues individuelles sont de type dirigé et semi-structuré d'une durée maximale de 60 minutes. Sur le plan pratique, cette durée semble suffisante afin de recueillir les informations nécessaires pour répondre aux objectifs de la recherche. Les annexes 3 et 4 présentent les questionnaires d'entrevues individuelles et des focus groupes utilisés auprès des jeunes et des acteurs adultes.

Les questionnaires ont été développés par la chercheuse et sa directrice de recherche selon les catégories d'acteurs (jeunes ou adultes) de manière à ce que chaque question soit associée à une des variables (individuelles, communautaires/interpersonnelles, organisationnelles et autres variables) du cadre de référence. La sélection des questions a tenu compte d'un équilibre entre le temps d'administration du questionnaire et l'obtention des détails suffisants sur le sujet de recherche.

Le recrutement des écoles est résumé dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II. Échantillon des écoles

École Région	Par école privée (n =2/région)	Par école publique (n =2/région)
	Primaire (10-12 ans) et complémentaire (12-14 ans)	Primaire (10-12 ans) et complémentaire (12-14 ans)
<b>Région rurale Mont Liban</b>	-1 directeur * -3 élèves (10 à 12 ans) et 3 élèves (12 à 14 ans) -1 entretien avec un comité de parents-enseignants* -1 responsable de services alimentaires*	-1 directeur* -3 élèves (10 à 12 ans) et 3 élèves (12 à 14 ans) -1 entretien avec un comité de parents-enseignants* -1 responsable de services alimentaires*
<b>Région urbaine Beyrouth</b>	-1 directeur* -3 élèves (10 à 12 ans) et 3 élèves (12 à 14 ans) -1 entretien avec un comité de parents-enseignants* -1 responsable de services alimentaires*	-1 directeur* -3 élèves (10 à 12 ans) et 3 élèves (12 à 14 ans) -1 entretien avec un comité de parents-enseignants* -1 responsable de services alimentaires*

\* Seront recrutés dans 4 écoles seulement.

### 5.2.2 Recrutement

Un document explicatif écrit exposant la SSS et ses objectifs (voir annexe 6) a accompagné l'Avis de recrutement pour s'assurer que tous les acteurs en soient informés de manière homogène. Ces documents ont été remis en personne ou par courriel. Voici comment s'est déroulé le recrutement des milieux scolaires et des sujets

Les écoles sont issues des régions urbaines et rurales soit de Beyrouth et Mont Liban, les plus représentatives de la diversité de la population libanaise. A noter que, seulement le recrutement des écoles publiques fut mené via le Ministère de l'Éducation. Ainsi, le nom des écoles publiques sollicitées a été suggéré par la représentante du Ministère de l'Éducation (coordinatrice de la SSS au Liban) et choisi par le chercheur principal de cette étude selon certains critères d'inclusion. Ainsi, toute école collaboratrice, de taille moyenne (250-300 élèves), mixte (fréquentée par des garçons et des filles) et enseignant l'anglais et/ou le français pouvait être incluse dans cette étude. Cependant, le nom des écoles privées sollicitées a été choisi directement par le chercheur principal de cette étude selon les mêmes critères d'inclusion pour respecter les mêmes démarches de recrutement et diminuer la présence des biais pouvant

influencer les résultats. Une personne-ressource de chaque école a été alors identifiée (généralement le directeur de l'école) via une prise de contact téléphonique ou par courriel. Sur acceptation du projet, cette personne-ressource a été invitée à identifier les autres acteurs déterminants de l'établissement (enseignants, parents, comités, services alimentaires, etc.) et leurs coordonnées. La même démarche a été reprise avec ces personnes. Les documents relatifs au consentement leur ont été transmis et selon le cas les rencontres ont été fixées.

Pour les élèves, la personne ressource de chaque école a été invitée à identifier, parfois avec l'aide des enseignants, les jeunes susceptibles d'être rencontrés selon certains critères d'inclusion (langue, nationalité, âge et capacité à communiquer). Ces jeunes ont reçu des informations destinées à leurs parents et sur consentement de ces derniers, ils ont été invités par la direction de l'école à rejoindre le chercheur pour des entrevues individuelles selon l'horaire scolaire convenable de ces jeunes.

Pour les autres acteurs, tous ceux ayant un rôle direct ou indirect dans le développement de cette SSS (coordinatrice du GSHS et du SSS, représentante du Ministère de la Santé, etc.) ou occupant des positions d'influence dans leurs domaines (présidente du l'LDA, responsables des programmes et activités de promotion de santé à l'AUB et au Balamand, etc.) ou actifs dans le domaine de santé scolaire (ONGs, éducateurs de santé scolaire, etc.) ont été identifiés puis sollicités pour participer au projet et répondre aux questionnaires des entrevues individuelles. Les documents relatifs au consentement leur ont été transmis et selon le cas les rencontres ont été fixées.

Pourtant 6 personnes adultes ont refusé de participer à cette étude dont 2 (1 travaillant au ministère de la santé et 1 travaillant à l'OMS) étaient intéressées à participer mais ils n'ont pas répondu aux rappels du chercheur. Deux autres personnes (1 académique et une autre travaillant à une agence des Nations Unies) n'ont pas trouvé que leurs expériences en faisaient des acteurs clés dans ce projet et ainsi ils ont suggéré au chercheur de contacter d'autres personnes impliquées dans le domaine de la promotion de la santé. Une personne a refusé de participer à l'étude car la direction de son organisme sanitaire religieux ne permet pas que ses employés

accordent des entrevues. Finalement, un pédiatre n'a répondu à aucun contact fait par le chercheur principal.

### **5.2.3 Validité interne et externe du devis de l'étude retenu**

Il convient de discuter la validité externe et interne de la stratégie de recherche et des moyens à mettre en œuvre pour sa réalisation afin de limiter les biais potentiels pouvant réduire la validité de l'étude.

#### **5.2.3.1 Validité interne**

Elle dépend de la qualité, complexité et exhaustivité du cadre de référence sur lequel se base la recherche (94,106). Ainsi, la mosaïque théorique du cadre de référence permet d'englober plusieurs dimensions nécessaires au développement d'une politique de promotion de santé (110,130) et de maximiser la validité du processus (31,130). Parmi ces dimensions, notons: la pertinence des thématiques multidisciplinaires considérées (éducation, épidémiologie, sociologie, communication, politique, économie, etc.), la pertinence du choix des différents acteurs déterminants (représentants multisectoriels et communautaires) (110,130), et la compréhension de leurs rôles et responsabilités dans une perspective de réseautage et d'inspection (31,110,130).

En bref, le cadre conceptuel utilisé optimise une bonne validité interne puisqu'il représente un cadre détaillé englobant plusieurs thématiques multidisciplinaires. De même, il est exhaustif compte tenu qu'il vise plusieurs acteurs déterminants et non seulement ceux issus des domaines de la santé et de l'éducation d'où la possibilité de réduire les conclusions expliquées par des biais (biais associés à un contrôle imparfait de facteurs liés au temps ou biais de l'histoire et biais associés à la mesure des effets par l'intervieweur) (31). La conscientisation à l'égard de la présence de ces biais a été mise en œuvre afin de les limiter et d'optimiser une bonne validité interne de la recherche.

Pour évaluer la qualité de ces instruments, leur validité de contenu a été abordée auprès d'un panel d'experts au Québec composé de 2 personnes impliquées dans le domaine des politiques de promotion la santé auprès des jeunes en leur présentant les variables à l'étude du cadre de référence. Les personnes consultées sont de l'Institut National de Santé Publique au Québec (INSPQ) et du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au Québec. L'évaluation de ces 2 personnes expérimentées a confirmé une validité adéquate du contenu littéraire et théorique

de ce projet de recherche. Selon ces experts, ce projet de recherche permettra de développer une collecte de données et un système de feedback efficaces pour déployer une politique éventuelle de promotion de santé scolaire au Liban. A noter que quelques remarques sur des éléments de la revue de la littérature ont été prises en compte.

### **5.2.3.2 Validité externe**

Elle dépend de la présence des biais associés à la sélection des sujets, à leur réactivité et à un contrôle imparfait de l'investigation (25). Concernant les biais associés à la sélection des sujets, étant donné que les écoles sont identifiées puis sollicitées une généralisation ne peut être faite à toutes les écoles libanaises. Cependant le devis retenu de notre étude s'appuie sur l'exploration plutôt qu'à une généralisation statistique (généralisation de l'échantillon vers la population)(44). Ainsi, la puissance exploratoire de notre devis résulte de l'analyse qualitative des données plutôt que l'analyse quantitative des cas retenus.

Concernant les biais associés à la réactivité des sujets, étant donné que les sujets impliqués proviennent de domaines disciplinaires différents, des réponses susceptibles de plaire à l'évaluateur peuvent potentiellement survenir (25). L'attitude de l'évaluateur, et une bonne formulation des questions sont importantes pour éviter ce type de biais tout en prenant compte de la différence entre les sujets ciblés (directeurs des écoles, élèves, parents, professionnels de santé, etc.). La participation de l'évaluateur dans tout le processus du projet le rend apte à mieux comprendre le contexte et à être sensible à l'occurrence des biais associés à la réactivité des sujets (31,110). Le chercheur principal de cette thèse a été le seul responsable et évaluateur (sous la direction de la directrice de recherche) du déroulement de tout le travail et peut affirmer que ce biais n'est pas prédominant puisque les attitudes communiquées lors du processus décisionnel ne paraissent pas être liées à une forte tendance à la conformité.

Finalement, concernant les biais associés à un contrôle imparfait de l'investigation, il s'agit des biais qui peuvent être présents lorsque le cadre conceptuel de l'étude est insuffisant (25,106). En effet, il est jugé que la possibilité d'avoir de tels biais est minimisée car le modèle proposé a été construit à partir d'une revue de la littérature sur les politiques et stratégies de promotion de santé en général, et les PAS en particulier. Aussi, il serait possible que l'attente de

l'intervieweur puisse causer un biais potentiel vu que les informations requises pour répondre aux questions de recherche sont recueillies via des entrevues individuelles ou focus groupes. La conscientisation à l'égard de limiter la présence de ce biais a été mise en œuvre au cours et après la réalisation des entrevues. Ainsi, à la fin de chaque entrevue une synthèse sur les points saillants a été faite entre l'intervieweur et la personne interviewée dans le but d'identifier si l'interprétation de l'intervieweur et du participant à l'entrevue est la même. La même démarche a été appliquée pour les focus groupes. Un dernier moyen afin d'améliorer le devis de cette étude était la tenue d'un journal de bord par le chercheur principal permettant de conserver une description complète et détaillée du processus et du contexte de la recherche.

### **5.3 Analyse des données**

Les données issues de cette recherche ont été soumises à une analyse qualitative. Typiquement, les données récoltées dans une analyse qualitative produisent de longs textes documentés (99,130). Ainsi, les chercheurs doivent choisir une méthode adéquate pour compiler l'ampleur du matériel brut afin qu'il soit prêt à l'analyse (99,130).

L'interprétation des données dans une forme réductive ou explicative, l'établissement des catégories, l'analyse comparative et la formulation des hypothèses sont parmi les méthodes appropriées pour analyser le contenu des informations recueillies (99).

En ce qui concerne l'analyse des entrevues qualitatives enregistrées, il est recommandé de suivre quatre étapes majeures nécessaires pour compléter le travail associé à la question de recherche et pour arriver à des réponses valides (99). Ces étapes sont : la transcription, l'analyse individuelle, la généralisation et le contrôle (99). La première étape « la transcription » est le fait de transcrire les données brutes puis d'éliminer des erreurs et des contradictions dans les manuscrits (99). La deuxième étape « l'analyse individuelle », consiste à analyser les manuscrits individuellement suivi de l'intégration et de l'évaluation des informations au niveau de chaque catégorie de variables de l'étude (99). La troisième étape « la synthèse », est caractérisée par la généralisation des résultats de l'analyse individuelle et de l'identification des divergences et des similarités menant parfois au développement des typologies (99). Finalement, la quatrième étape « le contrôle » implique une forme d'autocontrôle ou de contrôle externe afin de vérifier les analyses et conclusions (99). Ainsi, les hypothèses de recherche préétablies pourront être



vérifiées (99). Finalement, il est recommandable d'appuyer l'analyse qualitative des données enregistrées par des citations pertinentes qui caractérisent les perceptions des répondants (130).

Dans ce projet de thèse, l'analyse qualitative des données enregistrées a considéré toutes ces étapes. Le plan d'analyse devait répondre aux objectifs soulevés en tenant compte de l'importance accordée aux grandes catégories de variables selon les acteurs, le profil géographique (urbain, rural) et scolaire (privé, public). Ainsi, les étapes principales de cette analyse sont les suivantes :

- Préparation et organisation du matériel brut/transcription: toutes les données récoltées ont été enregistrées sur un appareil électronique (audio) et retranscrites intégralement par la doctorante sur des documents Word en utilisant le format du questionnaire utilisé lors des entrevues.
- Rédaction de faits saillants ou « analyse individuelle » : pour chaque entrevue ou focus groupe, la rédaction de faits saillants fut produite, et ce, pour chaque catégorie de répondants (acteurs clés multidisciplinaires, adultes intra-scolaire, jeunes) et pour chacune des questions.
- Production de synthèse : une synthèse fut produite laissant apparaître les thèmes émergents selon les catégories d'acteurs et les réponses aux variables individuelles, communautaires/interpersonnelles, organisationnelles. Les thèmes émergents sont définis par les réponses des répondants aux variables du cadre conceptuel considérées comme barrières ou facilitateurs d'une éventuelle politique de promotion de santé nutritionnelle au Liban. La synthèse a aussi donné lieu à du contenu allant au delà du cadre de référence ayant guidé le développement des questions.

Pour chaque groupe de répondants, ces thèmes émergents ont été assignés à leur catégorie correspondante de variables du cadre conceptuel et traduits sous forme de tableaux et appuyés de citations pertinentes des participants.

Il s'agit d'une analyse thématique (90) ancrée sur les variables du cadre de référence ayant guidé le développement des questions et devant permettre de répondre aux objectifs spécifiques de l'étude (voir annexe 7).

- Contrôle : De multiples échanges eurent lieu entre la doctorante et la directrice de recherche pour mettre à l'épreuve les synthèses produites, échanger sur les différences rapportées selon les acteurs et les milieux géographiques et scolaires. Un autocontrôle continu a aussi été effectué par le chercheur principal de cette étude pour s'assurer de la transformation du matériel brut collecté à un matériel prêt à être examiné, comparé et ensuite synthétisé pour répondre aux objectifs de la recherche (Annexe 8).

Le tout a généré des pistes intéressantes sur les barrières et les facteurs favorables à la réussite de l'implantation éventuelle de la SSS pour un virage santé à l'école et a contribué à une interprétation et une catégorisation juste de la part de l'analyste.

## **6. Résultats**

Les résultats de l'analyse ont fait l'objet de trois articles scientifiques qui furent soumis à trois différents journaux scientifiques.

Les articles intégraux incluant les résultats, la discussion et la conclusion sont ici présentés suivis de résultats complémentaires et d'une discussion complémentaire. Tous les résultats (articles, résultats complémentaires) sont associés aux différentes catégories des variables et répondent aux hypothèses relatives.

**6.1 Article 1 soumis au "Perspectives in Public Health Journal" le 18 février 2013**

**Titre**

**School health policy in Lebanon: Shared and complementary perspectives of stakeholders**

**Auteurs**

**HAMADEH Sima and MARQUIS Marie**

## Introduction à l'article

La contribution de Sima Hamadeh pour cet article est significative. Mme Hamadeh a mené et rédigé la revue de littérature, rédigé le protocole de recherche, effectué le recrutement, la collecte, la transcription des données, leur synthèse, l'analyse et l'interprétation des données, de même que la rédaction du manuscrit. Marie Marquis, Ph.D., a participé à la revue de littérature, à l'interprétation des données et à la rédaction du manuscrit.

Ce premier article s'attarde sur tous les objectifs de la thèse surtout l'objectif principal de la thèse, soit d'identifier les facteurs facilitants et les barrières au déploiement de la Stratégie de Santé Scolaire (SSS) au Liban en étudiant auprès d'acteurs libanais leurs perceptions des objectifs généraux de la SSS, de la distribution éventuelle des responsabilités et leurs perceptions générales de la pertinence de ce projet compte tenu des habitudes de vie des Libanais.

La majorité des études qui s'est intéressée à l'importance des rôles des acteurs clés multidisciplinaires dans les politiques sanitaires et/ou alimentaires scolaires ne s'est intéressée qu'aux besoins de leur participation. Pourtant, le rôle des acteurs clés deviendra de plus en plus crucial dans tout le processus de l'implantation des politiques sanitaires scolaires. Il est donc impératif de s'intéresser, en phase de pré-implantation, à leurs perceptions des facteurs facilitateurs et des barrières au déploiement d'une politique de promotion de santé scolaire.

Cet article suggère une nécessité d'analyser qualitativement les perceptions des acteurs clés multidisciplinaires et multisectoriels associées aux déterminants d'une éventuelle politique de promotion de santé scolaire dans tous les profils des écoles libanaises (urbaines, rurales, privées, publiques). Ces déterminants peuvent être regroupés sous diverses catégories de variables comme proposées par le cadre intégrateur conceptuel de l'étude, soient: variables individuelles, variables communautaires, variables organisationnelles et autres variables pour mieux comprendre leur dynamique.

Les résultats de cet article ont montré les perceptions communes des différents acteurs clés libanais associées aux déterminants nécessaires pour le développement et le succès de toute PAS. L'action de l'équipe multidisciplinaire est essentielle dans tous les secteurs pour assurer la participation active de la communauté au long du projet et pour renforcer les compétences et les connaissances de ses participants. En outre, ils ont souligné l'importance de choisir des

collaborateurs compétents (les familles, les écoles, les collectivités, l'industrie alimentaire, les décideurs et les responsables politiques...) et de reconnaître l'importance du leadership, du partenariat et de plaidoyers tout au long du processus de développement d'une PAS.

Il est également important de tenir compte d'autres variables considérées comme barrières à l'implantation d'une PAS telles que: le manque des ressources humaines et financières; l'insuffisance d'études sur les programmes de promotion de santé scolaire et sur les résultats de suivi et d'évaluation; les pressions politiques et religieuses, l'influence des réseaux sociaux (les pairs, le voisinage et la famille), la diversité des structures sociales; et les disparités régionales.

À tous les niveaux (local, régional et national), il est nécessaire de faire des efforts intégrés pour acquérir, synthétiser, appliquer et échanger de l'information sur l'alimentation saine et l'activité physique afin de guider la promotion de la santé dans les écoles et les activités communautaires de soutien. Il est important d'intégrer une approche globale dans le développement des politiques de promotion de la santé scolaire.

Finalement, les résultats de cet article montrent clairement la pertinence et l'applicabilité de notre cadre conceptuel intégrateur. Ainsi, le cadre offre de nombreuses perspectives menant les répondants à commenter la façon dont une éventuelle PAS sera destinée à fonctionner et à produire les changements et les objectifs souhaités.

## **Abstract**

**Aims:** School is a proper place to promote health among youth. The purpose of this study is to explore the determinants for implementing the *Strategy of school health* project in Lebanon by studying the perceptions of multidisciplinary stakeholders regarding an eventual policy on nutritional health promotion in Lebanese schools.

**Methods:** An exhaustive integrated conceptual framework was used to approach the school policy at three levels of action, namely individual, community and organizational. The target population of this study consists of key stakeholders active in various communities especially in health promotion in Lebanon. 32 subjects from various disciplines and sectors (government, municipalities, NGOs, UN agencies, dietitians, pediatrics, food industry, health advisers, academic and expert researchers) participated in this study. Directed and semi-structured individual interviews were conducted. Collected data have been submitted to a thematic qualitative analysis. Thematic analysis helped us find barriers and facilitators for school health policy implementation.

**Results:** Collaboration, coordination, participation, partnership, advocacy and leadership are identified as the main facilitators for the development of school health policy. However, the major barriers are socioeconomic instability, social structure diversity, and political and religious divisions.

**Conclusion:** This article recommends an adaptable integrated framework to study perspectives on facilitators and barriers for implementing school health policies in order to achieve the desired goals.

**Key words:** Health promotion, health policy, nutrition, physical activity, school, perceptions, stakeholders.

## Introduction

The prevalence of several chronic diseases is increasing rapidly worldwide and emerging as a major risk factor for morbidity of public health significance<sup>1-4</sup> that can no longer be uniquely associated with developed countries.<sup>5</sup> Changing risk factors related to lifestyle remains the cornerstone of public health efforts to minimize the burden of metabolic syndromes.<sup>6</sup>

Lifestyle change can be facilitated through a combination of learning experiences that enhance awareness and increase motivation and self-efficacy. Most importantly, they are facilitated through environments where positive health practices are the easiest choice.<sup>7</sup>

A healthy lifestyle includes making food-related decisions influenced by personal, social and cultural variables.<sup>4,8,9</sup> The numerous environmental factors that currently affect eating and physical activity behaviors may merely be symptoms of deeper social forces, such as changes in family structure and life stress,<sup>7</sup> but certainly point to a need to adopt healthy lifestyle at an early age.<sup>10-12</sup>

Various international reports suggest a need to act by developing strategies and policies based on comprehensive approaches,<sup>13-14</sup> reinforcing environments, and consolidating actions to reach youth in the most favorable environments for health interventions, including households, schools and communities.<sup>15-17</sup> Of these environments, schools are the best place for health promotion to improve the lifestyles and health for young people.<sup>15-16</sup>

Health promotion is a relatively recent dimension of public health intervention rooted in unifying holistic concepts.<sup>13,18</sup> Health promotion in schools has evolved over the last few years,<sup>13</sup> from practices centered on health education in class<sup>9</sup> to adoption of a comprehensive approach focusing on attitudes, skills and behaviors of youth, as well as their environment.<sup>13,19,20,21</sup> Thus, by acting on the determinants of health, the individual and the environment, health promotion requires complex and multi factorial interventions.<sup>5,18</sup>

Lebanon is an ethnic, cultural and religious mosaic subjected to strong pressures including political divisions, economic instability, and civil and regional wars.<sup>22-25</sup> This unstable situation is responsible of the institutional, political and programs weaknesses regarding agriculture, nutrition and food security, specifically among vulnerable groups and in rural regions.<sup>25</sup>

In recent years, Lebanon has been experiencing a nutritional transition in food choices from the typical Mediterranean diet to a fast food pattern.<sup>26</sup> As a consequence, the dietary habits of youth have been affected and an increasing number of overweight and obese youth have been observed, especially boys.<sup>4,27,28</sup> Although risk and prevalence of obesity decreased with age in girls, they remain high among adolescents in private schools.<sup>4,29</sup>

In response to this alarming reality, Lebanon proposed a project in 2009 called "Strategy of school health" (SSH) within the framework of a national plan. The aim of this project is to implement a health program in schools to improve the health of students, school staff and communities. SSH is a joint action between the World Health Organization (WHO), the Ministry of Health (MH), the Ministry of Education (ME) and the School national committee of Health.<sup>30</sup> SSH has not been deployed yet and there is reason to believe that several factors are likely to act as facilitators or barriers to its implementation. Understanding these factors may aid in developing a school nutrition promotion policy that will target multiple levels of changes, thereby requiring practitioners to prioritize certain intervention strategies over others.

Thus, the purpose of this study is to reveal the facilitating factors and barriers of SSH implementation by studying the perceptions of different stakeholders regarding an eventual policy of nutritional health promotion in Lebanese schools.

## **Methods**

A conceptual framework is proposed (Figure 1) to explore those perceptions at the current pre implementation phase of the SSH from different perspectives where various levels of action, namely community, individual and organizational variables, are presented. These perspectives integrate concepts to be explored issued from on theories and models including the Theory of



Trying<sup>31</sup>, the Rossister-Percy Motivational Model<sup>31</sup>, the Health Belief Model<sup>31</sup>, the Protection Motivation Theory<sup>31</sup>, the Diffusion Theory<sup>31</sup>, the Theories of Organizational Change<sup>31</sup>, and the Communication Theory<sup>31</sup>. The value of this theoretical combination is to highlight the complexity of the variables to be considered in order to ensure the success of a school health promotion project<sup>5,18,21</sup>.

### ***Subjects***

Social marketing suggests targeting not only the organizations concerned with a future health promotion program in schools but also the community either individuals having leadership in their environment, networks promoting support for programs and coordinating agencies that may be essential to maintain the program.<sup>32</sup>

The target population of this study consists of various key stakeholders who are active in Lebanese communities and/or experienced in health promotion. They were willing to express their views to explore the determinants of SSH implementation in Lebanese schools, rural to urban and public to private. No exclusion criteria were used in this study.

A total of 38 persons nationally or locally identified as active health stakeholders were contacted. The key stakeholders who participated in this study are the following: 1. Government – two municipal representatives (rural and urban) and three ministerial representatives (education, health and social affairs); 2. United Nations agencies in Lebanon – three representatives from the United Nations Family Planning Agency (UNFPA), the United Nations of Relief and Works Agencies for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA) and WHO; 3. Academic and experts – fifteen actors involved in health promotion selected from various disciplines (epidemiology, nutrition, public health, environmental health, food safety and insecurity, health promotion and education, community health, family health, pediatrics, journalism, communication, sociology, anthropology, and health and policy management); 4. Health advisers in public schools – two advisers working in urban and rural public schools; 5. Food industry – a respondent involved in the "Nestle Healthy Kids Global Program" in Lebanon; 6. Lebanese Association of Dietitians (LDA) – the president of the Association and three other influential dietitians who are active in the media (radio, television, internet, newspapers); 7. Non-

Governmental Organizations (NGOs) – two representatives involved in health promotion in public and private schools.

### ***Instruments***

Directed and semi-structured individual interviews were conducted by a single interviewer (lead author of this study) for a maximum duration of 60 minutes. The interview grid was written in three languages (English, French and Arabic) to reach all participants according to their verbal skills. The project was approved by the Research and Ethics Committee at the Université de Montréal's Faculty of Medicine. Subjects who agreed to participate in this study were asked to sign a consent form.

### ***Procedure***

Recruitment began late September 2010 and was completed late January 2011. A document describing the SSH and its objectives was sent with the notice of recruitment to make sure that all stakeholders received the same information. These documents were delivered in person or by email.

The interview grid was structured around 25 questions related to the conceptual framework of this study. There were seven questions regarding individual variables (e.g., youth profile likely to benefit from SSH development), six questions regarding community variables (e.g., general attitude of the Lebanese population toward a school health promotion project), six questions regarding organizational variables (e.g., levels of inter-organizational collaboration needed to facilitate SSH development), and six questions regarding common variables for the entire reference framework (e.g., resistance against eventual role distribution between different stakeholders involved in the SSH). Each interview was recorded, transcribed and summarized for later data analysis.

### ***Data Analysis***

Data from this research was submitted for thematic qualitative analysis.<sup>33</sup> During the first stage of this analysis, key points from each interview were grouped together and reduced to common themes under the four categories of variables of the conceptual framework (individual,

community, organizational and other variables). The synthesis was iterative. New themes were retained to be considered as facilitating factors or barriers for SSH development.

Next, major findings for each group of respondents (e.g., municipal representatives, LDA members) were synthesized to identify similarities or differences in their perspectives. This analysis plan took into account the four categories of variables of the conceptual framework the synthesis per stakeholders' profile and their perspective whether they differ or not according to the school profile, namely the geographic area (urban, rural) and the socio-economic school profile (private, public). Authors of this study discussed the themes and synthesis, challenging the findings and leading to a final exhaustive and complementary perspective from different interviewees.

## Results

A total of 32 subjects participated in the study and only six people did not respond to the researchers' request. Profile analysis revealed that 23 participants (72%) have participated in actions related to school health promotion in the past. Only the pediatricians, the representative of the rural municipality and few academics had never been active in this area. NGOs were involved in all school health programs carried out by the private or public sector and acted as intermediaries between the decision makers and communities. As mentioned by an interviewee:

*"NGOs are strongly present in Lebanese schools and they have the experience and the technical support needed to succeed a school health promotion"(Public health representative)."*

All participants shared a similar perception of the benefits of healthy food:

*"Healthy food rich in nutriments can help to maintain a good health and to prevent from diseases"(LDA representative),"*

and the definition of a healthy lifestyle:

*"Healthy lifestyle is a state of physical, mental and social well-being gained by healthy eating and regular physical activity far from stress"(NGO's representative).*

***Perceptions of Lebanese nutrition knowledge and attitudes***

Participants agreed on which sources of health and nutrition information they believe the Lebanese refer to. The cited sources were: mass media, advertising (television, billboards, radio, magazines, etc.), Internet, parents, health professionals, alternative medicine, neighbors, peers, and schools.

Interestingly, the Lebanese place their trust in mass media, especially television. They also trust physicians, particularly in rural environments, and youth tend to trust the Internet:

*"Mass media is one of the main trustworthy sources of health information"(Pediatrician)".*

*"Lebanese rural communities act upon what their physicians demand and tell them to do"(Anthropologist)."*

*"Lebanese, especially young people, trust whatever they will receive as health information in particular from internet because they spend a lot of hours in front of the screen"(UN agencies representative)."*

Although half of the respondents have already been mobilized by those in charge of the SSH development (MH, ME and WHO) and were active trainers or consultants in the project at the time they were interviewed, almost two thirds of them believe that SSH development needs to be gradual in some schools and that results would be relatively slow to be perceived:

*"Moving progressively in some schools would be more effective approach for observing results and allocating funds" (Academic)*

All the key stakeholders thought that the Lebanese people and communities, especially the most educated, would be receptive to and support the SSH:

*"There are some groups of the community, especially the most educated and interested in their health, who will be of great support to the development of the SSH"(Dietitian).*

They also expressed their intent to accept and support SSH development, as long as the resources (human and financial) and the structures (socio-economic, cultural, political, religious and regional) were taken into consideration:

*"SSH should be tailored according to the Lebanese socioeconomic and cultural context"(UN agencies representative).*

They also share the idea that public participation throughout the process of SSH would ensure full acceptance of the project:

*"SSH will be broadly accepted in Lebanon if we ensure the incorporation of the lay public and the targeted people"(Food industry representative).*

### ***Lebanese lifestyle and health***

Almost all participants said that SSH would have a positive effect on community lifestyles. However, SSH alone could not improve lifestyles in Lebanon because it is mainly structured around schools, information sharing and the current medical problems and behaviors of youth in school settings:

*"SSH should move out of schools and emphasize on other environmental and social factors"(Academic).*

Common health problems for Lebanese youth are related to lifestyle. These problems include weight issues (overweight, underweight and obese), dental problems, sedentary lifestyle, anemia, malnutrition, smoking, drugs addiction, cancer, and few cases of hypertension and diabetes.

*"Lebanon now is another fast food nation, the Lebanese lifestyle is very much resembling the lifestyle of the developed countries and this is affecting the dietary habits"(LDA representative)*

Economic status and maternal education level were identified by all participants as health determinants for youth. According to the key stakeholders, these health problems require awareness campaigns and preventive intervention in schools and other environments:

*"Poverty and parental low educational level especially of the mother are responsible for the decreasing of youth healthy habits"(WHO representative)*

*"Addressing these problems at school is one of the effective preventive measures but interventions involving the whole community and children's environment would much support the SSH"(Academic).*

They insist on the importance of acting in synergy with other environments (family, peers and neighbors) and with health determinants (knowledge, and individual/ social/ economical/ political factors).

*"The SSH needs an interdisciplinary approach and requires a lot of team work efforts"(Ministries Representative).*

Moreover, all participants perceive that youth involvement in the SSH is likely to influence their life habits in different environments if they are convinced by the content of the SSH, and if others voluntarily support the SSH.

*"The participation of youth in the SSH will influence their lifestyle if the SSH is well implemented in an equitable manner and with the support of their environments"(Health advisor).*

To support healthy growing Lebanese youth, they also spoke about the importance of evaluating the SSH on a regular basis.

*"There is limited research about the effectiveness of nutrition education interventions. Now more than ever, this is an era of research that has to be regularly investigated to ensure that we educated our children on how to be healthy and productive adults"(LDA representative).*

### ***Innovation or Americanization***

Less than one third of participants believe that schools would perceive the SSH objectives as innovative. Another third found that schools would perceive the SSH as innovation or Americanization, depending on how it is marketed and on the school principals' attitudes toward America.

*"Schools will perceive the SSH as innovation if it is adapted to the Lebanese context "*  
*(Dietitian)*

*"Schools will perceive the SSH as Americanization if it is marketed as adoption of a pre-existing American school health strategy"(Dietitian)*

*"Principals in Christian French schools may decline the SSH if they perceive it similar to American strategies instead of Francophone strategies"(NGO's representative).*

Other participants saw novelty in the SSH as a national strategy rather than innovation.

*"There is a lot of individual previous actions done in some school environments but SSH is new because it is a national strategy and not a local or regional action"(Municipalities representative).*

### ***Facilitating factors and barriers***

Since different stakeholders were interviewed, the results of this study showed common and complementary perspectives about facilitating factors and barriers to an eventual implementation of SSH in Lebanon. Table 1 presents the perspectives shared by all stakeholders, for each variable, on the factors that one should consider as being facilitating factors or barriers. Table 2 presents the complementary perspectives of different groups of interviewees about those facilitating factors and barriers.

### **Discussion**

All key stakeholders are aware of the effect of nutritional transition in Lebanon<sup>4,26</sup> and community health, especially on the young people.<sup>4,27-29</sup> For these stakeholders, youth is a time when others' perceptions become very significant and when social demands influence the individual.<sup>34</sup> In particular, adolescents are not an homogeneous group, therefore caution is needed and school health policies must be tailored to different segments.<sup>5</sup>

However, while focusing on schools is effective and convenient it does not address larger upstream environmental factors which affect youth lifestyles.<sup>35</sup> More importantly, addressing the broader issue of the overall food environment and its impact on youth diet with intensified involvement of key stakeholders is essential. Development of healthy eating zones inside and

around schools including supermarkets, corner stores and vending machines is a potential tool in health promotion<sup>35</sup> but was only identified by ministerial representatives and dietitians.

Despite the heterogeneity of the perceptions offered in this study, there is a certain complementarity in these results. All key stakeholders are conscious of their central roles in health promotion near the schools and communities. They are also ready to share the load of SSH responsibilities, on condition that they have a clear national strategy initiative, that multilevel coordination is ensured, that there is a serious government commitment and that project follow-up and evaluation are ensured. It is obvious that NGOs are very experienced in school health programs and have gained the trust of private and public sectors, and of communities.

The Lebanese stakeholders identified almost the same conditions that were cited in other studies<sup>13,19-21,36-38</sup> and which are necessary for the development and success of any school health promotion policy. Multidisciplinary team action is crucial in all sectors to ensure community participation throughout the project and to reinforce the skills and knowledge of participants. Also, they stressed the importance of selecting appropriate collaborators (families, schools, communities, the food industry, decision and policy makers), recognizing leadership so that the project process can be coordinated, searching for advocacy, having an appropriate school environment, defining the terms of many objectives, controlling and evaluating the elements of the program and, finally, making the results of the program public.

However, some findings are specific to the Lebanese context, such as the emphasis on parental role modeling, especially mothers, in health promotion.<sup>39</sup> Thus, parent health behaviors in terms of dietary characteristics and lifestyle are copied by their children.<sup>4,39</sup> Also, the roles of political divisions, social structures, religion, peer pressure and neighborhood have an influence on mediating the association between social networks and health promotion.<sup>40-41</sup>

In Lebanon, as elsewhere, the best channels of communication are the innovative and pleasant programs near youth, and the use of various methods (face to face, peer to peer, mass media, participative methods, role modeling) to reach all communities and increase the scope and



effectiveness of the developed programs.<sup>36,39,42-44</sup> The messages communicated must therefore be simple, explanatory, positive and attractive.<sup>9,36,43</sup> As was found in other surveys,<sup>6,45</sup> physicians are the preferred sources of health information for the Lebanese.

In short, the most effective interventions start with the targeted and concerned people. It is necessary to seek concrete solutions to their problems and not to provide pre-prepared answers.<sup>18</sup> Although knowledge is necessary, it is clearly not sufficient.<sup>38,46</sup> The new concept of nutrition education and promotion should be a permanent dialogue based on mutual respect between health professionals and the population in a real process of participation.<sup>9,18,36</sup>

One great concern is the lack of publications and studies on nutritional and physical activity health promotion in schools and on monitoring and evaluation findings.<sup>35</sup> UN agencies, NGOs, the food industry, MAS and some academics cited the lack of evaluation practices and indicators to help measure changes and facilitate the understanding of where we are, where we are going and how far we are from the underlying goals.<sup>47</sup>

At all levels (local, regional and national), it is necessary to make integrated efforts to acquire, synthesize, apply and exchange of information on healthy diet and physical activity in order to guide health promotion in schools and support community activities. It is important to integrate a global approach in the development of health promotion policies in schools.

Results of this study clearly indicated the pertinence and applicability of our conceptual framework. Thus, the framework offered many perspectives leading the respondents to comment on how a school health policy is intended to work and produce desired changes and goals. By combining several social, behavioral, organizational and communication theories and models, we encompassed the proximal (cognitive and affective) and distal (environmental and relational) reasons of human behavior.<sup>19,21</sup>

The organizational variables (collaboration, communication, school environment) and the other variables of the framework (mobilization, motivation, social structures) may require policy makers to develop and evaluate proper nutrition-related promotion programs that promote

healthy food choices in schools and certainly in other environments (communities, families and neighborhoods).<sup>18,21,47</sup> Whereas community variables are mostly perceived as facilitating factors in SSH development, individual variables appear to be less significant. Finally, it is also important to consider other sub variables, such as inadequate resources, political pressure, social network influence (peer, neighborhood and family), mass and social media means, and regional disparities.<sup>47</sup>

The findings of this study are limited due to the lack of documented results or working papers of past actions in the field of health promotion in schools to discuss them. Obviously, leaders will be needed to facilitate the roles of key stakeholders<sup>13,38</sup> and to generate a common interest in the SSH. Also, there is a great need for independent groups not influenced by governments, pharmaceutical companies, and political and religious associations to produce useful summaries of healthy lifestyle literature that are evidence based and user-friendly for the Lebanese.<sup>48-49</sup>

## References

1. Kelishadi R. Global Dimension of Childhood Obesity in the Eastern Mediterranean region. In: RK Flamenbaum (ed) *Global dimensions of childhood obesity*. New York: Nova Science Publishers, 2006, pp.71-89.
2. Kelishadi R. Childhood overweight, obesity, and the metabolic syndrome in developing countries. *Epidemiol Rev* 2007; 29: 62–76.
3. Papandreou C, Abu Murad T, Jideh C, et al. Obesity in Mediterranean region (1997–2007): a systematic review. *Obesity Reviews* 2008; 9: 389–399.
4. Hamadeh S and ElZein H. Prevalence and Etiology: Middle East and North Africa (MENA) Countries. In: L Moreno, I Pigeot and WA Ahrens (eds) *Epidemiology of Obesity in Children and Adolescents – Prevalence and Aetiology*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Springer; 2011, pp.127-152.

5. Delisle H and Strychar I. Obesity at adolescence: prevention is timely even in low income countries. *SCN news* 2006; 32: 51-57.
6. Silagy C, Muir J, Coulter A, et al. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *BMJ* 1992; 305: 871-874.
7. Hill JO, Wyatt HR, Reed GW, et al. Obesity and the Environment: Where do we go from here? *Science* 2003; 299: 853-855.
8. Hamadeh S and Marquis M. Food motivation: Content analysis of Chatelaine women's magazine. *Nutrition & Food Science* 2008; 38(1): 52-60.
9. Food and Agricultural Organization. Interventions in social communication on nutrition. <http://www.fao.org/DOCREP/T28602T/t2860t03.htm> (1994, accessed 10 February 2013).
10. Ben-Arieh A. Measuring and monitoring the well-being of young children around the world. Report, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2006.
11. World Health Organization. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of the joint WHO/FAO Expert Consultation, Switzerland, 2003.
12. World Health Organization. Strategic Directions for Improving the Health and Development of Children and Adolescents. Report, World Health Organization, Switzerland, 2003.
13. Simard C and Deschesnes M. Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire. Report, National Institute of public Health in Quebec, CA, 2011.
14. Health Canada. *Amélioration des compétences culinaires: aperçu des pratiques prometteuses au Canada et à l'étranger*. Report, Health Canada, CA, 2011.

English version accessible on: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/child-enfant/cfps-acc-profil-aperçu-eng.php>

15. Baril G. Les politiques alimentaires en milieu scolaire : Une synthèse de connaissances sur le processus d'implantation. Report, National Institute of public Health in Quebec, CA, 2008.

16. Organisation Mondiale de la Santé. L'école et son rôle dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général. Rapport, Organisation Mondiale de la Santé, Suisse, 1997.

17. World Health Organization. Global Strategy on diet, physical activity and health. Report, World Health Organization, Switzerland, 2004.

18. Bastien R, Langevin L, LaRocque G, et al. *Promouvoir la santé: Réflexions sur les théories et les pratiques*. 1st ed. Montmagny: Marquis Publications, 1994, p.233.

19. Richard L, Gauvin L and Raine K. Ecological Model Revisited: Their uses and evaluation in health promotion over two decades. *Annu Rev Public Health* 2011 ; 32: 307-326.

20. Palluy J, Arcand L, Choinière C, et al. Réussite éducative, santé, bien-être: agir efficacement en contexte scolaire: Synthèse de Recommandations. Report, National Institute of public Health in Quebec, CA, 2010.

21. Désy M. L'école en santé: Recension des écrits. Rapport de la Direction de santé publique. Rapport, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, CA, 2009.

22. Hamdan K. *Le conflit libanais: Communautés religieuses, classes sociales et identité nationale*. Beirut: Dar Al Farabi Publications, 1998, p.357.

23. Levallois A. *Moyen-Orient, Mode d'emploi*. Paris: Stock Publications, 2002, p.247.

24. Liban Vision. La République Libanaise, <http://www.libanvision.com> (2009, accessed 10 February 2013).
25. Salibi A. National alliance against hunger. Report, Lebanese Ministry of Agriculture, <http://www.iaahp.net> (2008, accessed 13 February 2013).
26. Yahia N, Chakar A, Abdallah A, et al. Eating Habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition*, Epub ahead of print 30 October 2008, DOI:10.1186/1475-2891-7-32.
27. Sibai A, Hwalla N, Adra N, et al. Prevalence and covariates of obesity in Lebanon: findings from the first epidemiological study. *Obes Res* 2003; 11(11): 1353-1361.
28. Jabre P, Khater-Menassa B, Baddoura R, et al. Overweight children in Beirut: Prevalence estimates and characteristics. *Child Care Health Dev* 2003; 31(2): 159-65.
29. Chakar H and Salameh P. Adolescent obesity in Lebanese private schools. *Eur J Public Health* 2006; 16(6): 648–651.
30. Committee of school health of Ministry of Education. *Strategy for school health in Lebanon*. Report for the Ministry of Education, June 2009. Lebanon.
31. Glanz k, Rimer B. and Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. 4<sup>th</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass Publications, 2008, p.590.
32. Donovan R and Henley N. *Social Marketing: principles and practice*. Melbourne: IP Communications, 2003, p.400.
33. Paillé P and Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2<sup>ème</sup> édi. Paris: Armand Colin Publications, 2008, p.315.

34. Bener A, Kamal A, Tewfik I, et al. Prevalence of dieting, overweight, body image satisfaction and associated psychological problems in adolescents boys. *Nutrition & Food Science* 2006; 39 (5): 295-304.
35. Gittelsohn J and Kumar MB. Preventing childhood obesity and diabetes: is it time to move out of the school? *Pediatric Diabetes* 2007; 8(Suppl.9): 1-15.
36. Food and Agricultural Organization. L'éducation nutritionnelle du public. <http://www.fao.org/docrep/v9951F/v9951f01.htm> (1995, accessed 11 February 2013).
37. World Health Organization. (2008) Cadre pour une politique scolaire: mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'activité physique et la santé. WHO report.
38. Health Canada. *The integrated Pan-Canadian Healthy living*. Report, Health Canada, CA, 2005.
39. Habib R, Hamdan M, AlSahab B, et al. The influence of parent-child relationship on safety belt use among school children. *Health Promot Int* 2010; 25(4): 403-4011.
40. Khawaja M, Abdulrahim S, Afifi R, et al. Distrust, social fragmentation and adolescents' health in the outer city: Beirut and beyond. *Soc Sci Med* 2006; 63: 1304-1315.
41. Afifi R, Yeretizian J, Rouhana A, et al. Neighborhood influences on narghile smoking among youth in Beirut. *Eur J Public Health* 2010; 20(4): 456-462.
42. Griffith CJ, Mathias KA and Price PE. The mass media and food hygiene education. *BFJ* 1994; 96 (9): 16-21.
43. Hornik R and Kelly B. Communication and Diet: An Overview of Experience and Principles. *J Nutr Educ Behav* 2007; 39: S5-S12.

44. Reger B, Wootan MG and Booth-Butterfield S. Using mass media to promote healthy eating: A community-based demonstration project. *Prev Med* 1999; 29: 414-421.
45. Makoul G and Curry RH. The value of assessing and addressing communication skills. *JAMA* 2007; 298 (9): 1057-1059.
46. Yeretian J and Afifi R. "It won't happen to me": the knowledge-attitude nexus in adolescent smoking. *J. Public Health* 2009; 31(3): 354-359.
47. World Health Organization-Regional Office for the Eastern Mediterranean. Planning for effective communication strategies to improve national nutrition programmes. Report, WHO-EMRO, Egypt, 2007.
48. Rosser W. Nutritional advice in Canadian family practice. *Am J Clin Nutr* 2003; 77:1011S-1015S.
49. Scriven A. Policy and politics: A perfect storm of public health policy. *PPH* 2010; 130(6): 253.

**Figure 1: Integrated conceptual framework to study perceptions associated with an eventual implementation of school health strategy in Lebanon**

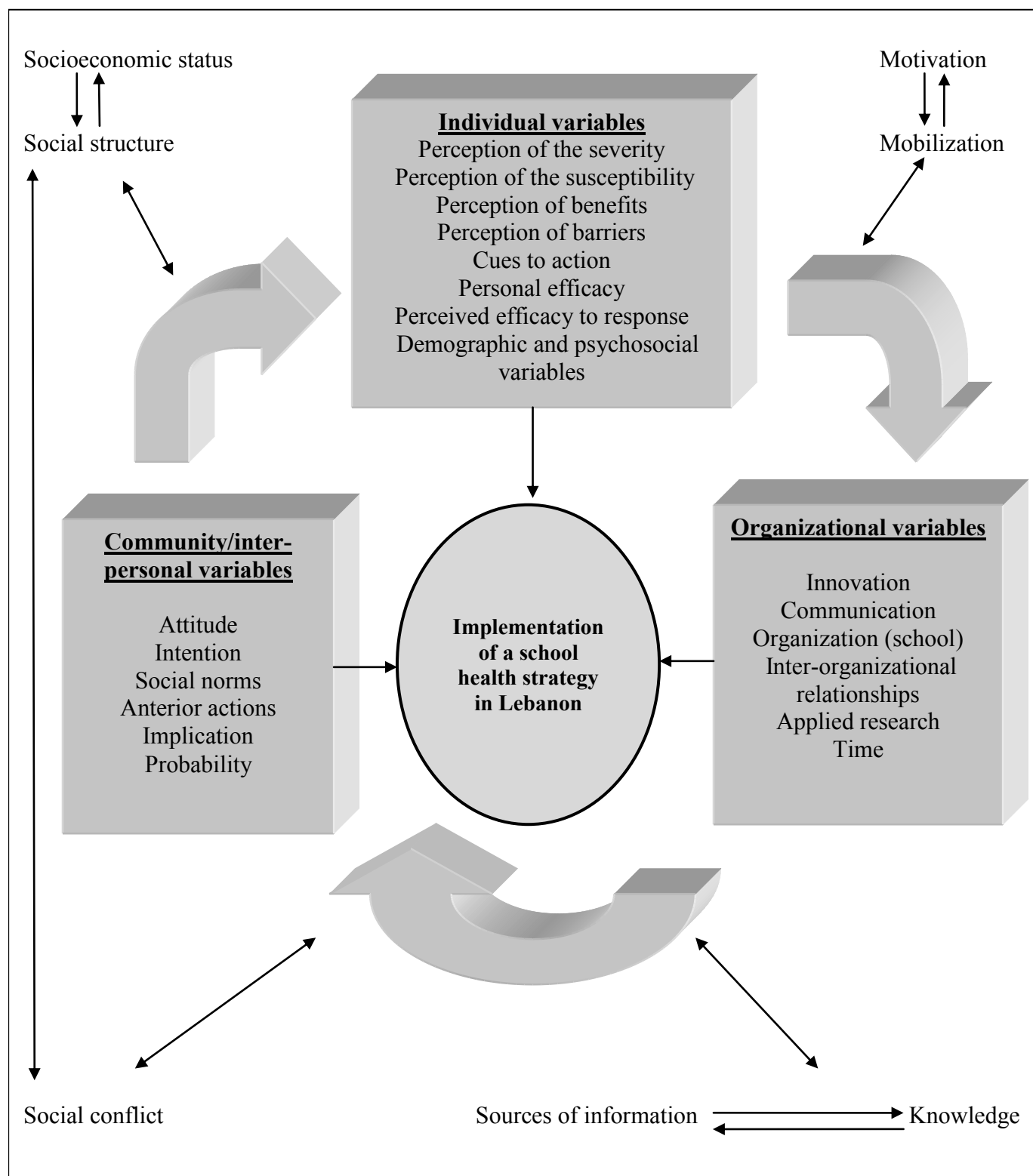




Table 1. Common stakeholders perceptions of facilitating factors and barriers associated with eventual implementation of SSH in Lebanon

<b>Variables</b>	<b>Facilitating factors</b>	<b>Barriers</b>
<b>Community/ interpersonal variables</b>	Enhance the implication & support of the communities (parents, associations)	Lack of reinforcing environments (families, peers, neighborhood...)
	Ensure broad participation of the public & stakeholders throughout the process of the SSH	Diversity in communities' intentions & attitudes to act in favor of the SSH
	Adopt a comprehensive & participative approach	
	Make sure SSH is aligned with previous actions accepted by the community	
	Carry out complementary actions on several variables (politics, environments, behaviors, attitudes, interpersonal relations)	
<b>Individual variables</b>	Certain youth profiles (motivated, empowered, educated, part of a circle interested in health, convinced by SSH content) facilitate SSH deployment	Disparities in physical activity practices in the young people (related to age, sex, level of education and level of income)
	Stimulating arguments (body image, social acceptance, self- esteem) to be used with the youth to make them responsible for their lifestyle	Directive approach with the young people to lead them to act in favor of the SSH
	Health promotion actions need to start at an early ages	
<b>Organizational variables</b>	Creation of multi level collaboration between communities, organizations & sectors (school personnel, students, families “especially mothers”, municipalities, NGOs, the food industry, media, health professionals, social workers, international organizations)	Inappropriate physical school environment especially in public schools (poor hygiene, lack of playgrounds and sports facilities)
	Creation of platform for coordinating & guiding actions & activities	Presence of contextual disparities between public & private schools
	Establishment of an initial school profile by conducting an analysis of the situation	Lack of human & financial resources in schools
	Identification of leadership & role distribution between stakeholders	Lack of time at schools to integrate health education in their curriculum
	Using a variety of channels of communication (mass media, social media, health clubs, popular/famous personalities, actors, singers, parental role modeling, publicities, billboards) individually or simultaneously	Inappropriate social environment or climate at schools (lack of respect, moral support and protection against health & violence problems) especially in public schools
	Establishing harmonious & transparent partnerships & alliances	Lack of experience in interactive & participatory pedagogy
	Planning permanent monitoring & evaluation of the SSH	Individualism & lack of cooperation between civil, public & private sectors
		No terms set for SSH objectives (short or long term)
<b>Other variables</b>	SSH must take into account the cultural context, the social, regional & ideological structures, & several political divisions	Heavy impact of politics on decision & policy makers
		Many stakeholders could resist & create conflicts of interest
		Socio-economic concerns & priorities
		Lack of political & financial support

Table 2. Stakeholders' complementary perspectives about facilitating factors and barriers associated with the eventual implementation of SSH in Lebanon

Stakeholders	Facilitating factors	Barriers
<b>Municipalities</b>	Presence of national support & coordination	Lack of parental time conferred to youth
	Recognition of the role of municipalities	Impact of fast lifestyle especially in urban regions
	Motivation of youth with concrete arguments & examples	Lack of public confidence in government programs
	Adaptation of actions per segment (age, region, type of school)	Lack of cooperation between local authorities & other sectors
		Economic & political instability
<b>Ministry of Education</b>	Partnership & consolidation between media & food industry	Lack of evaluation programs of nutrition & physical activity
	Positive attitude toward the SSH	Irresponsibility of young people
	Role enhancement of health advisors in public schools	Thoughtlessness of all potential public health stakeholders
	Clear networks between all stakeholders	Using passive health dictation methods nearby the parents
		Lack of cooperation in public sector
<b>Ministry of Health</b>	Use similar health awareness plan in all the communities	Lack of programs focused on nutrition & physical activity
	Ensure capacity building	Searching for financial profits in public schools
	Enhance public motivation	Lack of experts working in health promotion & education
	Create advocacy	Social norms " <i>Parents give more pocket money to boys than to girls</i> "
	Develop collaboration between pop stars and expert persons in: scouts, ministries, food industry, NGOs, political & religious organizations	Parents' food strategies (using food as a reward) " <i>If you finish your homework early, I will take you to eat fast food</i> "
<b>Ministry of Social Affairs</b>	Carry out comprehensive & individual interventions	Discordance with school food services
	Encourage team work	Lack of cooperation between NGOs & public sectors
	Support familiarity with previous actions	Presence of unreliable stakeholders
<b>UN agencies (UNFPA, UNRWA)</b>	Provision of helpful services (information, infrastructure)	Negative impact of mass media on health & social behaviors
	Advocacy & lobbying	Bad timing for implementing the SSH
	Segmentation of target population	Bad choice of SSH stakeholders
		Lack of regular SSH evaluation
<b>World Health Organization</b>	Use health indicators to assess the school environment & personnel	Lack of local or national programs focused on nutrition & physical activity
	Recognize NGOs' experience & professionalism in schools	Lack of national health indicators especially among youth
	Increase collective actions between NGOs & the government	Lack of inter- & intra- organizational cooperation & communication
		Critical role distribution
<b>Academic and experts in</b>	Develop interventions in all environments (media, industrial)	Stakeholder competition for power positions or personal profits

<b>research</b>	Use of marketing approach & techniques	Impact of socio-cultural diversity
	Recognize nutritionists & academics as health educators	Lack of programs aiming at nutrition & physical activity in schools
	Ensure regular process evaluation	Social norms, e.g., <i>"Girls do not exercise"</i>
		Intensity of commercial objectives of the food industry
		Lack of collaboration between ministries or between NGOs
Traditional health education method		
<b>Public health expert (working on health promotion on television)</b>	Integration of regular health interventions in the curriculum	Difficult to convince adolescents to change their lifestyle
	Use of messages tailored for several audience segments	Discrepancy between public & some private schools
	Empower the youth, e.g., <i>"It's your choice"</i> , <i>"It's your responsibility"</i>	Diversity of social structures, mentalities & religions
	Recognition of time constraints for efficient social network	Lack of transparent partnerships
<b>Pediatrics</b>	Use of several type of interventions (awareness, education, prevention) in all environments	Lack of regular collaboration & communication between medical sector & schools
	Increase in youth familiarity with the traditional Lebanese culinary skills	Inconsiderate of social norms
	Addressing special care for rural regions, vulnerable groups & public schools	Lack of culinary competence & skills
	SSH must be well organized & adapted to the Lebanese context	Impact of the social structure diversity on people's mentality
<b>Health advisors (working in public schools)</b>	National school health strategy should act like a law in schools	Indifference in public schools regarding the SSH
	Consider political & religious characteristics of each region	Lack of cooperation between sectors (public, private & civil)
	Inclusion of representatives from all political & religious parties in the SSH	Absence of NGO interventions in public schools of rural regions
		Lack of financial resources in rural regions
<b>Lebanese Dietitians Association</b>	Develop health promotion interventions in all environments	Lack of resources in rural regions
	Enhance team work	Lack of services in urban regions
	Use marketing approach & techniques in SSH	Presence of resistance & conflicts of interest between stakeholders
<b>Food industry</b>	Recognize leadership of private universities in health education	Youth addiction to sedentary activities
	Integration of SSH in the school curriculum	Lack of compliance with the SSH content
	Segmentation of target population	Lack of organization & planning for health actions
	Use of a top-down approach (from government to municipalities)	
<b>Non-Governmental Organizations (NGOs)</b>	Ensure regular evaluation of outcomes	Lack of human resources especially in public schools
	Lebanese population is receptive to all health promotion programs & innovations	Lack of collaboration between parents and school principals in public schools

**6.2 Article 2 soumis au "School Community Journal" le 18 février 2013**

**Titre**

**Youth and adults' perceptions of a scholar health strategy in Lebanon's schools**

**Auteurs**

**HAMADEH Sima and MARQUIS Marie**

## Introduction à l'article

La contribution de Sima Hamadeh pour cet article est significative. Mme Hamadeh a mené et rédigé la revue de littérature, rédigé le protocole de recherche, effectué le recrutement, la collecte, la transcription des données, leur synthèse, l'analyse et l'interprétation des données, de même que la rédaction du manuscrit. Marie Marquis, Ph.D., a participé à la revue de littérature, à l'interprétation des données et à la rédaction du manuscrit.

Ce deuxième article répondra surtout aux objectifs spécifiques liés à l'hypothèse 3 de la thèse, soit **Le manque de collaboration entre le secteur privé et le secteur public sera l'une des principales barrières à l'atteinte des objectifs visés par la SSS.**

La majorité des études qui s'est intéressée aux politiques alimentaires scolaires ne s'est intéressée qu'aux environnements physiques et offres alimentaires scolaires. Pourtant, le rôle du cadre scolaire (directeur, responsable du service alimentaire, jeunes et leurs parents) deviendra de plus en plus primordial dans tout le processus de l'implantation des politiques sanitaires scolaires. Il est donc impératif de s'intéresser, en phase de pré-implantation, aux perceptions de tout ce cadre scolaire des facteurs facilitateurs et des barrières au déploiement d'une politique de promotion de santé scolaire.

Cet article suggère une nécessité d'analyser qualitativement les perceptions du cadre scolaire, des parents et notamment des jeunes associées aux déterminants d'une éventuelle politique de promotion de santé scolaire dans tous les profils des écoles libanaises (urbaines, rurales, privées, publiques). Ces déterminants peuvent être regroupés sous diverses catégories de variables comme proposées par le cadre intégrateur conceptuel de l'étude, soient: variables individuelles, variables communautaires, variables organisationnelles et autres variables pour mieux comprendre leurs interactions et complémentarités.

Cet article a montré des perceptions spécifiques pour chacun des groupes d'adultes et de jeunes. La spécificité de la perception résulte des différences d'âge, de sexe et d'appartenance sociale. Les résultats des participants adultes à cette étude montrent que les communautés libanaises seront favorables à la SSH et soutiendront son développement si les ressources (humaines et financières) et les structures (socio économique, culturelle, politique, religieuse et régionale, à la fois rurale et urbaine) sont prises en considération.

Les perceptions communes des adultes des écoles privées et publiques ont révélé que la mise en œuvre de la SSH est entravée par le manque de législations et par les contraintes et disparités politiques, sociales et régionales actuelles. En outre, le leadership, le partenariat, la participation active et la collaboration sont perçus comme étant des facilitateurs au déploiement de la SSH. Toutefois, les barrières au développement de la SSH sont nombreuses dans les écoles publiques, plus que dans les écoles privées, notamment le manque de discipline, l'environnement physique inapproprié, l'absence de collaboration entre les écoles et les parents, la pauvreté, le manque de ressources humaines et financières, et la diversité des croyances et des nationalités.

Finalement, cet article a démontré que les habitudes alimentaires et l'activité physique des jeunes sont fortement influencées par les caractéristiques de leurs environnements physiques et sociaux. Les contraintes de temps, le goût, la publicité, la promotion et l'éducation en particulier en provenance de leurs idoles, sont les principaux facteurs qui motivent les jeunes à agir dans le sens d'un éventuel programme de promotion de santé scolaire.

## **Abstract**

School represents a proper place for health promotion among youth. This study examines the determinants for implementing the Strategy of school health project in Lebanon by studying the perceptions of the school personnel, the parents and the youth regarding an eventual school nutrition policy. An exhaustive integrated conceptual framework was used to approach the problems at different levels of action, namely individual, community/interpersonal and organizational. The target population of this study consists of directors, responsible of food services, youth ages 10 to 14, teachers and parents in 8 private and public schools in urban and rural Lebanese regions. Directed and semi-structured individual interviews were conducted with directors, responsible of food services and youth. Focus groups were conducted with parents and teachers. Data from this research have been submitted to a thematic qualitative analysis to identify barriers and facilitators for school nutrition policy development in Lebanon. The results showed that the organizational variables (collaboration, coordination, partnership and advocacy) are identified by adults as the most determinants for the development of school nutrition policy. However, individual variables (perception of health risk susceptibility, age, autonomy and body image) are the most identified by youth. Additionally, socioeconomic and socio-cultural factors such as resources constraints, social structures, political divisions and religion influence the development of school nutrition policies. Lebanese population should be segmented into groups with respect to age, gender, religion and region in order to receive efficient, tailored messages to act in favour of an eventual school health policy. Hence, interventions in public and private schools should be designed to better reach and influence their target groups and characteristics. Mostly public schools do not have enough human and financial resources to accommodate school health programs needs. This article recommends integrating a comprehensive approach to

understand the interaction between individual, community, organizational and other variables as determinants of school nutrition policies development.

**Key words:** Health promotion, health policy, nutrition, physical activity, perceptions, home-school coordination, parents, youth, collaboration, advocacy.

## **Introduction**

Eating behaviors and physical activity are influenced by individual, physical, social and psychological factors (Oltersdorf, 2003; Hamadeh & Marquis, 2008; Story, Neumark-Sztainer & French, 2002; Warwick, Mcilveen & Strungnell, 1997). External influences are perceived to be the greatest on youth lifestyle, especially adolescents, and conflict with parental influences, leading to an assertion of individual personality and choice (Story et al., 2002; Warwick et al., 1997).

In most of the world, trends related to youth food consumption (Arnas, 2006), physical activity and leisure time activities (French, Story & Jeffrey, 2001) show a shift over the past few decades towards unhealthy patterns. These recent trends could carry important developmental and health risks such as obesity (Arnas, 2006; Gittelsohn & Kumar, 2007; Story et al., 2002).

With the growing problem of youth overweight and obesity in North America, researchers have begun to focus on family and social influences on youth lifestyle patterns (Patrick & Nicklas, 2005). Efforts include awareness campaigns in national (Warwick et al., 1997) and local mass media (Narhinen, Nissinen & Puska, 1999), health education activities in supermarkets (French et al., 2001; Gittelsohn et al., 2006; Narhinen et al., 1999), and community health promotion



interventions in schools and at work sites (French et al., 2001; Gittelsohn & Kumar, 2007; Story et al., 2002).

Schools and families could indeed contribute to help youth become "health literate" (Sormunen, Tossavainen & Turunen, 2011) and learn skills to identify, analyze, investigate and refute what is being portrayed in media, advertising, (Story et al., 2002) neighborhoods (Afifi, Yeretizian, Rouhana, Nehlawi & Mack, 2009) and society (French et al., 2001).

During the past few years, Lebanon has been experiencing a nutritional transition in food choices and habits (Yahia, Chakar, Abdallah & Rizk, 2008). The dietary habits of youth have shifted from the Mediterranean diet to fast food patterns (Yahia et al., 2008). As a result, overweight and obesity are increasingly being observed among youth, especially boys (Hamadeh & ElZein, 2011; Jabre, Khater-Menassa, Baddoura & Awada, 2003; Sibai, Hwalla, Adra & Rahal, 2003). Consequently, the World Health Organization (WHO), the Ministry of Health, the Ministry of Education and the School national committee of Health in Lebanon positioned nutrition policy as a priority to be implemented in the school environment (Ministry of Education, 2009). In June 2009, they proposed the Strategy of school health (SSH) with an aim of establishing a school health program nearby all stakeholders (public, private and civil sectors) to improve the health condition of students, school personnel and communities (Ministry of Education, 2009). Thus far, the SSH has not been deployed and it can be expected that several factors are likely to determine its implementation.

Thus, the purpose of this study is to identify the facilitating factors and barriers to an eventual policy of nutritional health promotion in Lebanese schools, as perceived by school personnel, parents and youth.

## **Methodology**

**Approach/design:** Several studies suggest using a mix of theories and models in health promotion programs (Bastien, Langevin, LaRocque & Renaud, 1998; Delisle & Strychar, 2006; Desy, 2009). In this study, an integrated comprehensive conceptual framework (figure 1) is proposed with an aim of understanding and explaining the determinants of SSH success in Lebanese schools. This conceptual framework results from using several theories and models to approach the problems at various levels of action (individual, community/interpersonal and organizational) namely, the Theory of Trying, the Rossister-Percy Motivational Model, the Health Belief Model, the Protection Motivation Theory, the Diffusion Theory, the Theories of Organizational Change, and the Communication Theory (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008).

**Setting:** The study was conducted in Lebanon. The sample was stratified into two geographical areas, urban (Beirut) and rural (Northern and Southern Mount Lebanon), that were chosen based on the massive and diverse distribution of the Lebanese population (Desy, 2009). A total of eight schools (four rural and four urban) composed this sample. All schools offer education in primary and complementary cycles, serving young people between the ages of 10 and 14.

**Participants:** The target population of this study consists of adult and youth groups from the school environment. Forty-eight youth were recruited in eight schools (two rural private, two

rural public, two urban private, and two urban public). In each school, six youth (three children ages 10-12 years and three adolescents ages 12-14 years) were enrolled. Adult groups included four directors, four managers of school food services and four focus groups of parents and teachers. Adults were enrolled from only four of the eight schools where youth were recruited (one rural private, one rural public, one urban private, and one urban public).

**Methods:** Directed and semi-structured individual interviews with students, directors and food services managers were conducted by a single interviewer (first author of this study) for a maximum duration of 60 minutes for adults and 30 minutes for youth. Before the individual interview with the directors, the profile of the school (factual description, socioeconomic profile of students, surrounding school environment, food supply) was obtained to determine the school climate and situation.

For teachers and parents, mostly mothers, focus groups were conducted with six to eight participants including both profiles. During the interviews, adult (school personnel, teachers and parents) and youth participants were asked to answer different questions related to the 25 variables of the integrated conceptual framework of this study. The youth questionnaire was simplified and adapted for their age. Also, psychosocial and demographic questions were added to estimate their weight, height, social structure, sports and leisure time activity preferences, and food habits.

On the questionnaires for adults, youth, and focus groups, grids displaying questions in three languages (English, French and Arabic) were used to reach all the participants according to their verbal skills.

Data collection: Recruitment began late September 2010 and was completed late January 2011. An explanatory written document on the SSH and its objectives was sent with the notice of recruitment to ensure that all participants obtained the same information.

Public schools were identified by the representative of the Ministry of Education and the principal investigator, taking into account the following inclusion criteria: school size, mixed environment of the school (co-ed schools), and the French or English language. Private schools were chosen using the same criteria by the principal investigator from a list of private schools located in the same geographic areas (Beirut, and Northern and Southern Mount Lebanon).

The director of each school was identified via telephone or email. Upon accepting to participate in the project, the director was asked to identify other key actors in the establishment (teachers, parents, food services managers, students). Those who agreed to participate in this study were asked to sign a consent form. The project was approved by the Ethics Committee for the University of Montreal's Faculty of Medicine.

Analysis strategy: Data from this research were subjected to a thematic qualitative analysis (Paillé & Mucchielli, 2008). The analysis plan met the objective of this study, taking into account the importance attached to the four broad categories of variables (individual, community, organizational and other variables) according to the geographic profile (urban, rural) and the school profile (private, public).

The first stage of this analysis involved the production of major findings for each interview grouped and reduced into common themes under the four categories of variables. The analysis was iterative. Whenever new themes emerged, they were retained to be considered as facilitating factors or barriers to SSH development.

Next, the major findings were synthesized by respondent group (adults including directors, teachers, parents, and food services managers; youth including students ages 10 to 14) to identify similarities or differences in their perspectives separated by private and public schools. The study analysis yields the five following sections: respondent profile; school context in Lebanon; sport, leisure activities and food preferences among students; perception of healthy food, healthy lifestyle and sources of health and nutrition information; and attitudes toward the SSH.

Authors of this study discussed the themes and synthesis, challenging the findings and leading to a final exhaustive and complementary perspective from different interviewees.

## **Results**

**Respondent profiles:** In total, 48 youth (twenty boys and twenty-eight girls) between 10 and 14 years of age participated in this study, representing different religions and nationalities. The majority of students in urban schools are Muslims, while the majority of those from rural schools are Christians in Northern Mount Lebanon and purely Druze in Southern Mount Lebanon.

Family size for students attending private schools ranges from two to three siblings. However, family size for students attending public schools differs according to region and varies from less than two siblings to more than four in urban areas.

Adults participating in this study included four directors, four food services managers, seventeen teachers and ten parents coming from different regions and religious backgrounds. Few adult participants, particularly in public schools, have ever taken part in actions related to school health promotion. It is worth noting that almost all health education and promotion programs previously implemented were neither well documented nor evaluated.

**School context in Lebanon:** The Lebanese school context is very heterogeneous. There are religious and cultural disparities between private and public schools. Students in Lebanese schools have different nationalities. In public schools, many students are vulnerable refugees from Syria, Palestine, Iraq and Kurdistan, whereas in private schools, many students come from countries typical of diplomats, such as France, the U.S. and China.

All schools offer food services; they are supervised by teachers trained to be health advisors in public schools and by school administrators in private schools. However, the type of food service varies from one school to the next. In rural areas, food services consist of kiosks sponsored by a soft drink company, usually offering soft drinks and snacks. In urban areas, food services provided in public schools are kiosks, while those in private schools are cafeterias or canteens. Vending machines are absent in public schools and banned by school administration in all private schools that were visited.

Within the schools, walls are covered with messages reflecting school values. The majority of private schools hang posters and photos about physical activity (e.g., an urban Anglophone private school hangs posters on healthy eating and physical activity; a rural Francophone private school in Southern Mount Lebanon shows pictures of sports tournaments). In contrast, almost all public schools hang hygiene guidelines, especially in rural areas, or students' paintings, especially in urban areas.

Active transportation is not encouraged in Lebanon except in one urban public school where active transportation (walking) is not intentional but observed due to lack of parking in the school area. Parents or private buses are responsible for students' transportation.

Physical activity is a priority for private schools which require students to exercise between two to four hours per week. In addition, private schools provide appropriate physical environments (seasonal sports play yards, gyms and trained teachers) and physical activities just for students or involving teachers and students.

Of the schools visited, only private schools have an appropriate physical environment to support learning about healthy lifestyle (play yards, classes, libraries, health care services and food services), and staff (director, teachers, food services manager, supervisor) responsible for building relationships based on mutual respect with students and their parents. Whereas parent participation is observed occasionally in private schools, for example, when conferences are held or administrative decisions are to be communicated, parent participation is rarely observed in public schools.

All Lebanese students are screened for weight and height at the beginning of the school year. This screening is performed by the school physician in private schools. In public schools, a physician and a health advisor, who are appointed by the Ministry of Education and responsible for performing an annual medical visit, carries out the screening.

However, healthy lifestyle awareness is not systematic in Lebanese schools unless there is an emerging epidemic (e.g., H1N1). Only two private schools (one rural, one urban) are working on healthy lifestyle guidelines. Three schools (one rural public, one rural private and one urban public) reported having participated in school health programs such as holding fruit or healthy sandwich days.

According to adult respondents, NGOs work closely with the Ministry of Education and play an important role in supporting school health, especially in public schools. NGO contributions cross regional, religious and political divisions. For example, schools in Beirut and other Sunni Muslim regions of Lebanon are supported by an active Sunnite association. Schools in predominantly Shiite Muslim areas are supported by a powerful Shiite health organization. In Northern Mount Lebanon, the Christian majority are working with Christian organizations and the regional office of the Ministry of Social Affairs. However, support from NGOs is absent in predominantly Druze Southern Mount Lebanon, probably because Druze associations in the region are rare.



**Sport, leisure activities and food preferences among students:** The most commonly preferred sports among students of all schools are football, basketball, swimming, walking or running, soccer, volleyball, horseback riding and tennis. Some distinctions related to gender and geographical environment were apparent between students. In private schools, for example, boys prefer football while girls like swimming. Indoor training equipment and horseback riding were mentioned by girls in rural public schools and rural public and private school students respectively.

Moreover, students' favorite hobbies differed by school type and geographical environment. Almost all students in public and rural private schools have sedentary leisure activities (watching television, playing videogames, and using the Internet). Only students in urban private schools have physical leisure activities (football, basketball, soccer). Other social and family leisure activities (family visits, family plays) or cultural activities (reading and writing stories, painting) were indicated exclusively by students in rural private (especially in Southern Mount Lebanon) and all public schools (especially in Northern Mount Lebanon).

The students' favorite meals varied between types of schools. Almost all students from rural schools prefer homemade traditional Lebanese dishes, unlike students in public urban schools, especially children and boys of all ages, who prefer fast food. However, the snacks listed by almost all students were similar (mankoucheh, crescents, and cheese, labneh, thyme, ham, and chocolate sandwiches). Students in different regions reported less common snacks, such as chips, mainly by children in urban public schools, and chocolate, mainly by adolescents in rural schools. Note that the snacks listed in urban private schools are more diverse (granola bars,

donuts, pretzels and yogurt) and that students of these schools have special dietary behaviors (students do not eat at schools).

Common beverages chosen by all students were water and juice. Juice is the favorite drink of children, especially boys, in private schools. Specifically, students in the Anglophone urban private school have replaced soft drinks with lemonade and hot chocolate while students in the Francophone urban private school have substituted it with iced tea.

The favorite restaurants of Lebanese youth, especially when going out with friends, are mostly local or international fast food chains (McDonalds, Burger King, KFC, Domino's Pizza and Big Mommy) where they eat cheeseburgers, pizza, fries, chicken nuggets, and Lebanese shawarma. The only notable difference is that youth in private schools reported eating these dishes with fries but not necessarily with a soft drink, while youth in public schools order the trio format. *À la carte* restaurants are only frequented by the majority of girls from private schools when they go to restaurants with family to eat food such as steak with vegetables, salads and grilled Lebanese dishes with rice. Also, teenagers from urban private schools like to have hot chocolate and bagels with their friends in international coffee chains (Starbucks, Gloria Jean's Coffees).

**Perception of healthy food, healthy lifestyle and sources of health and nutrition information:** All adult participants gave almost the same definition of healthy food "*healthy food helps to maintain a good health and prevents from diseases*", and of healthy lifestyle

*"healthy lifestyle is a state of physical, mental and social well-being obtained by having healthy habits, good diet, regular physical activity and absence of stress".*

Common health problems identified by almost all adult participants for Lebanese youth were related to unhealthy lifestyle, sociocultural factors, beliefs, media pressure, heredity factors, lack of knowledge, lack of awareness campaigns, low economic status, and low parental (mother) education level.

Only a small number of youth, however, could name health problems encountered at adolescence in Lebanon, and they did not perceive themselves as being at risk for developing health problems in the future. Among the problems mentioned were weight problems (overweight, underweight and obesity), dental problems, sedentary lifestyle, anemia, malnutrition, smoking (cigarette, water pipe), and eating disorders. Participants aware of these health problems acknowledge that awareness campaigns and preventive intervention are needed in all environments (schools, workplaces and communities).

All participants mentioned the same sources of health and nutrition information in Lebanon. The cited sources were mass media, advertisements (especially on television), the Internet, parents, schools, health professionals, researchers, neighbors, peers and grocery stores (food labels). According to youth, the family (fathers and cousins for boys, mothers especially for adolescent girls, and older sisters for children), the school, health and beauty magazines, American programs on television (Dr. Phil, Oprah, National Geographic), peers especially in private schools, and social media are their main health and nutrition references. The trust the Lebanese place in these sources of health and nutrition information is mainly based on image (advertising

in mass media promoting nutritious products and healthy lifestyle), the health professionals (nutritionists, physicians) and the researchers. According to youth comments, it is important to note that students from public schools and rural areas appear to be more interested in health information than those in private schools and urban areas.

**Attitudes toward the Strategy of School Health:** Only three adult participants (one director, one teacher and one school nurse) had previously heard about the SSH from the Ministry of Education. Directors, teachers and parents from the private schools perceive that the development of the SSH must be gradual in some public and private schools, whereas food service managers, teachers and parents from public schools prefer massive implementation. Teachers and parents in the private urban school commented on the need to implement the SSH massively in public schools and gradually in private schools.

Almost all adult participants perceive that the SSH will be a slow process of implementation but with prompt results especially for changing hygiene habits.

Participants perceive that Lebanese communities will be favorable to the SSH and will support its development if the resources (human and financial) and structures (socio-economic, cultural, political, religious and regional, both rural and urban) are taken into consideration. Therefore, public participation throughout the process of the SSH will ensure maximum acceptance of this project. Moreover, almost all participants believe that the SSH cannot improve community lifestyles. It is essential to act in synergy with other environments (households, peers, neighbors, food stores, etc.) and health determinants (knowledge, socioeconomic, demographic and political

factors, etc.). More specifically, all participants perceive that the SSH is likely to influence youth lifestyle if youth perceive that the SSH would be beneficial to their health and physical appearance, if other environments support the SSH and if the SSH is monitored regularly.

All adult participants find that schools will perceive the SSH as either innovation or Americanization, depending on the development approach and adaptation to the Lebanese context, the regional location of the school and the attitudes of school directors.

In spite of the diverse participant perceptions of the facilitating factors and barriers associated with eventual SSH implementation, the analysis showed specific perceptions for each adult group and for youth. The specificity of perceptions results from the differences in age, gender, social class, and affiliated politics of respondents. For instance, some respondents perceived that youth coming from high social classes are more aware of the health hazards of unhealthy lifestyle and are more likely to accept the SSH as opposed to those coming from lower social classes. Whereas, other respondents perceived that youth coming from high social classes are tended to consume fast food and have sedentary lifestyle.

Respectively, Tables 1 and 2 present adult and youth group perceptions according to the four categories of variables (individual, community/interpersonal, organizational and others) on what constitutes facilitating factors or barriers to the SSH implementation. Common perceptions of adults from private and public schools revealed implementation of innovative SSH is impeded by lack of legislations, and current political, social and regional constraints and disparities. Furthermore, leadership, active participation and collaboration are perceived central ingredients of school health programs implementation. Hence, lack of collaboration between private and

public sectors was perceived as a major barrier to SSH implementation because it will not help to identify appropriate partners and stakeholders to work with during the implementation phases. Moreover, collaboration is essential to understand the importance of identifying existing gaps and activities in the work of the own stakeholders' organization and that of other organizations to save time and resources.

Of a particular concern are our specific findings that school physical environment and structures are major challenges facing SSH implementation in public schools. This is due to absence or deficient regulations and quality monitoring programs governing the development of healthy school environment starting with the school physical environment to the presence of certified staff at school to ensure health promotion. Mostly public schools do not have enough human and financial resources to accommodate curriculum, and health and physical activity programs needs. The findings of this study indicate that public schools are more familiar with health promotion programs but less interested in physical activity than private schools. However, barriers to implementing health promotion programs are abundant in public schools, more so than in private schools, and include lack of discipline, absence of collaboration between schools and parents, poverty, the human and financial resources required, and diversity of political and religious beliefs and nationalities.

Our adult results in urban schools are almost comparable with those obtained in rural schools. Specific perceptions for adults in urban schools indicate that national, political and religion support is needed to facilitate the SSH implementation. Whereas, more concern has been directed by adults in rural schools toward inter-organizational collaboration (schools, NGOs, food industry and municipalities) as a facilitator to SSH implementation. For adults in urban

schools, socioeconomic priorities and lack of intention to participate to SSH are barriers to its implementation. In rural schools, adults perceived regional disparities, lack of communication and misidentification of the key stakeholders barriers to SSH implementation.

Particularly youth in private schools and in urban schools have wider perceptions on how school health promotion programs could be efficient. They ask for more responsibilities and respect for their autonomy and needs. However, youth in public schools appear to be more passive, yet aware that their school is not an appropriate environment for implementing a school health program. For youth in rural schools, lack of perceptions of health risk susceptibility and severity is a barrier to SSH implementation whereas reinforcing communities are perceived as facilitators.

## **Discussion**

The findings of this study are consistent with those obtained in health promotion studies done in Lebanon. Our results indicate that private schools highlight the importance of school leadership, professionalism and capacity building to facilitate a school health program, especially in the Lebanese sociocultural and regional diversity (Tamim et al., 2007). In addition to school type, regions should also be taken into consideration when determining the effects on a health promotion program (Jabre et al., 2003; Sibai et al., 2003). Many characteristics, such as original, innovative ideas, parental and social influences and use of national nutritional legislation can reinforce school health programs in urban areas (Habib et al., 2010). In rural areas, leadership in schools and government, receptive communities, and familiarity with traditional Lebanese food are essential for school health implementation (Chakar & Salameh, 2006).

Moreover, food-related knowledge, preferences and consumption for youth, especially children, are linked to parental preferences, beliefs, and attitudes toward food (Patrick & Nicklas, 2005). Although parents, especially mothers, provide the strongest influence on children's health beliefs and behaviorism, they are not the only actors on which youth model their lifestyles (Patrick & Nicklas, 2005). Children and adolescents alike are also influenced by what their peers eat and whether or not they exercise (Patrick & Nicklas, 2005).

There is substantial evidence indicating how formative research can result in more culturally appropriate and effective interventions (Gittelsohn et al., 2006; Organisation Mondiale de la Santé, 2008) in Lebanon (Sibai et al., 2003). However, data from formative research on population level, physical activity and eating behavior in Lebanon are limited in terms of temporal trends (Chakar & Salameh, 2006). It appears in this qualitative study that youth are very active, especially in private schools, despite the increase in sedentary leisure activities (TV, video games).

Similarly to reports from previous studies, this study has demonstrated that youth eating and physical activity patterns are strongly influenced by characteristics of both physical and social environments (Patrick & Nicklas, 2005; Warwick et al., 1997). Time constraints, taste (Gittelsohn et al., 2006) advertising, promotion and education (Warwick et al., 1997), especially coming from their idols, are the primary factors motivating their food behavior and choice (Hamadeh & Marquis, 2008) and physical activity (French et al., 2001).



Although adult respondents were able to clearly define healthy food and lifestyle by responding to the question about healthy eating and healthy lifestyle definitions, in practice their behaviors and choices reflect that knowledge alone does not bring about change (Oltersdorf, 2003; Warwick et al., 1997; Yeretian & Afifi, 2009). Other factors still have greater influence resulting in less healthy food choices and sedentary lifestyle (French et al., 2001; Story et al., 2002; Warwick et al., 1997). A study from Lebanon also reported that youth probably think that health problems related to unhealthy lifestyle are long-term outcomes; they believe they are still young and probably consider themselves impervious to these types of problems (*"It won't happen to me"*) (Yeretian & Afifi, 2009). One area of influence is advertising (TV, magazines, billboards, grocery stores) and it is evident, as reported in this study, that, similarly to all youth, Lebanese youth are influenced by advertising methods, especially images, such as the use of characters on packaging (Warwick et al., 1997), television food advertising, and advertising done by popular local and international artists (Arnas, 2006; Reger, Wootan & Booth-Butterfield, 1999). One young respondent stated, *"I will do whatever Justin Bieber tells me to do"*.

Today's youth live in a media-saturated environment (Arnas, 2006; Brinberg, Axelson & Price, 2000; Marshall, Owen & Bauman, 2004). All of the mediated approaches (mass media, TV, print, the Internet, and social media) to nutrition and physical activity program deliver are likely to be important elements for disseminating the SSH. This finding is in line with those of other researchers (Gittelsohn et al., 2006; Marshall et al., 2004). Combinations of communication channels (Gittelsohn et al., 2006) and mutually supportive, integrated strategies are likely to be

more effective and need to be developed and evaluated systematically (Desy, 2009; Gittelsohn et al., 2006; Marshall et al. 2004; World Health Organization, 2007).

Strategies should focus on regional areas to enable coordinated, collaborative and sustained efforts to be established (Marshall et al., 2004). Hence, a tailored approach is important for using information elicited from individuals to create a message based on the individual's current beliefs, habits, attitudes, knowledge, social structure, affect and behaviour (Brinberg et al., 2000). The results confirm that the Lebanese population should be segmented into groups with respect to age, gender, religion and region in order to receive efficient, tailored messages (Brinberg et al., 2000). In particular, adolescents are not a monolithic group and should be segmented into sub-groups based on attitudes and lifestyles (Story et al., 2002). In addition, interventions in public and private schools should be designed and tailored to better reach and influence their target groups and characteristics (Sibai, Hwalla, Adra & Rahal, 2003). For instance, preparing from the data collected a descriptive physical environment health profile for each school is essential to develop a tailored intervention plan based on needs identified and the provision of resources.

More precisely, although gender was not perceived by all adults as a barrier to SSH development, in other studies, Lebanese girls, especially adolescents, also reported becoming conscious of "self, appearance, [and] body image" and are thus more susceptible to severe dieting or adopting healthy lifestyle (Field et al., 1999; Soueid, Kteily & Shediak-rizkallah, 2002; Warwick et al., 1997). Similarly, in other studies, parental (Habib et al., 2010; Sormunen et al.,

2011) and social (French et al., 2001) modeling could also encourage these behaviors because youth seek peer approval and social identity (Bastien et al., 1994; Story et al., 2002).

This study also reinforced the feasibility of cooperation between multidisciplinary and multisectoral active stakeholders in Lebanon (Desy, 2009; Narhinen et al., 1999; WHO, 2008). Establishing sustained alliances between academics, communities, government, municipalities, families, mass media, food and health industries, politicians, religious leaders, health professionals, advocacy NGOs and international agencies creates a more health-promoting social, economic, and physical environment to ensure SSH acceptance and persistency (Desy 2009; French et al., 2001).

Along with this advocacy, there is a need to develop effective collaboration among the major societal sectors (government, communities, policy makers, municipalities, corporations, civil society, politics and religion) in trying to produce self-responsible citizens (Oltersdorf, 2003) and to facilitate the SSH implementation (Desy, 2009; French et al., 2001; WHO, 2008). The strength of municipalities as potential collaborators lies in the fact that they are familiar with the ways that schools, supermarkets and local communities function (Narhinen et al., 1999), and with the local realities of using parks and other physical activity facilities in neighborhoods (Afifi et al., 2009; French et al, 2001).

In Lebanon, as with other countries, health programs that are adopted into existing community-based institutions, such as schools (Desy, 2009; Gittelsohn et al., 2006; Story et al., 2002), households (Oltersdorf, 2003; Story et al.,2002) and food stores (Gittelsohn et al., 2006;

Narhinen et al.,1999; Warwick et al.,1997) have greater potential of being maintained in the long term (Gittelsohn et al., 2006; Gitteslohn & Kumar, 2007; Narhinen et al.,1999; Richard, Gauvin & Raine, 2011).

The everyday situations of the Lebanese population need to be studied more intensively; indicators are needed to follow up the developments towards healthy lifestyle goals. Investigations on the nutritional behavior of the Lebanese population should depend on: 1) longitudinal perspectives (consider the time dimension in behavioral changes related to cultural and social changes); 2) nutritional competencies of health professionals in promoting health; 3) housekeeping activities, especially those of single parents (time management, culinary competencies); and 4) effects of information and communication on changing lifestyle.

Finally, it is worth considering how nutritional and public policies can affect food economics. Environmental changes, such as how food is marketed and priced, and urban planning have deep economic and social implications. Sustainability of lifestyle changes depends on continued consumption of new foods and participation in new activities. The effect of these policies is to shift the demand curve by providing more information on health effects, enjoyability of foods and how easy it is to prepare them.

## **Limitations**

Knowledge pertaining to Lebanese food behavior and previous health promotion researches are insufficient or marginal. The support of applied research is needed in order to plan, implement and monitor evidence-based programs (Oltersdorf, 2003) such as the SSH. This research was

exploratory and intended to inspire thought rather than draw firm conclusions (French et al., 2001).

## **Conclusion**

The current study differs from past research on school health policies in two respects. First, we used an integrated comprehensive conceptual framework to simultaneously examine food and physical activity in Lebanese schools. Then, we included perceptions of both students and adults on SSH implementation rather than relying only on adults' perceptions and attitudes.

This study presents an integrated conceptual framework which has highlighted some of the influences that may impact the SSH deployment. Adults and youth perceptions in Lebanese schools addressing facilitating factors and barriers at different levels of influence (individual, community, organizational...) which complement and build upon each other, are needed to thrive SSH development and implementation.

Factors influencing Lebanese youth lifestyle need to be better understood to develop effective health promotion policies at schools. Additionally, characteristics of the social environment, including various socioeconomic and sociocultural factors such as parents' education, time constraints, political divisions and religion influence youth lifestyle. Peer pressure is considered to be particularly influential on youth lifestyle. In Lebanon, youth considered peer pressure as a barrier to adolescents, especially boys, and as a facilitating factor to children, especially girls, who encourage each other to adopt a healthy lifestyle more than boys do.

Mass media campaigns were perceived as an important and necessary strategy for disseminating the SSH to the Lebanese at national, regional and local levels.

The challenge of helping youth adopt healthy lifestyles will require multifaceted, community-wide efforts. Health professionals have the potential to positively influence youth lifestyle through community outreach, advocacy, and building partnerships with media groups, government programs, NGOs, schools, community organizations, policy makers, youth groups, families, restaurants and the food industry.

Finally, the potential impact of the national SSH on ameliorating nutritional knowledge, awareness and behavior in Lebanese schools could be interesting, especially if it is conducted continuously and evaluated regularly.

## **Implications**

Future studies should consider a full economic evaluation that would focus on the overall tradeoffs between the cost of implementing nutritional policies and the short- and long-term changes in food (Gittelsohn et al., 2006) and physical activity (French et al., 2001) behaviors.

Beyond school intervention, there is a need for other environmental interventions and public policies, such as policies on food stores (Gittelsohn et al., 2006) and on urbanization to increase the use of walking and bicycling as a mode of transport. This includes financial support for bike path development, neighborhood redesign, and education and safety programs (French et al., 2001).

The potential exists to expand the use of this integrated model to other settings. Doing so would require more formative work in each of the proposed settings (Gittelsohn et al., 2006).

Further research completed by the authors of this article will continue to substantiate or deny current findings with regards to the perceptions of the other key Lebanese stakeholders within the SSH (Hamadeh & Marquis, submitted).

## References

Afifi, R., Yeretian, J., Rouhana, A., Nehlawi, M., & Mack, A. (2009). Neighborhood influences on narghile smoking among youth in Beirut. *The European Journal of Public Health*, doi:10.1093/eurpub/ckp173.

Arnas, Y.A. (2006). The effects of television food advertisement on children's food purchasing requests. *Pediatrics International*. 48, 138-145.

Bastien, R., Langevin, L., LaRocque, G., & Renaud, L. (1994). *Promouvoir la santé: Réflexions sur les théories et les pratiques*. Montmagny, Qc: Marquis.

Brinberg, D., Axelson, M.L., & Price, S. (2000). Changing food knowledge, food choice, and dietary fiber consumption by using tailored messages. *Appetite*. 35, 35-43.

Center for diseases control and prevention. *Online Child and teen BMI calculator*. Retrieved from <http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi>

Chakar, H., & Salameh, P. (2006). Adolescent obesity in Lebanese private schools. *European Journal of Public Health*. 16(6), 648–651.

Delisle, H., & Strychar, I. (2006). Obesity at adolescence: prevention is timely even in low income countries. *SCN news*. No32, 51-57.

Désy, M. (2009). *L'école en santé: Recension des écrits*. (Rapport de la Direction de santé publique au Québec). Montréal, Canada: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Field, A., Cheung, L., Wolfe, A., Herzog, D., Gortmaker, S., & Colditz, G. (1999). Exposure to mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*.103(3), e36.

French, S., Story, M., & Jeffery, R.W. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health*.22, 309-335.

Gittelsohn, J., Dyckman, W., Tan, M.L., Boggs, M.K., Frick, K.D., Alfred, J., ...Palafox, N.A. (2006). Development and implementation of a food store-based intervention to improve diet in the republic of the Marshall Islands. *Health Promotion Practice*.7(4),1-10.

Gittelsohn, J., & Kumar, M.B. (2007). Preventing childhood obesity and diabetes: is it time to move out of the school? *Pediatric Diabetes*. 8(9), S1-S15.

Glanz, k., Rimer, B., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco, SF: Jossey-Bass.

Habib, R., Hamdan, M., AlSahab, B., Tamim, H., Mack, A., & Afifi, R. (2010). The influence of parent-child relationship on safety belt use among school children. *Health Promotion International*. doi:10-1093/heapro/daq038.

Hamadeh, S., & ElZein, H. (2011). *Prevalence and Etiology: Middle East and North Africa (MENA) Countries. Epidemiology of Obesity in Children and Adolescents – Prevalence and Aetiology*. New York, NY: Springer.

Hamadeh, S., & Marquis, M. (2008). Food motivation: Content analysis of Chatelaine women's magazine. *Nutrition & Food Science Journal*. 38(1), 52-60.

Jabre, P., Khater-Menassa, B., Baddoura, R., & Awada, H. (2003). Overweight children in Beirut: Prevalence estimates and characteristics. *Child Care Health Development*. 31(2), 159-65.



Marshall, A.L., Owen, N., & Bauman, A.E. (2004). Mediated approaches for influencing physical activity: update of the evidence on mass media, print, telephone and website delivery of interventions. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 7(1), 74-80.

Ministry of Education in Lebanon. (2009). *Strategy for school health in Lebanon* (The Committee of school health Report). Beirut, Lebanon: Ministry of Education.

Narhinen, M., Nissinen, A., & Puska, P. (1999). Healthier choices in a supermarket. The municipal food control can promote health. *British Food Journal*. 101(2), 99-107.

Oltersdorf, U. (2003). Impact of nutrition behaviour research on nutrition programmes and nutrition policy. *Appetite*. 41, 239-244.

Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Cadre pour une politique scolaire: mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'activité physique et la santé*. [Rapport de l'OMS]. Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France: Armand Colin.

Patrick, H., & Nicklas, T. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*. 24(2), 83-92.

Richard, L., Gauvin, L., & Raine, K. (2011). Ecological Model Revisited: Their uses and evaluation in health promotion over two decades. *The Annual Review of Public Health*. 32, 307-326.

Reger, B., Wootan, M.G., & Booth-Butterfield, S. (1999). Using mass media to promote healthy eating: A community-based demonstration project. *Preventive Medicine*. 29, 414-421.

Sibai, A., Hwalla, N., Adra, N., & Rahal, B. (2003). Prevalence and covariates of obesity in Lebanon: findings from the first epidemiological study. *Obesity Research*. 11(11), 1353-1361.

Sormunen, M., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2011). Home-School collaboration in the view of fourth grade pupils, parents, teachers, and principals in the Finnish education system. *The School Community Journal*. 21(2), 185-211.

Soueid, R., Kteily, M., & Shediak-rizkallah, M. (2002). Preoccupation with weight and disorder eating behaviors of entering students at a university in Lebanon. *International Journal of Eating Disorders*. 32, 52-57.

Story, M., Neumark-Sztainer, D., & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*. 102(3), S40-S51.

Tamim, H., Al-Sahab, B., Akkary, G., Ghanem, M., Tamim, N., El-Roueiheb, Z., ... Afifi, R. (2007). Cigarette and nargileh smoking practices among school students in Beirut, Lebanon. *American Journal of Health Behavior*. 31(1), 56-63.

Yahia, N., Chakar, A., Abdallah, A., & Rizk, S. (2008). Eating Habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition Journal*. 7(32), doi:10.1186/1475-2891-7-32.

Yeretzian, J., & Afifi, R. (2009). "It won't happen to me": the knowledge-attitude nexus in adolescent smoking. *Journal of Public Health*. doi:10.1093/pubmed/fdp031.

Warwick, J., Mcilveen, H., & Strugnell, Ch. (1997). Food choices and the younger generation. *Journal of Consumer Studies and Home Economics*. 21, 141-149.

World Health Organization-Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2007). *Planning for effective communication strategies to improve national nutrition programmes*. (The WHO Report-EM/NUT/245/E). Cairo, Egypt: Metropole.

**Figure 1: Integrated conceptual framework to study perceptions associated to an eventual implementation of school health strategy in Lebanon**

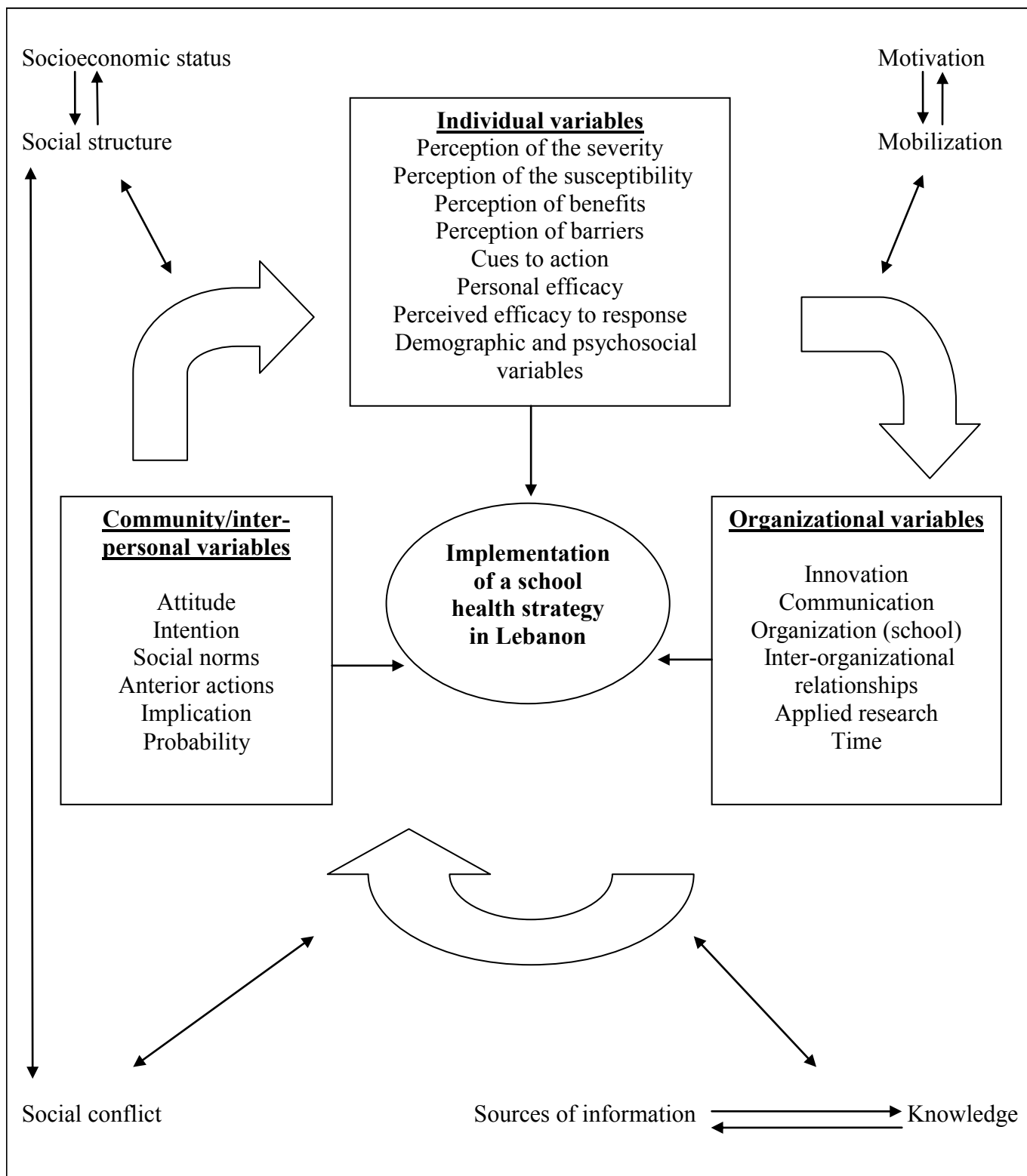




Table 1. Perceptions of Adults Associated with Eventual Implementation of School Health Strategy in Lebanon

Variables	Individual variables	Community variables	Organizational variables	Other variables (Motivation, mobilization, social conflict, knowledge...)	
<b>Schools</b>					
Private <i>(n=2 directors, 2 food services managers &amp; 2 focus groups "parents-teachers")</i>	<b>Facilitating factors</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individual characteristics (infancy; female gender; interested, well-informed &amp; convinced youth)</li> <li>- Use of tailored messages with respect age &amp; gender groups</li> <li>- Considerate youth needs; <i>body image, gender acceptance, copying model appearance as shown by mass media</i></li> <li>- Role of parents (availability at home<sup>2</sup>, mother role modeling...)</li> <li>- Role of health professionals in youth stimulation</li> <li>- Use of clear demonstrations, real examples &amp; focus groups<sup>1</sup></li> <li>- Implication of youth in decision making</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensure public participation (emphasize the concept of well-being &amp; body image, avoid monotony)</li> <li>- Presence of receptive &amp; supportive communities</li> <li>- Complete pre-existent life skills</li> <li>- Extravert attitude of the new generation toward new programs<sup>1</sup></li> <li>- Ensure financial profits of food services;<sup>1</sup> <i>"Provide us with healthier alternatives to buy &amp; sell without losing our profits."</i></li> <li>- Educated &amp; athletic families<sup>1</sup></li> <li>- Promote body image concept; <i>"you will look good"</i></li> <li>- Segmentation of the population based on age, communities...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leadership of schools<sup>2</sup> &amp; government<sup>1,2</sup> presented by Ministry of education<sup>1</sup></li> <li>- Use of functional communication methods &amp; mass media (interactive workshops, TV programs, the Internet &amp; RAP music with youth)</li> <li>- Need for collaboration between NGOs-public schools<sup>2</sup> &amp; between schools-parents,<sup>2</sup> especially mothers</li> <li>- Collaboration between food industry-school food services-person in charge of the SSH<sup>2</sup></li> <li>- Regular surveillance of school food services<sup>2</sup></li> <li>- Integrate the originality of SSH in the curriculum &amp; activities; <i>"summer camp, collective culinary classes"</i></li> <li>- Ensure professionalism &amp; capacity building in schools</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensure constant motivation &amp; mobilization of public &amp; key stakeholders (school personnel, government)</li> <li>- National support<sup>1</sup></li> <li>- Ensure public education (identify groceries &amp; food labels as sources of information)<sup>2</sup></li> <li>- Lack of credible sources of health information</li> <li>- Ameliorate public knowledge by using expert advice</li> </ul>
	<b>Barriers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individual lifestyle (urban, rural, high social classes, irresponsible families<sup>1</sup>, mother in workforce<sup>2</sup>)</li> <li>- Individual characteristics (adolescence, ignorance, poverty)</li> <li>- Peer pressure</li> <li>- Neglecting health determinants<sup>1</sup></li> <li>- Neglecting youth role in educating their families</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of intention to participate and/or comply with SSH</li> <li>- Implementing radical changes into lifestyles,<sup>1,2</sup> especially among older generations<sup>1</sup></li> <li>- Diversity in culture &amp; attitude of Lebanese communities</li> <li>- Impeding sociocultural environment (socioeconomic priorities<sup>1</sup>, impact of social norms)</li> <li>- Discrepancy between social classes; <i>"There is a huge socioeconomic gap between different Lebanese social classes."</i></li> <li>- Dietary myths</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weakness of public sector</li> <li>- Lack of experiences &amp; previous data on health programs</li> <li>- Lack of collaboration between private &amp; public sector</li> <li>- Schools' ignorance of the personal needs of youth;<sup>1</sup> <i>"School personnel should hear what they are the needs &amp; preferences of the youth."</i></li> <li>- Communication of contradictory health messages<sup>1</sup></li> <li>- Lack of resources (irresponsible school personnel) &amp; services (absence of physical activity services in public schools)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Misidentification of social key stakeholders &amp; their roles<sup>2</sup></li> <li>- Presence of social &amp; financial conflicts; <i>"Not all stakeholders will endorse similarly the SSH because some of them are searching just for their personal profit."</i></li> <li>- Rural social structures &amp; habits; <i>"Eating fatty traditional dishes made with fatty meat or oils will be stopped if local physicians asked to stop them."</i></li> <li>- Lack of mobilization</li> <li>- Lack of nutritional knowledge</li> <li>- Lack of national legislation on food<sup>1,2</sup> &amp; agricultural<sup>1</sup> products, &amp; on food advertisements<sup>1</sup></li> </ul>

<b>Public</b> <i>(n= 2 directors, 2 food services managers &amp; 2 focus groups "parents-teachers")</i>	<b>Facilitating factors</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Youth characteristics (infancy, adolescent girls, educated &amp; responsible youth)</li> <li>-Mother role modeling</li> <li>-Use of tailored messages (attractive &amp; convincing; terrifying for youth or children)</li> <li>-Use of regular &amp; daily health advice;</li> <li><i>"Directors should dedicate 5minutes each morning to advise their students."</i></li> <li>-High social classes; <i>"Wealthy people could more easily adopt a health lifestyle."</i></li> <li>-Use of gratifications;<sup>1</sup> <i>"competition between youth"</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prepare &amp; inform the communities about the SSH project</li> <li>-Parental implication</li> <li>-Recognize what is familiar to the communities in terms of certain food tastes &amp; life skills</li> <li>- Regular awareness campaigns</li> <li>-Maternal role modeling</li> <li>-Ensure public participation by using financial rewards</li> <li>-Ensure monitoring &amp; follow-ups for health promotion programs</li> <li>-Social acceptance &amp; support in all the environments (families, media, neighborhoods, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Daily civil education for youth</li> <li>-Integrate SSH in the curriculum</li> <li>-Role of municipalities in communication &amp; mediating relations between schools-parents<sup>2</sup></li> <li>-Inter-organizational union<sup>2</sup></li> <li>-Legislative &amp; governmental support; <i>"Government should support the SSH by establishing food, agricultural &amp; media legislation."</i></li> <li>-Recruitment of full time physicians &amp; school health advisors<sup>1</sup></li> <li>-Surveillance of food services in schools</li> <li>-Leadership of the Ministry of Education</li> <li>-Discipline and respect in the school environment</li> <li>-Follow-ups &amp; consistency of actions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Role of health professionals in health promotion on TV</li> <li>-Ensure public motivation via national &amp; local authorities</li> <li>-Increase youth familiarity with traditional Lebanese food &amp; tastes</li> <li>-Synchronize activities to avoid social conflict<sup>2</sup></li> <li>-Increase public health knowledge &amp; education; <i>"SSH is more acceptable when all the public is aware of the benefits of healthy lifestyle"</i></li> <li>-Use &amp; respect of political and/or religion chiefs influences<sup>1</sup></li> </ul>
	<b>Barriers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Individual characteristics (adolescence, poverty, ignorance, lack of discipline &amp; respect)</li> <li>-Social characteristics (large family size<sup>2</sup>, high social classes, parental negligence, single parents<sup>1</sup>)</li> <li>-Age differences between students of the same class in public schools<sup>2</sup></li> <li>-Religious influences on individual diet</li> <li>-Lack of perceived health risk severity or susceptibility</li> <li>-Neglecting youth role in educating their families</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lack of intention to participate<sup>1</sup> and/or comply<sup>2</sup> with the SSH</li> <li>-Parental mentalities &amp; attitudes</li> <li>-Inter &amp; intra regional disparities<sup>2</sup> (culture, attitude, beliefs, etc.)</li> <li>-Dietary myths</li> <li>-Rural communities</li> <li>-Lack of public and parental unconsciousness of youth health problems</li> <li>-Societal corruption<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Absence of follow-ups on health programs<sup>2</sup></li> <li>-Lack of team work</li> <li>-Unshared knowledge about health programs &amp; their results<sup>2</sup></li> <li>-Use of verbal communication only</li> <li>-Absence of health professionals in schools<sup>2</sup></li> <li>-Lack of collaboration between public schools-parents</li> <li>-Lack of autonomy in public schools activities; <i>"having to execute the requirements of the Ministry of Education"</i></li> <li>-Irresponsibility of school personnel<sup>1</sup></li> <li>-Diverse youth nationalities (Syrian, Palestinian, Iraqi, etc.) in public schools<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lack of mobilization&amp; motivation</li> <li>-Lack of food legislation; <i>"absence of high taxes on soft drinks"</i></li> <li>-Lack of culinary skills<sup>2</sup></li> <li>-Insufficiency of credible sources of health &amp; nutrition information</li> <li>-Social &amp; financial conflicts</li> <li>-Social, regional, religious &amp; political divisions <i>"SSH needs politicians &amp; religious head approval who are influential in their regions or smaller sub regional divisions"</i></li> </ul>

\*Words in Italic are examples of stakeholders' extracts

1= Urban schools; 2= Rural schools

Table 2. Perceptions of Youth Associated with Eventual Implementation of School Health Strategy in Lebanon

Variables		Individual variables	Community variables	Organizational variables	Other variables (Motivation, mobilization, social conflict, knowledge, etc.)
Schools					
Private (n= 24 youth)	Facilitating factors	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convince youth with arguments based on physical, mental &amp; biological well-being</li> <li>- Tailored messages with respect to age<sup>1</sup> <i>"Children like innovation &amp; originality"</i><sup>1</sup></li> <li>- Recognize adolescents' needs &amp; idols <i>"Justin Bieber is one of our idols"</i><sup>1</sup></li> <li>- Respect youth autonomy</li> <li>- Getting youth to feel responsible &amp; productive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sharing responsibilities between parents &amp; youth<sup>1</sup></li> <li>- Emphasize the physical activity part of the SSH</li> <li>- Adapt the SSH to Lebanese culture &amp; youth needs</li> <li>- Presence of reinforcing communities<sup>2</sup></li> <li>- Parental role modeling; <i>"father and/or mother role modeling"</i><sup>1</sup></li> <li>- Peer pressure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ameliorate school food services (quality, taste, variety)<sup>1</sup></li> <li>- Increase time &amp; variety of physical activities</li> <li>- Gain the support of school personnel</li> <li>- Interactive communication between young people;<sup>1</sup> <i>"I prefer to participate in school activities given by other peers."</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Banishing unhealthy food from all environments; <i>"Availability of sugar &amp; salty snacks is tempting"</i></li> <li>- Establishment of legislation</li> <li>- Ensure youth motivation &amp; mobilization (positive effect of parents &amp; popular people)<sup>1</sup></li> <li>- Regular follow-up</li> <li>- Role of health professionals, experts &amp; parents in increasing youth knowledge</li> </ul>
	Barriers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence of youth perception of health risk susceptibility &amp; severity<sup>2</sup></li> <li>- Heterogeneity in youth perceptions with respect to age &amp; gender<sup>1</sup></li> <li>- Girls' obsession with body image</li> <li>- Youth resistance to complying with the nutrition content of the SSH, more so than the physical activity part<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discrepancies in mentalities</li> <li>- Peer pressure</li> <li>- Difficult to change acquired patterns from the family environment<sup>2</sup></li> <li>- Religious restrictions<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of health education</li> <li>- Lack of physical education in public schools</li> <li>- Inappropriate physical environment in schools</li> <li>- Accessibility &amp; availability of unhealthy food</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of interest in health information<sup>2</sup></li> <li>- Difficult to motivate &amp; mobilize adolescents</li> </ul>
Public (n= 24 youth)	Facilitating factors	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Increase youth perceptions of SSH and the positive effects on physical, mental &amp; biological well-being<sup>2</sup></li> <li>- Using body image &amp; social acceptance arguments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensure broad participation among young people</li> <li>- Parental &amp; social role modeling</li> <li>- Peer pressure (for girls)<sup>2</sup></li> <li>- Presence of reinforcing environments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communicate SSH by using conferences<sup>2</sup> and "talk shows &amp; reportages"<sup>1</sup></li> <li>- Active school health advisors<sup>2</sup></li> <li>- Collaboration within schools<sup>1</sup></li> <li>- Use of strict regulations<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Increasing youth knowledge (role of schools &amp; parents)<sup>1</sup></li> <li>- Social segmentation</li> <li>- National mobilization</li> </ul>
	Barriers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence of perception of risk susceptibility</li> <li>- Polluted environment;<sup>1</sup> <i>"The Lebanese environment is polluted &amp; not helpful for the SSH implementation"</i>.</li> <li>- Food insecurity<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difference between youth perceptions with respect to regional belonging</li> <li>- Lack of youth enthusiasm &amp; willingness to participate in the SSH<sup>1</sup></li> <li>- Peer pressure (for boys)<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of school health services<sup>1</sup></li> <li>- Irresponsible school personnel<sup>1</sup></li> <li>- Inappropriate physical environment in schools</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversity in social &amp; regional structure</li> <li>- Gender discrimination in physical activity classes; <i>"We let boys play more than girls."</i><sup>1</sup></li> </ul>

1= Urban schools; 2= Rural schools

**6.3 Article 3 soumis au "Journal of Public Health" le 18 février 2013**

**Titre**  
**Linked Models and Theories: A Tool for Scholar Health Policy**  
**Implementation**

**Auteurs**  
**HAMADEH Sima and MARQUIS Marie**



## **Introduction à l'article**

La contribution de Sima Hamadeh pour cet article est significative. Mme Hamadeh a mené et rédigé la revue de littérature, rédigé le protocole de recherche, développé le cadre intégrateur conceptuel, effectué le recrutement, la collecte, la transcription des données, leur synthèse, l'analyse et l'interprétation des données, de même que la rédaction du manuscrit. Marie Marquis, Ph.D., a participé à la revue de littérature, à l'interprétation des données et à la rédaction du manuscrit.

Ce troisième article théorique explique la pertinence de l'utilisation d'un cadre intégrateur conceptuel basé sur divers théories et modèles sociaux, comportementaux et de communication pour mieux comprendre l'approche globale qu'une politique de promotion de santé nutritionnelle doit adoptée.

La majorité des études qui s'est intéressée aux politiques alimentaires scolaires ne s'est intéressée qu'au modèle écologique pour atteindre leurs objectifs de changement des comportements alimentaires. Pourtant, le mixage des divers modèles et théories aide à dégager toutes les variables perçues par les acteurs clés, les écoles, les communautés et les jeunes comme barrières ou facilitateurs de l'implantation des politiques sanitaires scolaires.

Cet article suggère une nécessité d'utiliser un cadre conceptuel intégrateur et exhaustif pour guider les entrevues auprès des adultes et des jeunes dans le but d'étudier leurs perceptions associées aux déterminants d'une éventuelle politique de promotion de santé scolaire dans les écoles libanaises (urbaines, rurales, privées, publiques).

Le cadre intégrateur conceptuel proposé dans cette étude est original dans sa façon d'approcher les diverses catégories de variables (individuelles, communautaires, organisationnelles et autres) influençant l'implantation des politiques sanitaires scolaires et permettant à la fois d'étudier ces variables auprès des adultes et des jeunes. Aussi, ce cadre est unique car il est le premier à être créé pour comprendre les déterminants d'une politique de promotion de santé scolaire en phase de pré-implantation.

Les résultats de cet article ont révélé la capacité du cadre conceptuel intégré proposé à capter l'influence de chaque catégorie de variables (individuel, communautaire/interpersonnel, organisationnel) ainsi que le dynamisme, l'interdépendance ou les interconnexions liées à chaque contexte qui guident en permanence les travaux des décideurs politiques et facilitent le déploiement d'une éventuelle politique de promotion de santé

scolaire.

Plus précisément, les variables individuelles ont montré que les jeunes Libanais ont une connaissance approfondie de leur santé, de l'impact de l'environnement dans lequel ils vivent, et de leur rôle en tant qu'agents actifs dans leurs propres vies. Ainsi, la promotion de la santé dans toutes les écoles au Liban devrait être plus alignée avec la compréhension des besoins des jeunes afin de les inciter à adopter et à maintenir les saines habitudes de vie dans toutes les situations. Les variables communautaires ont montré l'importance du rôle de la société dans les PAS en créant les infrastructures et les services de santé facilitants leur déploiement. Une approche globale et une participation active du public dans le développement des programmes de santé sont donc essentielles pour leur acceptation et leur mise en œuvre. Les variables organisationnelles ont montré la nécessité d'une collaboration multisectorielle et de coopération entre les parties prenantes multidisciplinaires, comme les universitaires, les communautés, les écoles, le gouvernement, les municipalités, les jeunes, les parents, les médias, les professionnels de la santé, l'industrie alimentaire et les organisations non gouvernementales. Ces intervenants doivent former des alliances et avoir un engagement soutenu à créer un environnement sain et salubre.

Enfin, les variables du cadre conceptuel intégré sont toutes interconnectées pour se faire une idée sur ce que les jeunes Libanais et adultes croient qu'il faudrait faire pour soutenir une politique de santé scolaire réussie. Les résultats de cet article suggèrent que le cadre conceptuel intégrateur de cette étude offre des perspectives sur les facteurs déterminants prévus dans le déploiement d'une politique de santé scolaire qui peuvent aider les parties prenantes dans leurs pratiques de communication et de promotion.

## **Abstract**

**Background:** Combining theories and models increases the potential for understanding determinants of success for implementing school health policies. However, there is currently no literature offering an integrated theoretical framework to study the facilitators and barriers as perceived by adults and youth to implementing a school health promotion policy.

**Methods:** An integrated conceptual framework was used to approach the school policy at three levels of action, namely individual, community and organizational. The target population of this study conducted in Lebanon consists of 32 multidisciplinary stakeholders, 48 youth and 35 adults (including principals, school food services managers, parents and teachers) from 8 schools. Directed and semi-structured individual interviews and focus groups were conducted. Collected data have been submitted to a thematic qualitative analysis.

**Results:** A holistic theoretical framework could help to implement a school health policy. The comprehensive conceptual framework proposed in this study amalgamates several variables involved in the process of health promotion under various categories (community/interpersonal, individual and organizational) to facilitate school health policy implementation. Individual variables revealed the importance of understanding the needs of youth and motivating them to adopt and maintain healthy lifestyles. Community variables showed the role of global approach and active public participation in developing health programs. Organizational variables showed the need for cooperation and communication between multidisciplinary stakeholders.

**Conclusion:** The integrated framework of this study offers perspectives on determinant factors anticipated in the deployment of a school health policy which may help the stakeholders in their promotion and communication practices.

**Key words:** Health promotion, school health policy, public health, nutrition, physical activity, perspectives.

The prevention of overweight among youth is important to reduce the risk of health complications<sup>1-6</sup> and psychosocial consequences in both childhood and adulthood.<sup>6-7</sup> Overweight among youth is a complex health problem related to several factors including heredity, parental weight, socioeconomic status, early childhood nutrition, level of physical activity and engagement in sedentary activities such as watching television.<sup>6-8</sup> Encouraging and enabling youth to establish an active lifestyle and healthy eating habits is our best insurance that they will grow into healthy adults.<sup>7,9</sup> Lifestyle changes, which require adjustments in our environment to make physical activity and healthy eating easier, more affordable and more attractive, will be necessary if we expect to achieve sustainable results.<sup>7,10-11</sup>

Unless effective interventions are designed and implemented, the persistent increase in the rate of overweight youth may continue unabated, with serious implications for the health status of the emerging adult population.<sup>5-6,9,12</sup> The main goal of health promotion is to enhance positive health by encouraging people to adopt a healthier lifestyle and devising strategies to enable them to increase control over their own health.<sup>13</sup> Young people are often a target group for health promotion because they are considered vulnerable to ill-health.<sup>14-15</sup>

However, it should no longer be acceptable to blame individuals alone, notably youth, for their lifestyle habits,<sup>16</sup> which are mainly associated with societal<sup>16-17</sup> and economical<sup>17-19</sup> factors and require substantial changes in health promotion strategies. There will be a need for balance between individual and environmental approaches, and between education-based, multisectorial and environmental interventions<sup>16,20</sup> to optimize diet and increase physical activity.<sup>17-19</sup>

Schools have been a popular setting for health promotion and education where youth can learn about health and its determinants<sup>11,21-22</sup> and develop the skills to resist unhealthy lifestyles.<sup>11,22-23</sup> Thus, schools play an important role in ameliorating youth nutrition.<sup>7,22</sup> Some evidence supports key components of school health promotion, namely, that programs should be sustained, multifactorial, holistic, locally evaluated and use whole-school approaches (curriculum, services and activities).<sup>11,21-22</sup>

People's health attitudes and actions may be affected by beliefs about what is normal<sup>17,24</sup> and socially acceptable,<sup>20-24,25</sup> and by the extent to which they can control their own health.<sup>13,24</sup>

Therefore, using appropriate theories and models within a social marketing approach<sup>1,13</sup> is necessary to explain interrelationships between attitude, knowledge, communication<sup>26,27</sup> and other factors related to human behavior and life habits.<sup>20,27-28</sup>

Various theoretical models have been used in an attempt to define and understand the factors which interrelate to make health education and promotion effective,<sup>26</sup> such as the Health Belief Model (HBM),<sup>17,26</sup> Ecological Models,<sup>22,29,30</sup> Social Cognitive Theory (SCT),<sup>9,18</sup> and the Transtheoretical Model to study stages and processes of change<sup>17</sup>.

HBM is used widely in health education to explain individuals' perceptions of a problem, condition or behavior in terms of health motivation.<sup>17,24</sup> The HBM defines cues to action as the factors that make people change their behavior.<sup>24</sup> However, HBM is insufficient to change behaviors because it relies only on individual variables and needs to be combined with other social theories.<sup>24</sup>

Ecological models emerged from many disciplines (sociology, education, public health) which converged to form the basic principles of health promotion.<sup>30</sup> These models take into account the relationships between individuals and their environments and divide environmental influences on behavior into four interacting levels: microsystems (psychosocial and biological influence), mesosystems (family, peers), exosystem (community, school) and macrosystem (culture, socioeconomic and political systems).<sup>22,29,30</sup> However, ecological models are limited in that they do not emphasize the interaction and integration of factors within and across levels of influence.<sup>30</sup> In recent years, it has been suggested that the ecological approach is a much broader method than ecological models and the way have been applied to health promotion and public health.<sup>30</sup> Indeed, the ecological approach integrates and explains interactions between new dimensions (e.g., collaboration, community capacity, participation, partnership and motivation) to complete the ecological models in terms of planning comprehensive health promotion programs<sup>30</sup>

The transtheoretical model has been effective in formulating successful educational interventions by describing individuals' needs and readiness for change through a series of five behavioral stages (precontemplation, contemplation, preparation, action, maintenance).<sup>17</sup> However, no scientific data have demonstrated the application of the model to study

stakeholders' perceptions of determinants associated with eventual implementation of a school health policy.

Finally, the SCT was the most common conceptual framework driving both the intervention and evaluation of school programs mainly in obesity prevention.<sup>9,18,29</sup> This makes sense, as SCT is based on observational learning<sup>9,17-18,29</sup> and modeling and emphasizes the impact of social context on human behavior.<sup>9,17,29</sup> Although SCT is a proper framework for educators and researchers who focus on adolescents, its effectiveness in targeting children is limited because they may not be in a position to internalize and act upon new concepts and behaviors.<sup>18</sup>

There is currently no literature offering an integrated theoretical framework to study the facilitators and barriers as perceived by adults and youth to implementing a school health promotion policy.<sup>31-35</sup> Models or theories are usually applied individually<sup>24</sup> or barely used<sup>21</sup> to study health promotion. For example, the Health Belief Model has been applied to food safety education.<sup>24</sup> The ecological model has been relevant to the field of school health promotion by considering how social, environmental and biological factors jointly influence health.<sup>1,18</sup>

Still, scientific evidence suggests that combining theories and models increases the potential for understanding determinants of success for implementing school health policies.<sup>1,13,18,22</sup> It is a great challenge to carry out interventions in a community environment with its diverse settings, institutions, organizations and multiple stakeholders.<sup>18,26,29</sup> Public policies therefore require different theories and models,<sup>1,13,18,22,26</sup> including multilevel socioecological approaches.<sup>18,22,29,30</sup>

Thus, the purpose of this study is to explore the pertinence of using an integrated conceptual framework based on several sociobehavioral and communication theories and models to guide interviews with adults and youth as a prelude to implementing a national school health policy.

## **Methods**

### **Design method**

The social marketing approach is an important and powerful tool for designing public health nutrition programs.<sup>36</sup> Mixing theories and models within the social marketing approach is useful for understanding and explaining the dynamics of health behaviors and the external influences on behaviors.<sup>1,13,22,29</sup>

An integrated conceptual framework is proposed (Figure 1) to explore stakeholder and youth perceptions toward school health policy implementation from different perspectives where various levels of action, namely community, individual and organizational variables, are presented. These levels of action integrate concepts stemming from theories and models to guide the planning and evaluation of programs based on the social marketing approach.<sup>36-37</sup> Theories and models include the Theory of Trying<sup>36</sup>, the Rossister-Percy Motivational Model<sup>36</sup>, the Health Belief Model<sup>36</sup>, the Protection Motivation Theory<sup>36</sup>, the Diffusion Theory<sup>36</sup>, the Theories of Organizational Change<sup>36</sup>, and the Communication Theory<sup>36</sup>.

### **Setting**

Social marketing suggests targeting schools and the community. This could be individuals who are recognized leaders in their environment, networks that promote program support, and coordinating agencies which maintain the programs.<sup>37-39</sup>

The target population of this study consists of 32 multidisciplinary stakeholders who are active in Lebanese communities, 35 adults (directors, food services managers, parents and teachers) and 48 youth (ages 10-14) from 8 schools. All participants were willing to express their perspectives to explore the determinants of deploying a national school health strategy (SSH) in the Lebanese school context (rural and urban, public and private).

### **Data collection**

Directed and semi-structured individual interviews with key stakeholders, students, directors and food services managers were conducted by a single interviewer (first author of this study). For teachers and parents, focus groups were conducted with 6 to 8 participants including both profiles.

During the interviews, adults and youth participants were asked to answer a questionnaire of 25 and 30 open-ended questions respectively. Both questionnaires are related to the variables of the integrated conceptual framework of this study, which are grouped under individual,

community, organizational and other variables. The project was approved by the Ethics Committee for the University of Montreal's Faculty of Medicine.

### **Analysis strategy**

Data from this research have been submitted to a thematic qualitative analysis.<sup>40</sup> The first stage of this analysis involved the production of major findings for each interview. They were then grouped and reduced into common themes under the four categories of variables of the conceptual framework (individual, community, organizational and other variables). The synthesis was iterative. Whenever new themes emerged, they were retained to be considered as facilitating factors or barriers to SSH development.

Next, the major findings were synthesized per respondent group (stakeholders, directors, food services managers, parents and teachers, and youth) to identify similarities or differences in their perspectives according to the school profile, namely the geographic area (urban, rural) and the socioeconomic school profile (private, public).

The authors of this study discussed its themes and synthesis, challenging the findings and leading to a final exhaustive and complementary perspective from different interviewees.

### **Results**

By virtue of its integrated, comprehensive conceptual framework and the participatory form proposed to guide interviews with adults and youth, this study necessarily recognizes the multiplicity of structures and the diversity of the participants' experiential knowledge and perceptions regarding the determinants of eventual school health policy implementation in Lebanon.

Overall, results showed that a school health policy based on creating a supportive environment promoting healthy choices has the potential for changing behavior in a way that is sustainable. However, actions are needed at different levels corresponding to the various layers of influence on youth, such as schools, households and local environments (neighborhoods and food retailers).

Indeed, the health problems of Lebanese youth are complex and may be related to lifestyle, acculturation, and cultural beliefs and practices. Whereas the lifestyles appear to be more



linked to family influences for children, adolescent lifestyles are more associated with individual characteristics and social or peer pressure.

More specific results in this study revealed the ability of the proposed integrated conceptual framework to capture the influence of each category of variables (individual, community/interpersonal, organizational, etc.), as well as the dynamism, interdependency or interconnections linked to each context, which continually guide the work of policy and decision makers in facilitating school health policy implementation.

More precisely, individual variables showed that Lebanese youth have sophisticated understanding of their health, the broader socioeconomic environment in which they live, and their role as active agents in their own lives. The health promotion agenda of all schools in Lebanon should be more aligned with understanding the needs of youth and motivating them to adopt and maintain healthy lifestyles in all situations.

Community variables showed the importance of society's role in health promotion policies; it has to develop appropriate infrastructures and health services that enable individuals to take responsibility for achieving a healthier lifestyle. A global approach and active public participation in developing health programs are therefore key to acceptance and implementation.

Organizational variables showed the need for cooperation between multidisciplinary stakeholders, such as academics, communities, schools, government, municipalities, youth, parents, mass media, health professionals, the food industry, and non-governmental organizations. These stakeholders must form alliances and have a persistent commitment to creating an environment focused on health and health promotion to ensure the acceptance and sustainability of a school health policy.

In addition to stakeholder advocacy, effective collaboration and multichannel communication need to be developed among all sectors to facilitate implementation and evaluation. Nevertheless, many stakeholders cited that applied research is needed if a society wants to improve a situation in order to plan, execute and control evidence-based programs.

Other variables of this study's conceptual framework showed that a successful health-promoting school policy in Lebanon should constantly strengthen its capacity as a healthy tool for living, learning and working. In particular, adult respondents revealed the importance of integrating information with pre-existing health perceptions, generally shaped by societal practices, for eventual development of a school health policy. Given the importance of these perceptions, substantial efforts need to be devoted to shape the public's views on health issues through mass and social media awareness campaigns.

Finally, the variables of the integrated conceptual framework are all interconnected to gain an insight on what Lebanese youth and adults believe should be done to support a successful school health policy. Table 1 presents comments gathered from different actors associated with all category variables inspired by the multiple theories and models used to elaborate the proposed conceptual framework, confirming that both adults and youth may comment on individual, interpersonal and organizational dimensions.

## **Discussion**

### **Main findings of this study**

The value of different theoretical models is to highlight a number of variables involved in the process of health promotion. The proposed conceptual framework attempts to amalgamate several of these variables in various categories (community/interpersonal, individual, organizational and others).

Data generated from using the integrated conceptual framework design suggest that the following considerations may ensure health school program sustainability: 1. It is built on theories that can be overturned or confirmed; hence, it helps to improve knowledge in health promotion; 2. It is designed progressively so that interventions are appropriate for the stage of development of children and adolescents; 3. It seeks to tailor each intervention to the specific socioeconomic and cultural characteristics of the community members; 4. It emphasizes active participation of the community and incorporates ongoing consultation as an essential activity to identifying the real issues and challenges encountered in the community; 5. It focuses on the time commitment for success and good relationships between partners to facilitate activities in the community; 6. It uses multichannel communications, resources and

services in place in schools to promote the concepts of ownership and belonging to the community; and 7. It reduces the overly heavy emphasis on school-centric approaches.

### **What is already known about this topic**

Theories and models are maps of reality depicting either objective facts or subjective meaning inside our minds.<sup>26,41</sup> Either way, we need to have theories that provide a compelling understanding of what affects people's life habits and that guide our research.<sup>26</sup>

Choosing a research design which will yield valid conclusions is always an important issue in research,<sup>17,41</sup> especially when studies use global approaches, as it is often the case in research on social marketing<sup>20</sup> and health issues.<sup>22,30,41</sup>

It is important to choose a holistic theoretical perspective<sup>26</sup> and the communication channels<sup>26,41-42</sup> that help identify all stakeholders' perceptions regarding the acceptance and implementation of an eventual school health policy. Switching from casual observation to intensive scrutiny is essential to better understand the determinants of this implementation.<sup>43-</sup>

<sup>44</sup> Asking open-ended questions to obtain statements of perceptions has the advantages of eliciting the full range, depth and complexity of the respondents' perceptions in their own words and with minimal distortion. This type of question reduces the likelihood of overlooking important possible factors which the investigator has not thought of.<sup>41</sup>

### **What this study adds**

The strength of this study was its design. First, this study is original in its exploratory research strategy and innovative in its unique way of approaching key actors at the pre-implementation phase. Secondly, previous policies were not clearly based on a conceptual model; the creative force behind this project is the comprehensive conceptual framework based on several models and theories. Thirdly, the results of this study will enrich our knowledge of the barriers and facilitating factors anticipated in deploying an eventual school health policy in Lebanon. This will help the health planners carry out their promotion and communication practices. Finally, this study can guide other national or international research to develop and evaluate the components of necessary school health policies by adapting the conceptual framework for their needs.

### **Limitation of this study**

However, the most common way of measuring perceptions—verbal self-report—has some limitations, particularly if subjects have any reason not to report accurately (e.g., subjects attempt to act in socially desirable ways because they are concerned about being judged).<sup>41</sup> Another limitation to this study is the subject profile. The subjects used in this study are not only better educated and more affluent than the public, they are also likely to have less crystallized attitudes and habits (e.g., educated people usually display less prejudice toward changing their attitudes).<sup>41</sup> This fact needs to be considered in interpreting research findings and planning future studies.<sup>41</sup>

## Conclusion

The potential impact of school health policy on ameliorating nutritional knowledge, awareness and behavior in Lebanese schools could be interesting, especially if it is conducted continuously and evaluated regularly. The results of this analysis suggest that the integrated framework of this study offers perspectives on determinant factors anticipated in the deployment of a school health policy which may help the stakeholders in their promotion and communication practices.

## References

1. Delisle H, Strychar I. Obesity at adolescence: prevention is timely even in low income countries. *SCN news* 2006;No32: 51-57.
2. Papandreou C, Abu Murad T, Jideh C, Abdeen,Z, Philalithis A, Tzanakis N. Obesity in Mediterranean region (1997–2007): a systematic review. *Obes Rev* 2008; 9:389–399.
3. Sibai A, Hwalla N, Adra N, Rahal B. Prevalence and covariates of obesity in Lebanon: findings from the first epidemiological study. *Obes Res* 2003; 11(11):1353-1361.
4. Kelishadi R. Childhood overweight, obesity, and the metabolic syndrome in developing countries. *Epidemiol Rev* 2007; 29:62–76.

5. Sharma M. International school-based interventions for preventing obesity in children. *Obes Rev* 2006; 8: 155–167.
6. Haas JS, Lee LB, Kaplan CP, Sonneborn D, Phillips KA, Liang SY. The association of race, socioeconomic status and health insurance status with the prevalence of overweight among children and adolescents. *Am J Public Health* 2003; 93(12): 2105–2110.
7. Woodward-Lopez G, Ikeda J, Crawford P. *Improving children's academic performance, health and quality of life: A top policy commitment in response to children's obesity and health crisis in California*. California: CEWAER's Network Report, 2000.
8. Vereeken CA, Todd J, Roberts Ch, Mulvihill C, Maes L. Television viewing behaviour and associations with food habits in different countries. *PHN* 2005; 9(2): 244-250.
9. Cole K, Waldrope J, D'Auria J, Garner H. An integrative research review: effective school-based childhood overweight interventions. *JSPN* 2006;11(3):166-177.
10. Afifi R, Yeretzian J, Rouhana A, Nehlawi M, Mack A. Neighborhood influences on narghile smoking among youth in Beirut. *Eur J Public Health* 2009: 1-7.
11. World Health Organization. *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Switzerland, 2006.
12. Hamadeh S, ElZein H. Prevalence and Etiology: Middle East and North Africa (MENA) Countries. In: L Moreno, I Pigeot and WA Ahrens (eds). *Epidemiology of Obesity in Children and Adolescents – Prevalence and Aetiology*. New York: Springer, 2011.
13. Bastien R, Langevin L, LaRocque G, Renaud L. *Promouvoir la santé: Réflexions sur les théories et les pratiques*. Montmagny, Qc: Marquis, 1994.
14. Warwick J, Mcilveen H, Strugnell C. Food choices of the younger generation. *Consum Stud and Home Econ* 1997; 21:141-149.

15. Shepherd J, Garcia J, Oliver S et al. Barriers and facilitators of the health of young people: A systematic review of evidence on young people's view and on interventions in mental health, physical activity and healthy eating. *Health Edu Res* 2006; 21(2):239-257.
16. World Health Organization. *The challenge of Obesity in the WHO European Region*. Denmark: WHO-Regional office for Europe, 2007.
17. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: total diet approach to communicating food and nutrition information. *ADA reports* 2002; 102(1):100-108.
18. Gittelsohn J, Kumar MB. Preventing childhood obesity and diabetes: is it time to move out of the school? *Pediatric Diabetes* 2007; 8(Suppl.9):1-15.
19. Caraher M, Coveney J. Public health nutrition and food policy. *Public Health Nutrition* 2003;7(5):591-598.
20. Yeretizian J, Afifi R. "It won't happen to me": the knowledge-attitude nexus in adolescent smoking. *J.Public Health* 2009: 1-6.
21. Gittelsohn J, Kumar MB. Preventing childhood obesity and diabetes: is it time to move out of the school? *Pediatric Diabetes* 2007; 8(Suppl.9):1-15.
22. Désy M. *L'école en santé: Recension des écrits*. Québec: Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009.
23. Health Canada. *Improving cooking and food preparation skills: A profile of promising practices in Canada and abroad, 2011*. <http://www.santecanada.gc.ca> (16 February 2013, last retrieved).
24. Griffith CJ, Mathias KA, Price PE. The mass media and food hygiene education. *BFJ* 1994; 96 (9): 16-21.
25. Tamim H, Al-Sahab B, Akkary G et al. Cigarette and nargileh smoking practices among school students in Beirut, Lebanon. *Am J Health Behav* 2007;31(1): 56-63.

26. Griffin E. *A first look at communication theory*. US: McGraw-Hill INC (2<sup>nd</sup> Edition), 1994.
27. Patrick H, Nicklas T. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *JACN* 2005;24(2): 83-92.
28. French S, Story M, Jeffery RW. Environmental influences on eating and physical activity. *Annu Rev Public Health* 2001;22: 309-335.
29. Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J. Am. Diet. Assoc* 2002;102(3): S40-S51.
30. Richard L, Gauvin L, Raine K. Ecological Model Revisited: Their uses and evaluation in health promotion over two decades. *Annu Rev Public Health* 2011; 32:307-326.
31. Ministère de la santé et des sports. *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*. [www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/nutri034.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/nutri034.htm) (16 February 2013, date last retrieved).
- 32- Ministère de l'Éducation, Loisir et Sport. *Pour un virage santé à l'école*. <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/virageSante/pdf/virageSante.pdf> (15 February 2013, date last retrieved).
- 33- National Governors' Council. *Food Policy in Schools: A Strategic Policy Framework for Governing Bodies*. National Governors' Council and Food Standards Agency report, 2005.
- 34- National School Boards Association. *Model Local School Wellness Policies on Physical Activity and Nutrition*. National Alliance for Nutrition and Activity (NANA) report, 2005.
- 35- Staples P. *The Australian Food and Nutrition Policy*. Foreword of the Minister for Aged, Family and Health Services, 1992.
- 36-Glanz k, Rimer B, Viswanath k. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco, USA: Jossey-Bass (4<sup>th</sup> edition), 2008.

37. Donovan R, Henley N. *Social Marketing: principles and practice*. Melbourne, Australia: IP Communications, 2003.
38. Food and Agricultural Organization. *Interventions in social communication on nutrition*. <http://www.fao.org/docrep/T2860T/t2860t03.htm> (18 February 2013, date last retrieved).
39. Renaud L, Chevalier S, O'Loughlin J. L'institutionnalisation des programmes communautaires: revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Can J Public Health* 1997;88 (2): 109-113.
40. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France: Armand Colin (2ème Edition), 2008.
41. Oskamp S. *Attitudes and Opinions*. New jersey, USA: Prentice-Hall INC (2<sup>nd</sup> Edition), 1991.
42. World Health Organization-Regional Office for the Eastern Mediterranean. *Planning for effective communication strategies to improve national nutrition programmes*. Cairo: WHO-EMRO, 2007.
43. Gittelsohn J, Dyckman W, Tan ML et al. Development and implementation of a food store-based intervention to improve diet in the republic of the Marshall Islands. *Health Promot Pract*. 2006;7(4): 1-10.
44. Oltersdorf U. Impact of nutrition behaviour research on nutrition programmes and nutrition policy. *Appetite* 2003;41: 239-244.



**Table 1. Perceptions from different stakeholders reinforcing the validity of the variables of the theories/models used in this study**

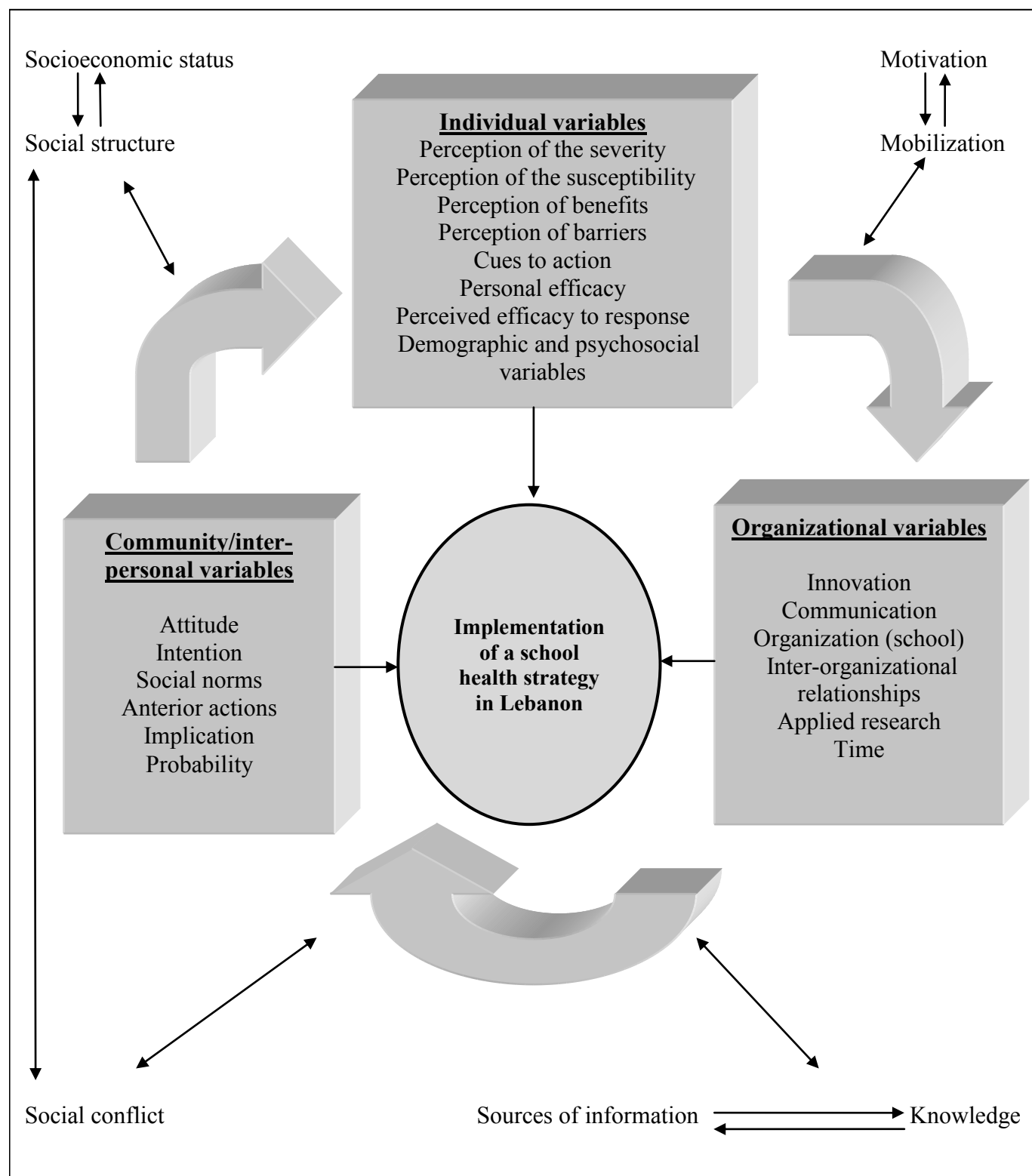
<b>Individual variables</b>						
<b>Theories &amp; models</b>	<b>Variables</b>	<b>Participants</b>				
		<b>Stakeholders</b>	<b>Directors</b>	<b>Food services managers</b>	<b>Parents &amp; teachers</b>	<b>Youth</b>
<b>Health Belief Model &amp; Protection Motivation Theory</b>	<b>Perception of severity</b>	Addressing youth health problems at schools is one of the effective preventive measures	Awareness & intervention campaigns are needed in schools to prevent youth health problems	Preventive interventions in schools are important to protect youth from diseases	Preventive intervention should start in schools but needs to be done in other environments (households)	Among Lebanese youth, major health problems do not exist
	<b>Perception of susceptibility</b>	Malnutrition, dental health & obesity are the most common health problems for Lebanese youth	Overweight & sedentary lifestyle are the major youth health problems in Lebanon	Food insecurity, eating disorders & overweight are current youth health problems	Eating disorders are health problems of adolescent girls who want to look like models	Youth will probably be at risk of obesity in the future if they don't have a balance between diet & physical activity
	<b>Perception of benefits</b>	Between the ages of 9 to 11 are the best time for making any kind of behavioral change in human character	Children & rural youth will be the youth profile most likely to benefit from SHP deployment	Children & girls are more likely to benefit from SHP deployment	Children and motivated, athletic youth are the youth profile most likely to benefit from SHP deployment	Having a healthy lifestyle in the school environment will enhance the physical & mental health of youth
	<b>Perception of barriers</b>	Adolescence & low educational level of parents, especially, mothers, are barriers to SHP development	Disregard for youth age while tailoring educational health messages could be a barrier to SHP development	Low socioeconomic status & inflexible cultural background of youth decelerate SHP deployment	Youth who live in poverty, rural regions & single families have more individual characteristics that act as barriers to SHP deployment	Schools' lack of interest & encouragement do not facilitate adoption of healthy lifestyle in the school environment
	<b>Cues to action</b>	Peer-to-peer methods enhance youth autonomy & responsibility, which stimulates them to adopt healthy lifestyle	Real life examples & photos will encourage youth to act in favor of an SHP	Work groups & real demonstrations will push youth to act in favor of an SHP	Pleasant & interactive methods encourage young people to comply with SHP content	Tips for having a healthy, strong & beautiful body will motivate youth to eat healthily & exercise
	<b>Personal efficacy</b>	Youth share what they learned about health with their parents when it comes to buying food from grocery stores	Youth will be proud to teach healthy habits learned from the school to other people in their environments	An SHP will be able to influence youth lifestyle in all environments if parents endorse their children's competencies	If youth take ownership of SHP, their lifestyle will be positively influenced in all environments	Youth spend much more time at school than anywhere else, therefore they will share learned healthy habits in other environments
	<b>Perceived efficacy to response</b>	The sustainability of an SHP determines the impact it will have on youth lifestyle	Certainly, youth participation in an SHP would likely influence their lifestyle in a positive way	SHP will gradually influence youth lifestyle, especially if youth are convinced of its health advantages	Active participation an SHP process will influence youth lifestyle	SHP will be a source of nutritional advice and guidance for youth
	<b>Demographic &amp; psychosocial variables*</b>	NA	NA	NA	NA	I eat "trio meals" in fast food restaurants when I am out with my friends and "Lebanese dishes" when I am with my family

<b>Community/Interpersonal variables</b>						
<b>Theories &amp; models</b>	<b>Variables</b>	<b>Participants</b>				
		<b>Stakeholders</b>	<b>Directors</b>	<b>Food services managers</b>	<b>Parents &amp; teachers</b>	<b>Youth</b>
<b>Theory of trying &amp; Rossiter-Percy Motivational Model</b>	<b>Attitude</b>	The population will be in favor of an SHP if it is addressed by decision makers & influential people	Only motivated segments of the population will be in favor of the approach to an eventual SHP	Family attitude toward health determines if they will be in favor of an SHP	People interested in health issues will be in favor of an SHP	Youth who do not come from families interested in health issues will not be in favor of an SHP
	<b>Intention</b>	Socioeconomic & cultural contexts determine community's intention to support an SHP	Communities will have the intention to support an SHP if it promotes their culture	Communities' cultural & educational background affect their intention to support an SHP	Intellectual & conscious communities will have the intention to support an SHP	Youth who are convinced by SHP benefits will have the intention to participate in it
	<b>Social norms</b>	SHP will be accepted differently depending on people's socioeconomic concerns & political priorities	SHP will be more accepted in urban regions where mothers are more educated & conscious of health issues	SHP will be more accepted in a high socioeconomic environment	SHP will be accepted if it emphasizes the health & beauty aspects, e.g., "you will look good"	Family rather than friends will encourage me to be exposed to health programs
	<b>Anterior actions</b>	Anterior school health actions were successful but need to be sustained	Some schools are barely exposed to awareness campaigns scheduled by the Ministry of Education & implemented by academics	No school health program involved food services management	Private school teaches children how to choose healthy food by reading labels; parents indirectly learned about eating healthier	Private school doesn't have health education programs but is interested in sports and extra activities
	<b>Implication</b>	Schools with appropriate infrastructure & services are ready to implement an SHP	All schools will be ready to implement an SHP when there are rules & legislation that take their needs into account	Schools with an appropriate physical environment & active personnel are ready to implement an SHP	Private schools have human & financial capacities to develop healthy lifestyle interventions	Youth participation in school health & sports activities is realistic if there is easy access to playgrounds & healthy food
	<b>Probability</b>	SHP should be supported by complementary actions in other environments to improve community lifestyle	SHP will improve community lifestyle because youth will apply learned healthy habits to all their environments	Certainly, SHP will have a positive effect on community lifestyle	Organized & endorsed SHP will ameliorate community lifestyle	SHP will modify youth lifestyle if it is strictly ruled by schools & reinforced in households
<b>Organizational variables</b>						
<b>Theories &amp; models</b>	<b>Variables</b>	<b>Participants</b>				
		<b>Stakeholders</b>	<b>Directors</b>	<b>Food services managers</b>	<b>Parents &amp; teachers</b>	<b>Youth</b>
<b>Diffusion theory &amp; Theories of organizational change</b>	<b>Innovation</b>	Schools will perceive SHP as a westernized idea but will see it as innovation	SHP will be perceived by schools as innovation since it is an uncommon program	Schools will perceive SHP as a positive & innovative project	Schools like to be pioneers in adapting new health programs	NA
	<b>Communi-cation</b>	Active, applied & tangible methods are the best channels of communication to disseminate an SHP	Interactive methods, mass media & integration of health education into school curriculum are the best means of communication to disseminate an SHP	Local authorities & schools should communicate SHP to parents & students respectively	Social media (Twitter, Facebook) can reach anyone, anywhere, and will therefore largely be used to disseminate an SHP	Youth prefer to receive health information via activities or visual & interactive communication
	<b>Organization</b>	Recruitment of health professionals will facilitate SHP implementation	As an organization, schools should offer encouraging characteristics for SHP implementation	Appropriate physical environment & capacity building are essential criteria for schools to implement SHP	Trained personnel & cooperative food service in schools are crucial in SHP implementation	Lack of sports, healthcare services in some public school

	<b>Inter organizational relationships</b>	Multisectoral collaboration is needed for SHP implementation to succeed	Schools should all cooperate to share the facilitating means of SHP deployment	Shared knowledge between stakeholders helps implement an SHP	Top-down (government, health agencies, food industry, etc.) inter organizational collaboration is needed to develop an SHP	NA
	<b>Applied research</b>	Human & financial resources are needed to develop SHP	Schools need resources to develop health policies	Not all schools have the experience to develop an SHP	Schools need experience &resources to develop an SHP	NA
	<b>Time</b>	SHP implementation should be massive in all schools; rapid outcomes should not be expected	It is better to develop SHP gradually in some schools; however, outcome results will be slow	Massive SHP deployment can ensure school compliance but changing lifestyle habits will be slow	If SHP is integrated in school curriculum as an ongoing national program, outcomes will be promptly observed	NA
<b>Other variables</b>						
Theories & models	Variables	Participants				
		Stakeholders	Directors	Food services managers	Parents & teachers	Youth
<b>Communication theory</b>	<b>Social structure</b>	Food industry & health educators are key social leaders in the development of SHP	Schools, private & public sectors are all key social leaders in the development of SHP	Government & school food services play a major role in SHP implementation	Grocery stores, government, parents, media, civil society, the food industry & health professionals are social leaders in SHP development	A dietitian & a popular coach could be responsible for health communication in school
	<b>Social conflict</b>	SHP stakeholders will struggle to have powerful roles in the policy process	Good role distribution, time & money are very important to consider in order to avoid stakeholder resistance to SHP	Skilled role distribution minimizes stakeholder resistance to SHP	Financial profit & power distinction are examples of resistance encountered between SHP stakeholders	NA
	<b>Motivation</b>	Training & guidance will enhance population readiness to proceed with a SHP	Population readiness to proceed with a SHP depends on its socioeconomic status & priorities	Wealthy people are more ready to proceed with an SHP	Positive attitude & persistent mobilization will push the population to act in favor of SHP	NA
	<b>Mobilization</b>	The Ministry of Education is working alongside non-governmental organizations to develop SHP in public schools	The Ministry of Education talks about an eventual SHP in certain meetings	Some have never heard of a school health policy	Some are not aware of or already play a part in the eventual SHP	Some have heard about the eventual SHP in Lebanon from the representative of the Ministry of Education
	<b>Sources of information</b>	Health professionals & mass media are the main sources of health information	The Internet, food labels, TV, & health professionals are the major sources of nutrition & health information	Advertisements & TV shows are the major sources of health information	Health professionals, TV, friends & neighbors are the most trustworthy sources of health information	Health professionals TV shows, my mother & the school are my trustworthy sources of health information
	<b>Knowledge</b>	Healthy lifestyle is obtained by regular exercise & healthy food (moderation & variety in food consumption)	Healthy lifestyle involves being active & eating healthily, which ensure healthy growth & mental development	Healthy foods fulfill daily nutritional needs while healthy lifestyle is a combination of healthy food & regular physical activity	Healthy lifestyle is a combination of an active life, mental health & a healthy diet rich in nutrients	Healthy eating is eating a variety of foods & moderation, whereas healthy lifestyle is eating healthily & exercising regularly

\*demographic and psychosocial variables are merged in the questionnaire with the socioeconomic status variable  
 SHP= School health policy

**Figure 1: Integrated conceptual framework to study perceptions associated with an eventual implementation of school health strategy in Lebanon**



## 6.4 Résultats complémentaires

Les résultats suivants complètent ceux qui sont représentés dans les articles. Dans un premier temps les perceptions des objectifs et bénéfiques d'une SSS au Liban sont abordées. Suivront les étapes jugées essentielles pour réussir l'implantation de la SSS dans le contexte scolaire libanais.

Subséquentement, les perspectives complémentaires sur les variables du cadre conceptuel seront présentées (précision des sous-variables communes et spécifiques identifiées par tous les groupes de participants).

### 6.4.1. Perceptions des objectifs et bénéfiques de la SSS

À l'égard des objectifs de la SSS, les participants adultes perçoivent que ses objectifs offrent un cadre pour la conception de l'implantation des programmes d'intervention en milieu scolaire adressant le double fardeau de la nutrition liés aux mauvaises habitudes de vie et de santé.

*" La SSS est un modèle de projet de santé scolaire global qui aura certainement un effet sur l'amélioration des habitudes de vie de la communauté similairement aux résultats obtenus par des projets sanitaires déjà pilotés dans les écoles semi-privées, religieuses ou publics". (Représentant du Ministère de la Santé)*

Également, la SSS peut servir comme un projet national stimulant pour relier les différents programmes ou actions individuelles de promotion de santé scolaire en cours sous toutes leurs formes.

*" Lorsqu'il y a des grands projets notamment au niveau national, tous les responsables des divisions dans le gouvernement (MS, ME), dans les universités privées, les ONGs et les organisations internationales auront l'intention d'y participer et d'unifier leurs*

*efforts". (Représentant des Organisations Non Gouvernementales)*

À l'égard du milieu scolaire, la SSS permettra aux écoles libanaises de démontrer leur engagement à faire un investissement efficace dans la santé de l'environnement des jeunes, la nutrition et le développement. Ainsi, elle supportera les écoles pour qu'elles créent un environnement physique, social et éducatif propice à la promotion de la santé globale et au bien-être nutritionnel des jeunes, qui à son tour contribuera à l'amélioration de leur apprentissage et réussite scolaire.

*" Un projet de santé scolaire comme la SSS peut améliorer les habitudes de vie de la communauté s'il est bien implanté car il est un programme à composantes multiples allant au delà du milieu scolaire pour toucher les différentes communautés libanaises ". (Représentant de l'industrie alimentaire)*

*" Les avantages d'avoir des bonnes habitudes de vie en milieu scolaire sont: choisir santé et agir mieux, être physiquement fort, se sentir bien dans sa peau, augmenter les connaissances sanitaires, avoir davantage de temps alloué aux activités physiques, être en pleine forme physique et mentale et renforcer l'image corporelle" (Jeune-école privée urbaine)*

*" La SSS servira comme un guide ou une référence à suivre pour adopter un mode de vie sain. Sa force est qu'elle est implantée dans le milieu scolaire favorisant et facilitant l'accès aux bonnes habitudes de vie et avançant des nouvelles idées et informations en matières de santé". (Jeune- école publique rurale)*

Si les participants y perçoivent des bénéfices directs pour l'école ils y voient aussi des avantages pour les familles et les communautés locales. Ainsi la SSS peut aussi renforcer la capacité des écoles dans la lutte contre les problèmes nutritionnels des familles et des communautés à l'aide d'une approche globale agissant à la fois au sein et au-delà de la classe. Dans le cadre de cette approche globale scolaire, la SSS peut consolider les réseaux de la communauté scolaire y compris le personnel scolaire,

les élèves, les parents, les collectivités et les autorités locales de santé et d'éducation, pour promouvoir la santé auprès des jeunes et les sensibiliser aux résultats indésirables liés à leurs mauvaises habitudes de vie (alimentation et mode de vie).

*" La participation des jeunes à des interventions de santé scolaire est nécessaire pour les sensibiliser aux bonnes habitudes de vie. A leur tour, les jeunes sensibiliseront actuellement leurs parents et environnements et dans le futur leurs enfants. Subséquemment, ces interventions de santé scolaire auront un impact général sur l'amélioration de la santé du pays qui pourra passer d'un pays en développement à un pays développé ". (Représentant du Service alimentaire scolaire)*

#### **6.4.2 Étapes nécessaires au déploiement de la SSS**

Les participants à cette étude ont partagé des perceptions communes et/ou complémentaires relativement aux étapes nécessaires pour la réussite de l'implantation de la SSS. Selon les perceptions analysées, ces étapes révèlent l'interaction de facteurs facilitants et de barrières potentielles dans le déploiement de projets de santé scolaire au Liban, entre autres la SSS. Les principales étapes sont les suivantes: évaluation initiale du contexte scolaire, engagement d'une équipe de travail, identification des domaines d'action.

##### **6.4.2.1 Evaluation initiale du contexte scolaire**

Il est primordial d'avoir des données sur le contexte scolaire régional et national, un aperçu du profil de santé du pays en ce qui concerne la santé des jeunes, la nutrition et l'activité physique, justifiant ainsi le déploiement de la SSS selon un calendrier donné.

*" La SSS doit être perçue comme un produit de marketing nécessitant une recherche préalable à sa diffusion pour mieux comprendre les données contextuelles, les facteurs socioéconomiques et les déterminants de la santé auprès de tous les segments de la population libanaise". (Expert spécialisé)*

Par ailleurs, au-delà de ce portrait global, certains participants adultes ont insisté sur l'importance de prendre en compte le contexte scolaire préalablement à la mise en œuvre de la SSS au niveau de l'école. Plus précisément, il s'agit d'évaluer dans quelle mesure un milieu scolaire est prêt pour la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique et donc prêt à soutenir un mode de vie sain. Son implication antérieure à l'égard des saines habitudes de vie est donc importante de même que le développement d'indicateurs de santé permettant de caractériser les écoles.

*" L'estimation de l'empressement des écoles à implanter la SSS doit être conduite dans les écoles libanaises afin d'identifier leurs niveaux et les requis pour une implantation réussie de la SSS". (Chercheur universitaire)*

*" Ces problèmes de santé nécessitent des interventions préventives non seulement pour prévenir les maladies chez les jeunes mais aussi pour faire ressortir les indicateurs de santé présents dans chaque environnement scolaire ce qui aidera à mieux agir dans le milieu physique (bâtiment inadéquat et résidentiel, répartition des écoles, besoin de rénovation, etc.) et au niveau du personnel scolaire ". (Représentant de l'OMS)*

Force de constater que les problèmes de santé ne sont pas communs à toutes les écoles. Par exemple certaines écoles affichent des problèmes de malnutrition, d'autres de surpoids et d'obésité et d'autres sont préoccupés de la qualité des aliments, des programmes d'éducation physique, de l'environnement physique scolaire, etc. Ainsi, la majorité des participants perçoivent comme étant primordial d'inclure un calendrier pour l'action proposée dans la politique sanitaire de l'école. Par ailleurs des distinctions entre les écoles publiques et les écoles privées furent exprimées.

*" Il est évident que l'application des projets de santé scolaire n'est jamais la même dans toutes les écoles privées et/ou publiques car les caractéristiques des écoles ne sont pas générales ni communes. Cependant, la volonté de la direction de l'école conquise à l'idée de la SSS, la présence des moyens (notamment dans les écoles*



*publiques) et la valorisation de l'action sont les principales caractéristiques facilitant le déploiement de la SSS dans les écoles". (Représentant du Ministère de l'Éducation)*

*"D'après mon expérience dans ce domaine, il est évident que l'application des projets de santé scolaire est plus facile dans les écoles privées que dans les écoles publiques lesquelles manquent de moyens. Ainsi, les caractéristiques des écoles nécessaires au déploiement de la SSS sont: le temps, les moyens, le cadre scolaire motivé et formé, les activités extrascolaires." (Représentant du Ministère de la Santé)*

#### **6.4.2.2 Engagement d'une équipe de travail**

Pour permettre cette auto-évaluation du contexte scolaire qui constitue la première étape du processus d'implantation de la SSS l'école doit avoir un comité d'assigné au projet et qui exercera un leadership déterminant.

Le comité assigné au projet et responsable de l'auto-évaluation doit réunir les acteurs concernés tels que le directeur d'école, les enseignants de différents grades (ex: d'éducation physique, de biologie, etc.), les autres personnels scolaires (personnel du service alimentaire, l'infirmière scolaire, médecin scolaire et de membre du personnel administratif), les représentants des parents, les représentants des enfants, les représentants de la communauté locale , ceux de la santé locale et les autorités éducatives.

*" A son tour, l'école (publique ou privée) représentée par le directeur doit recruter des professionnels de la santé, avoir un budget suffisant et un environnement physique adéquat pour le déploiement de la SSS. En général, les écoles privées possèdent ces caractéristiques facilitateurs plus que les écoles publiques ". (Représentant des parents-école privée urbaine)*

*" Par loi, les municipalités ont accès aux écoles publiques et à l'infrastructure. Ainsi, il faut les inclure comme des leaders sociaux au déploiement de la SSS à condition de ne pas intervenir dans d'autres rôles spécifiques à d'autres acteurs" (Experts spécialisés).*

*"Différents leaders sociaux peuvent jouer des rôles essentiels dans le développement de la SSS tels que; les directeurs scolaires, les enseignants, les parents, les législateurs, etc." (Chercheur universitaire)*

*" L'école (la directrice, les enseignants préférés), les parents, et les intervenants expérimentés, spécialisés ou populaires, externes à l'école doivent être responsables de la SSS dans les écoles". (Jeunes- écoles privées)*

Le comité doit aussi nommer un président/coordonateur, de préférence le directeur d'établissement scolaire qui après avoir procédé à une évaluation initiale du contexte scolaire et des ressources nécessaires à l'implantation de la SSS élaborera un plan d'action basé sur les domaines prioritaires identifiés (ex: intégrer la promotion de la santé dans le curriculum, créer un environnement scolaire favorable, fournir des services de santé et de soutien, avoir un écrit "Politique de santé scolaire", accroître la sensibilisation et la capacité de la communauté scolaire, etc.). Ce directeur y exerce un rôle important.

*" Le directeur doit être conscient des risques de problèmes de santé auxquels les jeunes sont exposés et du rôle que peut jouer l'école pour le prévenir". (Chercheur universitaire)*

*" L'environnement physique approprié est important mais pas nécessaire. Il est suffisant d'avoir un directeur motivé, actif et responsable". (Educatrice en santé scolaire)*

En bref, les acteurs adultes de cette étude perçoivent qu'un plan d'action exhaustif est nécessaire pour établir une école promotrice de la santé dans son environnement. Ainsi, une approche globale doit être adoptée dans une politique de santé scolaire pour l'école et les 'autres environnements (domiciles, communautés, voisinage, etc.). De ce fait, l'établissement d'une équipe multisectorielle est impératif

pour l'adoption d'une approche globale de promotion de santé scolaire nécessaire au déploiement de la SSS.

*" Le déploiement de la SSS nécessite une équipe multidisciplinaire car il s'agit de changement des habitudes où toutes les dimensions (socioculturelles, économiques, politiques, etc.) rentrent en jeu. Pourtant, la base d'une bonne collaboration au sein d'une équipe est l'intérêt commun qui se trouve entre les différentes parties". (Expert spécialisé)*

Cette équipe multisectorielle doit être composée des acteurs clés des secteurs concernés comme suit: les ministères (Ministère de la Santé, Ministère de l'Education, Ministère des affaires sociales, Ministère de l'agriculture), les agences des Nations Unies y compris le bureau local de l'OMS, les ONGs qui sont impliquées dans la promotion de santé scolaire, les chercheurs et les experts spécialisés, les politiciens, les professionnels de la santé, les représentants des différentes religions, les commissions scolaires, l'industrie alimentaire, les intervenants des médias, les municipalités, les diverses communautés, etc.

Une fois établie cette équipe multidisciplinaire devrait être responsable du processus d'implantation entier, des communications et du suivi nécessaire pour assurer que toutes les écoles et les communautés sont encouragées à agir dans le sens de la SSS, et devrait avoir l'approbation du gouvernement d'avoir une surveillance de tous les objectifs opérationnels de la SSS.

*" Le gouvernement représenté par les Ministères (Ministère de l'Éducation, Ministère de la Santé) est l'acteur clé dans le déploiement de la SSS. Aussi, ce secteur public est le seul leader social nécessaire à la coordination de la SSS avec d'autres parties (travailleurs sociaux, parents, écoles, etc.) surtout que le ministre de la santé peut jouer un rôle important vu qu'il est un médecin bien connu, actif et populaire". (Pédiatre)*

Pour exécuter ces fonctions, cette équipe devrait être mandatée par le gouvernement (Ministère de la Santé et/ou Ministère de l'Éducation, ou direction tournante entre les deux ministères) et entièrement financée par le budget identifié pour assumer ses fonctions, ses évaluations et ses plaidoyers.

*" Le gouvernement doit supporter cette équipe multidisciplinaire en offrant des supports techniques et financiers pour pouvoir accomplir ses fonctions. Pourtant, cette équipe doit avoir des activités responsables et transparentes". (Représentant de L'Association des Diététistes au Liban)*

*" Il faut que la responsabilité principale soit partagée entre les 2 ministères: 1 année c'est le Ministère de l'Éducation, l'année d'après c'est le Ministère de la Santé". (Représentant des Agences UN)*

*"La SSS nécessite du plaidoyer et du lobbying pour choisir les acteurs adéquats au temps approprié afin de mieux travailler avec la population cible (enfants, adolescents, etc.)". (Représentant des Agences UN)*

#### **6.4.2.3 Identification des domaines d'action**

Certaines stratégies et des outils opérationnels nécessaires au déploiement des programmes de promotion de santé scolaire ont été avancés par les participants avec l'objectif ultime de satisfaire tous les critères essentiels pour devenir une école prête à l'implantation de la SSS.

Ainsi, la politique de santé scolaire doit être adaptée selon l'âge et la culture (structure sociale et politique, relation interfamiliale, etc.), et être soutenue par un environnement scolaire favorable à un mode de vie sain et par des services scolaires sanitaires et alimentaires appropriés.

*" Un projet de santé scolaire adapté à la culture libanaise, et aux différentes classes sociales et parties politiques aura un effet sur l'amélioration des habitudes de vie des*

*jeunes. Pourtant, il doit être renforcé dans d'autres environnements (famille, communauté, région, etc.) par les ministères (MAS, MS, ME, M de l'environnement), les médias, les publicités et les professionnels de la santé afin d'assurer une éducation à toutes les tranches d'âge ". (Enseignant-école publique rurale)*

Le renforcement de la sensibilisation et des capacités de la communauté scolaire peut aussi aider l'école pour mettre en œuvre l'implantation de la SSS.

*" Il est primordial de mobiliser et inciter le cadre scolaire, qui malgré sa concurrence, nécessite une amélioration des compétences éducatives sanitaires et des habiletés personnelles ". (Représentant du Ministère des Affaires Sociales)*

Pour réussir la SSS, les principaux domaines d'action identifiés par les participants adultes sont résumés ainsi:

*Développement de la nutrition et de la promotion de la santé dans le curriculum et les programmes scolaires*

Il faut commencer par développer un curriculum scolaire culturellement approprié en nutrition et en promotion de la santé et qui doit être révisé régulièrement. Ce curriculum doit fournir une éducation en bonnes habitudes de vie (ex: éducation physique hebdomadaire adaptée selon l'âge, le sexe et la culture ; classe de compétences culinaires ou dégustation, etc.). Ces compétences de vie peuvent aider les jeunes à prendre des décisions éclairées, à résoudre des problèmes, à penser de façon critique et créative, à construire des relations saines, à communiquer efficacement, et à gérer leur vie de façon saine et productive.

*" La promotion des bonnes compétences de vie en milieu scolaire sert comme un guide facilitateur à suivre pour adapter et adopter un mode de vie sain. Cela aide à renforcer, organiser et améliorer le mode de vie des jeunes lequel sera une habitude appliquée dans tous les environnements". (Jeune- école privée rurale)*

*" Les problèmes de santé chez les jeunes libanais en lien avec leurs habitudes de vie sont le surpoids, la sédentarité, et la consommation du tabac et de narguilé qui devient de plus en plus à la mode chez les jeunes. Ces problèmes de santé nécessitent des interventions préventives régulières et intégrées dans le curriculum et dans toutes les matières d'enseignements pour diminuer les maladies associées à ces comportements ". (Acteur promoteur de la santé publique à la télévision)*

*"Il n'est pas nécessaire que l'école ait des caractéristiques favorables pour le déploiement de la SSS car l'action doit être au niveau du contenu de curriculum scolaire et non pas de l'environnement scolaire". (Représentant des Agences UN)*

*" La SSS doit formuler son contenu en prenant en compte les différentes tranches d'âge des jeunes pour qu'elle ne soit pas perçue comme incompréhensible aux enfants de 10 à 14 ans, ni infantile pour les jeunes de 12 à 14 ans. D'autres caractéristiques non individuelles mais qui peuvent être des barrières au déploiement de la SSS sont le manque du temps alloué par les écoles pour intégrer un projet de santé scolaire dans leur curriculum et le manque d'un cadre professionnel et/ou scolaire formé pour réussir l'implantation de tel projet" . (Directeur- école privée urbaine)*

*" Tout dépend de la manière d'intégration de la SSS dans le curriculum scolaire. Les méthodes utilisées doivent être taillées selon les structures sociopolitique, religieuse et régionale". (Chercheur universitaire)*

L'éducation nutritionnelle doit couvrir non seulement les sujets du curriculum de base mais aussi une gamme de sujets et d'activités avec un message central fortement communiqué de différentes manières (ex: à travers des projets et des activités inter et extra scolaires, journées portes ouvertes, excursions à des fermes ou marchés, etc.). Cette éducation ne doit pas seulement se situer dans la salle de classe mais aussi impliquer le milieu scolaire, les familles et la communauté en tenant compte des conditions locales, des capacités existantes et des intérêts relatifs au type d'école, à chaque groupe d'âge et/ou à chaque région.

*" Il ne faut pas utiliser seulement les méthodes traditionnelles en éducation de santé mais il faut avoir une approche globale traitant l'environnement physique scolaire, l'environnement bâti, le développement des habiletés/compétences de vie, etc.".*  
(Chercheur universitaire)

*" La promotion des bonnes compétences de vie en milieu scolaire est un moyen de mieux s'exprimer, de communiquer avec les autres et de se responsabiliser pour disséminer les bonnes habitudes de vie plus largement".* (Jeune- école privée urbaine)

*" Probablement, il faut travailler sur le développement personnel des jeunes: c'est ton choix, c'est ta responsabilité, comment dire non aux mauvais choix, analyse des problèmes, etc."* (Acteur promoteur de santé publique à la télévision)

Aussi, en plus d'aborder la nutrition, les curriculums scolaires doivent encourager l'activité physique et les écoles devraient également encourager l'exercice quotidien tels que les activités extrascolaires, le transport actif vers/depuis l'école et le sport à domicile. Cependant, l'activité physique doit inclure une variété d'activités agréables développées selon l'âge, l'intérêt des jeunes et l'infrastructure.

*" L'école doit présenter un environnement physique approprié (terrains sportifs adéquats accessibles à tout temps) sinon l'enseignant de l'éducation physique doit faciliter et initier les élèves à s'entraîner dans d'autres milieux tels que clubs sportifs, terrains sportifs d'autres écoles, etc."* (Jeune- école publique urbaine)

*" Les activités doivent être nouvelles, motivantes, plaisantes, hors de la classe et en groupes".* (Jeune- école privée rurale)

*" On ne peut pas parler de sédentarité mais du manque d'espace vert pour marcher ou jouer (absence de trottoirs et de jardins publics, présence de routes insécurisées)".*  
(Expert spécialisé)

Les écoles doivent donc donner à la fois des cours pratiques ainsi que des cours théoriques plaisants et sous formes d'activités attractives, par exemple: 1) enseigner les avantages de l'activité physique, les risques de la sédentarité, l'origine de différents sports; 2) intégrer les préférences sportives des jeunes dans les cours d'éducation physique; 3) organiser des compétitions sportives inter et extra scolaire impliquant les jeunes, le cadre scolaire et les parents; 4) inviter des athlètes populaires locaux pour parler aux jeunes ou donner des prix.

*" Les arguments qui parlent des conséquences positives des bonnes habitudes de vie des jeunes sur leur croissance, force musculaire et santé mentale pousseraient les jeunes à agir dans le sens de la SSS". (Représentant de l'Association des Diététistes au Liban)*

*" Je préfère la présence et le contact avec des intervenants de l'extérieur de l'école, par exemple: les joueurs populaires, les professionnels de santé (médecins, diététistes) sortant à la télévision pour me communiquer les bonnes habitudes de vie". (Jeune-école publique urbaine)*

#### Création d'un environnement scolaire favorable

Selon les participants adultes à cette étude, il faut créer un environnement scolaire favorable dont les critères essentiels sont les suivants: 1) dissémination des messages brefs et positifs sur la promotion de la nutrition et de l'activité physique; 2) promotion de la saine alimentation par les responsables des services alimentaires scolaires; 3) absence de publicité et de marketing de tous les aliments à forte densité énergétique et pauvres en nutriments et des boissons pouvant nuire à la promotion d'une alimentation saine et équilibrée; 4) promotion d'hygiène et de comportement sanitaire; 5) présence des installations physiques et culinaires adéquates (terrains sportifs, cuisine, eau potable); 6) opportunité pour tous les groupes d'âge pour l'accès sécurisé aux installations sportives scolaires intra et extra cursus scolaire; 7) abolition de stigmatisation et de discrimination entre les sexes; 8) action du personnel scolaire



comme modèle de rôle en encourageant l'alimentation saine, l'activité physique et le mode de vie sain.

*"Après des jeunes, il faut utiliser des messages médiatiques, brefs, clairs, non effrayants dans le cadre des activités, documentaires, panneaux, etc." (Représentant du Ministère de la santé)*

*"L'absence des aliments sains, l'insuffisance des heures hebdomadaires en activité physique et le manque de sévérité de l'enseignant du sport envers les élèves surtout les filles sont les principaux obstacles présents dans les écoles et empêchant les jeunes à avoir davantage des bonnes habitudes de vie en milieu scolaire". (Jeune-école publique urbaine)*

*"Parfois il y a une discrimination dans le traitement des garçons et des filles dans les écoles surtout celles du milieu rural". (Représentant des Agences UN)*

*"Il faut travailler beaucoup sur les attitudes et perceptions du cadre scolaire avant ceux des jeunes car le cadre scolaire doit agir comme un rôle-modèle". (Représentant des Agences UN)*

Ainsi, l'école devrait adopter des lignes directrices sur la promotion de l'alimentation saine et les appliquer à l'offre d'aliments et de boissons sur le campus scolaire. Dans ce sens, quelques suggestions que peuvent prendre les écoles ont été avancées par les participants dont: envoyer ces directives alimentaires aux parents, vérifier toutes les offres alimentaires et de boissons à l'école pour leurs valeurs nutritives, demander aux élèves leurs préférences pour des options plus saines, s'assurer que les options saines ne soient pas plus coûteuses que les mauvaises, travailler avec les services alimentaires scolaires pour assurer des choix alimentaires sains et frais, décourager les étudiants d'apporter des aliments pauvres en éléments nutritifs à l'école.

*" Il ne faut pas utiliser la méthode verbale (conférences) pour la promotion des directives de santé auprès des étudiants sinon le matériel rédigé (brochures, dépliant, etc.) dont les jeunes peuvent apporter et lire à la maison avec leurs parents". (Service alimentaire scolaire)*

L'école doit aussi disséminer des messages positifs sur la promotion des saines habitudes de vie (nutrition et activité physique) en évitant d'imposer les conseils sanitaires aux jeunes et à leurs parents.

*" Il faut tenir compte de la sensibilité des parents face aux messages communiqués car généralement les parents n'aiment pas être sermonnés par les écoles". (Représentant du Ministère de l'Éducation)*

*" Il ne faut pas être moralisateur dans les arguments utilisés auprès des jeunes pour les pousser à agir dans le sens de la SSS". (Expert spécialisé)*

Des exemples d'initiatives à mettre en place comprennent des réunions avec le personnel scolaire, les élèves et les parents; l'affichage de « posters » sur le mode de vie sain; l'organisation d'événements non sponsorisés par l'industrie alimentaire (camps d'été, concours primés au design "slogan, affiches" le plus attrayant sur les saines habitudes de vie, etc.).

*" Les meilleurs canaux de communication de la SSS sont ceux qui sont animés à tous les niveaux (ateliers, jeux de rôle, kermès, tableau d'affichage, cours de cuisine, etc.). Il est évident que l'application des projets de santé scolaire nécessite un cadre scolaire responsable et un service alimentaire offrant une bonne qualité alimentaire". (Représentant du Ministère des Affaires Sociales)*

*" L'utilisation de plusieurs canaux de communication pour combler une approche globale entre tout le cadre scolaire, les jeunes et leurs parents. Par exemple: les activités (festival dans le village, activités scolaires avec le comité des parents, etc.)*

*taillées selon le contexte et la communauté ciblée pour les rendre des participants actifs et non des receveurs passifs". (Chercheur universitaire)*

*Accroître la sensibilisation et la capacité de la communauté scolaire*

Les participants adultes de cette étude partageaient la perception d'une barrière commune au déploiement de la SSS soit le manque des ressources humaines et financières. Malgré tout, tous ont proposé plusieurs types de formation à fournir au cadre scolaire tout en assurant le soutien matériel nécessaire. Par exemple, la formation du cadre enseignant scolaire sur la nutrition et l'activité physique afin d'améliorer et d'actualiser les compétences pédagogiques et les connaissances scientifiques. La formation du personnel des services alimentaires par des cours réguliers sur des sujets pertinents, tels que: l'entreposage des aliments, l'hygiène, les valeurs nutritives, les techniques de cuisson et de préparation pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments, etc.

*" Le cadre scolaire et les responsables des services alimentaires scolaires doivent être incités et mobilisés à agir dans le sens des programmes de santé scolaire en leur faisant suivre des formations". (Directeur- école privée rurale)*

D'autres types de formation s'avèrent aussi indispensables pour évaluer les matériels pédagogiques de promotion de santé existants et les adapter aux besoins de l'école.

*" L'éducation nutritionnelle en milieu scolaire doit tenir compte des besoins et intérêts des étudiants, enseignants et de l'école comme institution. Les stratégies éducatives doivent inclure des efforts pour augmenter la sensibilisation sanitaire et améliorer la communication et les habiletés dans les écoles. D'autres caractéristiques sont nécessaires dans le développement de la SSS tels que la provision des ressources (temps, récompenses financières, formation) et l'établissement des directives pour les services alimentaires scolaires. Les repas scolaires fournissent une opportunité de*

*valeur pour l'éducation nutritionnelle". (Représentant de l'Association des diététistes au Liban)*

*Fournir des services de santé scolaire*

Selon les participants adultes à cette étude, il faut fournir un soutien de services de santé et de nutrition scolaire. La taille et le poids de tous les élèves devraient être mesurés au moins une fois par an par des spécialistes (médecins, infirmiers, diététistes) dans un environnement privé pour éviter l'embarras et la stigmatisation de certains enfants. Le recrutement des spécialistes par les écoles devra permettre d'assurer un suivi médical régulier. Les résultats du suivi régulier devront être mis à la disposition des parents des jeunes sur demande. Aussi, ce service de santé scolaire doit assister le cadre scolaire, les jeunes et leurs parents dans tous leurs problèmes psychosociaux et médicaux en incluant un système de référence pour les jeunes qui ont besoin d'une assistance spéciale (enfants souffrant de malnutrition, d'obésité, de troubles alimentaires, etc.). Certains participants jugent que ce système de référence doit être disponible et accessible quotidiennement sur le campus scolaire.

*"Il faut travailler sur les services de soins offerts car les informations toutes seules ne sont pas suffisantes. Les informations doivent être supportées par des services amicaux taillés selon l'âge et encadrant des prestataires (médecins, diététistes, infirmières) des messages positifs. Ainsi, les jeunes seront accueillis et assistés proprement sans être segmentés ou jugés durement". (Représentant des Agences UN)*

*Mobilisation communautaire (jeunes, parents, communauté locale, services alimentaires scolaires)*

Selon les participants adultes à cette étude, il faut accroître la mobilisation et le renforcement des capacités dans la communauté inter et extra scolaire. Par exemple, organiser régulièrement des sessions de formation pour le personnel de l'école, les journalistes et les communicateurs religieux "mouazen" sur les bonnes habitudes de vie (nutrition, activité physique, etc.). Aussi, il faut accroître la sensibilisation à l'importance de la nutrition et de la santé en agissant auprès des familles et de la

communauté plus large. Ainsi, il est crucial de faire connaître la SSS aux acteurs clés et à la communauté environnante par le biais d'un événement. Il pourrait s'agir de produire une version courte de la politique et le mettre sur des dépliants et des affiches, puis de tenir une réunion pour tous les intervenants et la communauté pour présenter le contenu de la politique.

*" Il faut penser à la SSS comme un produit de marketing qui nécessite l'utilisation de différentes modalités de communication attirantes pour chaque segment de la population afin de réussir sa dissémination et son lancement. Il ne faut pas généraliser mais il faut penser à tous les déterminants de la santé et aux facteurs socioéconomiques. Par exemple: les enfants seront rapprochés par les jeux électroniques et la télévision, les adolescents par les médias sociaux alors que les adultes seront rejoints selon leur niveau d'éducation". (Expert spécialisé)*

Par ailleurs, selon les participants adultes et jeunes à cette étude, la mobilisation des jeunes sera facilitée par l'identification de leurs perspectives et attentes de la SSS en les impliquant dans le processus de la mise en œuvre de ce projet de santé scolaire. Par exemple: comment percevront-ils l'impact de leur participation à un projet de santé scolaire sur leurs habitudes de vie? Qui souhaiteront être les personnes responsables de la diffusion de la SSS à l'école? Par quels moyens de communications seront-elles mobilisées dans le sens de la SSS? A quel point la SSS est-elle réaliste dans leurs écoles? etc. Ainsi, l'implication des jeunes sera susceptible de les rendre plus responsables de leur santé et de celle de leurs environnements (écoles, familles, pairs, etc.).

Ainsi une réunion spéciale pour les jeunes élèves animée par leurs idoles (ex: personnages populaires) ou par d'autres pairs est perçue nécessaire par tous les participants à l'étude pour présenter le contenu de la politique d'une manière appropriée et motivante. L'important est de répondre aux besoins des jeunes par des stimuli à l'action taillée selon leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, culture, appartenance régionale, etc.) afin de les encourager à agir dans le sens de la SSS. La politique pourrait être aussi lancée lors d'un festival local ou un événement de

santé communautaire impliquant davantage l'autorité locale dans les activités scolaires.

*" Les arguments doivent être motivants répondant aux intérêts et attentes des jeunes. Il faut être sur leur même longueur d'onde. Aussi, il faut avoir recours à des arguments partagés et discutés entre jeunes dans des clubs sociaux pour les jeunes où ils peuvent se partager des expériences, des idées et se poser des questions sur tous les sujets qui les intéressent. Ainsi, ils se sentent responsables et mobilisés surtout que les adolescents ont un horizon ouvert et une imagination féconde pour le travail. L'utilisation des arguments visuels et concrets (programmes, vidéos, témoignages, etc.) et l'invitation des professionnels de la santé par les écoles peuvent aider dans la sensibilisation des jeunes libanais aux bonnes habitudes de vie ". (Représentant des Municipalités)*

Certains participants à cette étude perçoivent la difficulté de mobiliser les parents afin d'agir dans le sens de la SSS. Ainsi, ils ont avancé quelques suggestions sur les moyens d'impliquer les familles soit: 1) envoyer régulièrement un bulletin d'informations pour mettre à jour les parents sur les bénéfices et les pratiques de la SSS; 2) inviter les mères à des cours de cuisine santé ou des démonstrations par des professionnels de la santé (médecins, nutritionnistes à la télévision, chercheurs universitaires spécialisés); 3) encourager les membres de la famille à participer dans des projets d'alimentation et des activités physiques.

*" Au fil des années on a établi une bonne réputation et une familiarité à nos projets scolaires d'éducation et de sensibilisation à la santé ce qui a favorisé la mobilisation et la participation des parents. Pourtant, nos projets/ateliers de santé scolaire sont animés souvent par des chercheurs universitaires ou par des experts spécialisés dans le domaine de la santé". (Représentant du Ministère des Affaires Sociales)*

*" La communauté de parents a supporté et appris de toutes les initiatives et réglementations alimentaires de l'école surtout pour les cycles préscolaires et*

*élémentaires (condamnation de quelques aliments selon leur contenu en sucre, lecture des étiquettes alimentaires avant le choix et la consommation des aliments, projets scolaires sur les habitudes de vie comme le journal alimentaire, règles sur le contenu des boîtes à lunch, etc.)". (Représentant des parents- école privée urbaine)*

En ce qui concerne la mobilisation et la participation de la communauté locale dans la SSS, les participants ont identifié d'autres moyens efficaces pour accroître l'implication du public la plus large. Le gouvernement, les professionnels de la santé (nutritionnistes, médecins), les ONGs et les acteurs dans les médias de masse exercent un rôle très important dans ce sens. Ainsi, inviter des experts ou chercheurs dans l'école ou sur les chaînes médiatiques à fournir des activités, des documents écrits et des conférences sur la nutrition, l'activité physique et la sécurité alimentaire pour les communautés s'avère une perception commune à tous les participants à cette étude. Aussi, inviter la communauté à participer à des forums et activités scolaires (ex: organisation d'une journée santé, appréhension sur la production et la transformation alimentaires, etc.) peut favoriser son implication dans les projets de santé scolaire.

*" Il y a plusieurs acteurs sociaux clés de la SSS pour mobiliser la communauté mais le leadership doit être au Ministère de l'Éducation car c'est où tout se passe et c'est lui qui doit faire la coordination avec les autres acteurs clés (Ministère de la santé, médias, et les organisations non gouvernementales). Le Ministère de la santé doit offrir le support technique au Ministère de l'Éducation alors que les médias (audiovisuels et écrits) sont nécessaires pour disséminer les messages plus largement. Finalement, les organisations non gouvernementales qui déjà travaillent dans ce domaine mais de façon individuelle, doivent partager leurs expériences dans un travail collectif". (Représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé)*

*" A son tour, l'école comme institution doit recruter des professionnels de la santé (ex: nutritionnistes) à temps plein pour agir comme conseillers de santé. Donc, la collaboration inter et intra organisationnelle doit être établie entre les secteurs privé, civil et public même si c'est évident que le secteur public n'est pas assez collaborateur*

*ni sérieux". (Enseignant- école privée urbaine)*

La mobilisation doit aussi rejoindre les services de vente alimentaire scolaire et les magasins d'alimentation près de l'école comprenant: 1) la démonstration des avantages de la SSS; 2) la clarification du rôle primordial des services de vente alimentaire dans la promotion de santé; 3) la responsabilisation des gérants envers la nouvelle génération; 4) l'utilisation des affiches avec des messages positifs sur la nutrition et l'activité physique dans ces magasins; 5) la disponibilité et l'accessibilité de bons aliments à prix abordables sans subir des pertes financières personnelles; 6) la présentation attrayante des aliments sains dans une position de premier plan, 7) la collaboration étroite entre l'industrie alimentaire et les services alimentaires; 8) la formation pertinente à leur manipulation et préparation des aliments.

*" Il faut intervenir globalement dans le milieu scolaire et son environnement pour arriver à contacter la nouvelle génération et redresser ses habitudes de vie qui durent à long terme. Pourtant, les interventions doivent être interactives auprès des responsables des services alimentaires scolaires, des fournisseurs alimentaires, des élèves, des parents, et de l'environnement voisin à l'école". (Chercheur universitaire)*

*" Éviter les activités, les installations ou les communications scolaires sponsorisées par l'industrie alimentaire commerciale". (Chercheur universitaire)*

*" Il faut tenir compte des résistances à envisager auprès des services alimentaires scolaires en prévision de pertes de profits financiers. Parfois les responsables des services alimentaires sont très puissants et peuvent arrêter l'implantation des projets de promotion de santé scolaire en mobilisant leur réseautage social et/ou politique contre de tels projets". (Représentant de l'Association des diététistes au Liban)*

#### Elaboration des mesures de suivi et de diffusion

Selon les participants adultes à l'étude, il est primordial d'avoir un écrit sur la politique de promotion de santé scolaire (alimentation et activité physique) adaptée au



contexte scolaire et régional. Cette politique doit inclure une justification claire de ses composantes, objectifs et activités. Les objectifs fixés doivent être évidents et réalisables avec des échéanciers et des termes clairs. Ainsi, il faut développer un plan d'action opérationnel pour l'implantation de cette politique sanitaire scolaire tout en assurant l'inclusion des critères de suivi et d'indicateurs d'évaluation nécessaires. Le plan d'action devrait inclure des stratégies pour s'assurer que tous les objectifs seront réalisés, y compris les processus, la structure organisationnelle, les rôles et les responsabilités, les droits et la non-discrimination, l'engagement de tous les acteurs concernés, etc.

*" En fait, il faut un travail de d'institution tels des interventions et des règlements écrits sur la santé scolaire intégrés dans les politiques des écoles. La SSS sera acceptée et perçue comme une initiative très intéressante mais il faut qu'elle soit bien organisée et claire (direction, financement, rôles, directives d'implantation, contextes, etc.) et qu'il y ait un engagement et une conformité aux actions communautaires du Top au Down ". (Représentant de l'industrie alimentaire)*

Pourtant, certains participants ont soulevé la notion de travailler sur les objectifs séparément car certains peuvent prendre un certain temps pour être implantés, tandis que d'autres peuvent être mis en œuvre rapidement. En outre, la politique doit indiquer clairement, pour chaque stratégie comment elle sera mise en œuvre et qui en sera responsable et impliqué afin d'assurer sa réussite.

*" La réalisation des objectifs peut être supportée par la communication médiatique. Cependant, ces objectifs doivent être travaillés séparément ou en nombre de 2 ou 3 selon leur contenu et variables afin de pouvoir les mesurer proprement ". (Représentant des Organisations Non Gouvernementales)*

Selon les participants adultes à l'étude, il faut développer dans une étape ultérieure un plan de diffusion de la SSS. L'équipe désignée aura besoin de décider les échéances nécessaires pour atteindre ses objectifs et si la SSS devrait être diffusée

massivement dans toutes les écoles ou progressivement aux différentes régions au cours du temps.

*" La vitesse nécessaire pour l'obtention des résultats sera différente selon les objectifs/variables choisis pour être mesurés. Par exemple, la connaissance nutritionnelle peut être améliorée plus rapidement que le changement d'habitude et de comportement qui à son tour est plus lent comparativement avec la diminution du taux d'obésité et de surpoids". (Chercheur universitaire)*

Finalement, un plan national devrait inclure des dispositions pour surveiller et évaluer la pertinence du projet lui-même, et des formalités pour faire des rapports réguliers aux responsables de la SSS (OMS, Ministère de l'Education, Ministère de la Santé).

*" Une bonne répartition des rôles entre les acteurs clés de la SSS, chacun dans son domaine d'expertise, peut assurer la pertinence et la pérennité de la SSS tout au long du processus (planification, implantation, évaluation et communication des résultats)". (Représentant des Agences UN)*

*" Le projet national de la SSS doit être bien organisé, suivi et évalué pour mesurer son impact". (Représentant des Organisations Non Gouvernementales)*

*" Malheureusement, même en présence des outils nécessaires pour l'évaluation, les responsables dans le secteur public ne montrent pas d'intérêt à investir dans les données collectées à cause du manque de temps, des moyens et d'expériences". (Chercheur universitaire)*

#### **6.4.3 Perspectives complémentaires sur les variables du cadre conceptuel**

Les données obtenues dans le cadre de cette thèse permettent de préciser certaines variables du cadre conceptuel initial. Cette section de résultats

complémentaires sur les variables du cadre conceptuel présente des sous-variables communes et/ou spécifiques à quelques groupes de participants à cette étude.

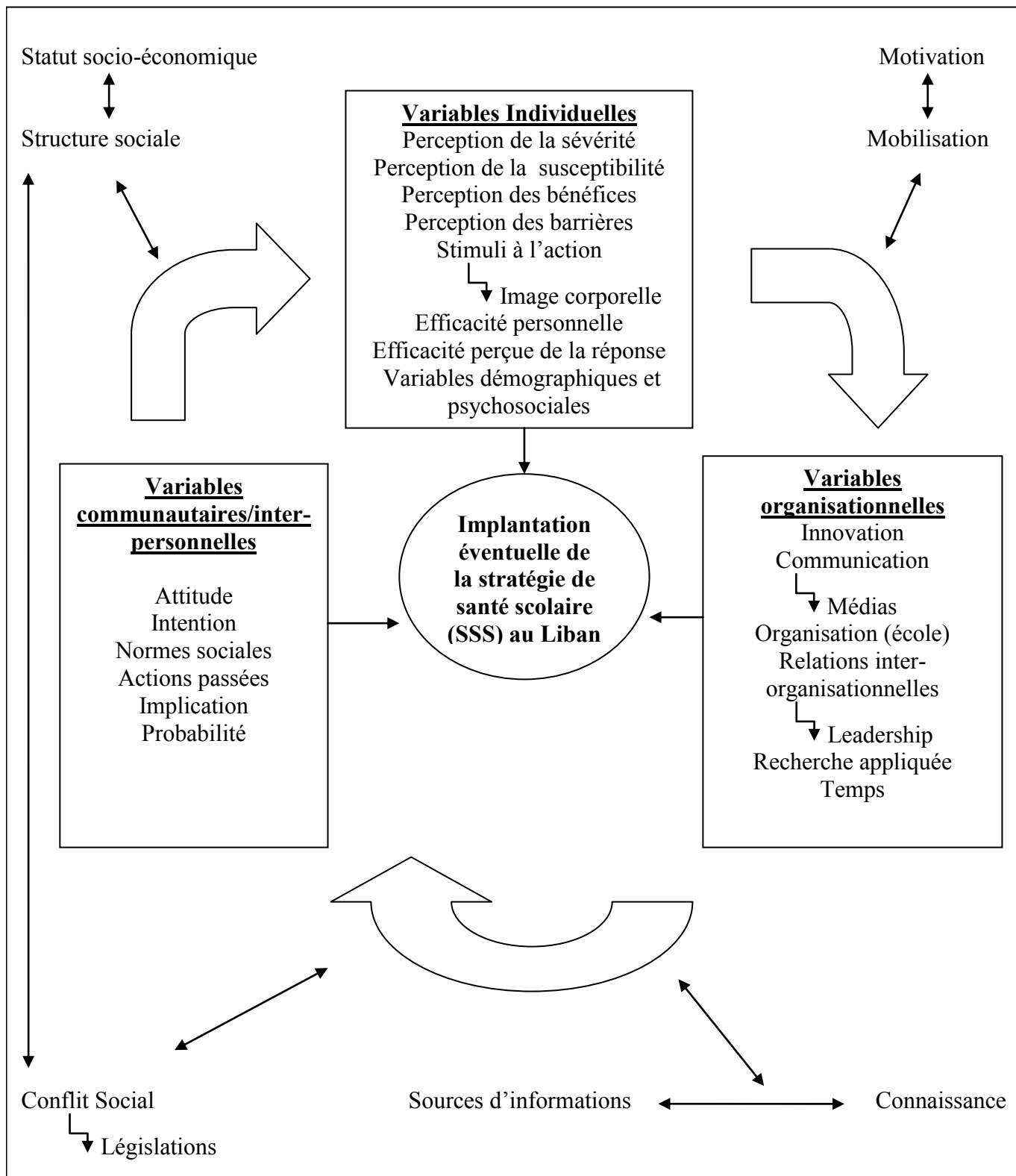
*Sous-variables communes à tous les participants*

Les résultats des entrevues individuelles et des groupes de discussion montrent que le cadre conceptuel intégrateur proposé retient les variables incontournables dont les variables individuelles, communautaires, organisationnelles mais aussi d'autres variables communes aux participants. Le tout permet d'intégrer différentes perceptions des acteurs vis-à-vis de l'éventuelle implantation d'une SSS.

Par ailleurs, l'analyse qualitative des données obtenues suggère la précision de quelques nouvelles sous-variables communes à tous les acteurs qu'ils soient adultes ou jeunes. La précision de ces sous-variables est liée à leur identification répétitive par les participants à cette étude. Ces sous-variables sont: les *médias*, sous-variable organisationnelle précisant la dimension des "communications"; le *leadership*, sous-variable organisationnelle précisant la dimension des "relations inter-organisationnelles"; l'*image corporelle*, sous-variable individuelle précisant la dimension nommée "stimuli à l'action"; et les *législations*, sous-variable précisant la composante "conflit social". Néanmoins, cette classification repose sur leur identification commune dans les réponses des participants associées aux variables principales du cadre conceptuel proposé. Par exemple, les participants trouvent que les *médias* sont les meilleurs canaux de *communication* de la SSS alors que l'identification du *leadership* est primordiale pour l'organisation des *relations inter-organisationnelles* nécessaires au déploiement de la SSS. Pour ce qui est de l'*image corporelle*, elle a été considérée par les participants comme étant l'un des meilleurs *stimuli à l'action* aidant à pousser les jeunes à agir dans le sens de la SSS. Finalement, les *législations* ont été largement identifiées par les participants comme moyens essentiels pour atténuer le *conflit social* et les résistances à envisager entre les acteurs clés de la SSS.

La figure 2 ci-dessous présente le nouveau cadre conceptuel intégrateur auquel sont ajoutées les sous-variables émergentes.

**Figure 2: Sous-variables émergentes au Cadre de référence pour l'étude de perceptions associées à l'implantation éventuelle de la stratégie de santé scolaire (SSS) au Liban**



Sous-variables spécifiques par groupe de participants

Quelques sous-variables spécifiques par groupe d'acteurs ont été soulevées moins fréquemment par quelques participants:

Ainsi, pour le groupe des jeunes deux sous-variables individuelles furent précisées: l'*autonomie* sous la dimension de "l'efficacité personnelle" et la *responsabilité* sous la dimension de "l'efficacité perçue de la réponse". Toujours pour les jeunes, deux sous-variables communautaires furent précisées: le *rôle-modèle parental et social* sous la dimension "attitude" et l'*acceptation sociale* sous la dimension des "normes sociales".

Notons que, l'autonomie, la responsabilité et le rôle-modèle parental et social sont des sous-variables facilitant l'implantation de la SSS, tandis que l'acceptation sociale est une barrière à son implantation.

Pour le groupe des adultes en milieu scolaire (directeurs, services alimentaires et groupes de parents-enseignants) deux sous variables organisationnelles furent précisées: les *ressources*, et l'*environnement physique et climat scolaire* sont des sous-variables de la dimension "organisation". Par ailleurs, les *municipalités* représente une sous-variable organisationnelle des dimension "communication" et "relations inter-organisationnelles". L'*étiquetage* et les *épiceries* sont des sous-variables précisant les "sources d'informations". La *religion*, la *politique* et la *structure familiale* sont des sous-variables précisant la dimension de la "structure sociale". La *région* fut ajoutée comme sous-variable individuelle s'inscrivant sous les "variables démographiques et psychosociales".

Par ailleurs, l'*autonomie des jeunes non considérée par le personnel scolaire* fut précisée une sous-variable individuelle de "perception des barrières". Les *compétences culinaires* est une sous-variable individuelle de "l'efficacité personnelle"; les *professionnels de santé* est une sous-variable organisationnelle de la dimension "organisation" et de la dimension "communication"; et les *mythes alimentaires* est une sous-variable communautaire s'inscrivant sous les "attitudes".

Notons que les ressources, l'environnement physique et climat scolaire, la religion, la politique, la structure familiale, la région, les mythes alimentaires et l'autonomie des jeunes précisées par le personnel scolaire sont des sous-variables perçues comme des barrières au déploiement de la SSS. L'étiquetage, les épiceries, les compétences culinaires et les professionnels de la santé sont perçues comme des facilitateurs au déploiement de la SSS.

Pour le groupe des acteurs clés extrascolaires: les *ressources*, *l'environnement physique et climat scolaire* furent soulignées comme sous-variables organisationnelles de la dimension "organisation". Les *ONG*, *l'industrie alimentaire* et les *municipalités* sont des sous-variables organisationnelles de "communication" et de "relations inter-organisationnelles". Les notions de *suivi* et *évaluation* sont des sous-variables organisationnelles s'inscrivant sous la dimension de la "recherche appliquée". Le *marketing* est une sous-variable organisationnelle de "communication". La *segmentation de la population* est une sous-variable communautaire liée à "l'implication"; la *politique* et la *religion* sont des sous-variables propres à la "structure sociale". Finalement, comme pour les jeunes, la *région* est une sous-variable individuelle de types "variables démographiques et psychosociales".

Notons que pour ces derniers acteurs, les ressources, l'environnement physique et climat scolaire, la politique, la religion et la région sont des sous-variables perçues comme des barrières au déploiement de la SSS.

Les municipalités, les ONG, le suivi, l'évaluation, le marketing et la segmentation de la population sont perçues comme des facilitateurs au déploiement de la SSS. Pour ce qui de l'industrie alimentaire, elle peut être considérée à la fois comme une barrière (ex: impact de publicités pour des produits sucrés/salés sur le choix et la consommation alimentaire des individus) ou un facilitateur (ex: coopérer avec d'autres organisations pour améliorer leur production selon les besoins et demandes) au déploiement de la SSS.

## **6.5 Discussion complémentaire**

L'exploration des conditions situationnelles d'implantation de politiques alimentaires scolaires (45,84,124) et l'identification des niveaux d'action (communautaires, individuels, organisationnels) influençant leurs implantation sont des démarches cruciales pour dégager les leviers de changements organisationnels et politiques, surtout en milieu scolaire, menant à l'adoption des saines habitudes de vie chez les jeunes (15,37,58).

Ainsi, une recherche qualitative auprès des acteurs clés dans le milieu scolaire et extra scolaire est nécessaire pour identifier les catégories de variables présentant un potentiel d'influence sur l'implantation de politiques de promotion de santé en milieu scolaire (37,45,58,64). Les politiques sanitaires scolaires adoptant une approche globale (15,37,50) et s'inspirant d'un cadre théorique exhaustif basé sur un mixage de plusieurs théories et/ou modèles théoriques (15,35,37,94) sont plus efficaces lorsqu'elles interviennent sur plusieurs niveaux d'action à la fois (15,37,98,103).

Les résultats de cette étude montrent que le cadre conceptuel intégrateur proposé est capable d'encadrer les catégories de variables (communautaires, individuelles, organisationnelles) indispensables pour étudier les déterminants de l'implantation d'une politique scolaire de promotion de santé nutritionnelle autant pour la dimension alimentaire que pour la dimension d'activité physique. Ces catégories de variables identifiées dans cette étude exploratoire représentent des pistes intéressantes à tenir en compte dans le déploiement d'une éventuelle politique de santé scolaire et à retenir pour générer des hypothèses qui y seraient associées. Par ailleurs elles ne constituent pas nécessairement les seuls éléments à considérer (99). Force de constater que les variables communes au cadre conceptuel de cette étude sont des déterminants de nature structurelle pour créer et soutenir la dynamique nécessaire entre tous les niveaux d'action (15). Il est évident que l'interaction et la complémentarité des catégories de variables sont importantes pour augmenter le potentiel de succès des politiques sanitaires scolaires (15,37,96,98,103) même si elles sont parfois perçues différemment par les différentes parties prenantes (acteurs clés, jeunes, personnel scolaire, parents). Pourtant, la majorité des actions précédentes de promotion de santé



se sont basées sur les variables individuelles, organisationnelles sans tenir compte des variables communautaires ou politiques (96).

Généralement, les jeunes perçoivent que l'action au niveau des variables individuelles (perception de la susceptibilité, autonomie, efficacité personnelle, efficacité perçue de la réponse, stimuli à l'action) est pertinente pour l'implantation de politique de promotion de la santé scolaire (37,50,91,92,103) L'influence de leurs environnements sur leurs habitudes de vie et leurs aptitudes interpersonnelles et intellectuelles (motivation et mobilisation) exercent aussi un rôle dans leurs perceptions des variables communautaires comme étant des barrières (influence des pairs, acceptation sociale) ou des facilitateurs (rôle-modèle parental, voisinage) au déploiement d'une promotion de santé scolaire (15,37,50,96). Conformément à ces évidences scientifiques, les variables individuelles (autonomie et besoins des jeunes respectés, se responsabiliser envers leurs habitudes), et communautaires (acceptation par les pairs, influence du milieu familial) étaient aussi saillantes auprès des jeunes libanais peu importe leur appartenance régionale (urbain, rural) ou le profil de l'école (privé, public).

Par ailleurs, les perceptions des adultes des niveaux d'action indispensables au déploiement des politiques de santé scolaire sont plus étendues sur une multitude de variables organisationnelles, interpersonnelles, législatives, et communautaires (35,91). Dans cette étude, les variables organisationnelles (manque de communication et de collaboration intersectorielles, climat et environnement scolaire inapproprié, manque de ressources, contraintes de temps, identification du leadership) autant que les variables communes au cadre conceptuel (intensifier la motivation et la mobilisation, diversité de la structure sociale, pauvreté, connaissance du public, absence de législations sanitaires et médiatiques) et les variables communautaires (attitude positive, faiblesse des actions passées, implication du public, etc.) ont été aussi émergentes auprès des adultes scolaires et extrascolaires libanais.

*Retour sur les hypothèses*

Généralement, les variables individuelles spécifiques aux jeunes sont influencées par les valeurs de leur milieu d'origine et par les messages socioculturels (35,58,98,103) et médiatiques dominants dont la publicité et la télévision (44,53,107). Cependant, l'influence de ces messages et milieux améliorent la connaissance sanitaire des jeunes libanais sans agir fortement sur leurs perceptions de la susceptibilité ou de la sévérité du risque de leurs mauvaises habitudes de vie.

L'hypothèse 1 reliée aux variables individuelles ***"Des efforts de sensibilisation seront nécessaires pour éveiller l'attention des jeunes libanais aux facteurs de risque associés à leurs habitudes de vie compte tenu du peu de programmes actuels en santé publique"*** est supportée dans le contexte de l'étude. Ces efforts de sensibilisation seront aussi nécessaires pour éveiller l'attention de la population libanaise entière.

Les variables communautaires renvoient à la dynamique sociale globale et aux croyances et attitudes des personnes relatives à leur appartenance socioéconomique et/ou démographique (35,50,58,91,96). En général, les communautés libanaises sont réceptives aux programmes innovateurs en santé mais, parfois, manquent d'enthousiasme et/ou des moyens pour s'y conformer.

L'hypothèse 2 reliée aux variables communautaires ***"Les courants actuels internationaux en santé scolaire auront rejoint la culture libanaise réceptive au changement et le tout suggère un endossement des objectifs généraux visés par la SSS"*** fut vérifiée dans le contexte de notre étude.

Quant aux variables organisationnelles, ils conditionnent plus directement l'action, à l'échelle de la société ou au sein des milieux de vie, tel le milieu scolaire (94). Ainsi, les facteurs organisationnels sont indispensables pour l'implantation des actions sanitaires dans le milieu scolaire (37,58,98,103). Par exemple; le leadership des décideurs sur le thème des saines habitudes de vie à l'école est la base nécessaire à l'action (55,114,117,124). Il faut que le cadre scolaire entier soit lui-même mobilisé

par les valeurs que l'école veut transmettre à ses élèves pour faire en sorte que la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique, notamment par la création d'environnements favorables, soit une priorité. (37,45,58,98,103).

Egalement, la collaboration transparente et la communication efficace entre les différents partenaires permettent le partage des actions et valeurs positives transmises par la politique scolaire (55,132,141). La précision des rôles et des responsabilités de chacun des acteurs clés peuvent être mis à contribution en vue d'atteindre les objectifs de la SSS en échappant aux conflits sociaux et personnels (37,86,89,102,103,124). Il s'agit aussi de se donner les moyens nécessaires à une mise en œuvre adéquate de la politique de promotion de santé scolaire. Cela nécessite du temps, du personnel, du financement, de l'expertise et de la formation pour tous les acteurs concernés (37,58,91,124).

Cependant, cette étude révèle que l'état des variables organisationnelles (environnement scolaire inapproprié (62), manque de collaboration intersectorielle (125), insuffisance de communication inter-organisationnelle (125), etc.) au Liban est délicat.

Donc, l'hypothèse 3 reliée aux variables organisationnelles ***"Le manque de collaboration entre le secteur privé et le secteur public sera l'une des principales barrières à l'atteinte des objectifs visés par la SSS"*** est aussi supportée dans le contexte de l'étude.

En somme, la conduite d'une analyse de situation est essentielle pour l'implantation de politique de promotion de saine alimentation et d'activité physique (45,84,124). Il importera d'agir sur la base des conclusions de cette analyse révélant les principaux niveaux d'action sur lesquels axer la politique scolaire à implanter (124). Dans cette perspective, l'école joue un rôle primordial dans l'analyse de situation des jeunes (131,132) et dans la promotion du mode de vie sain au sein des communautés dont elles font partie (37,103,124).

Les conditions qui facilitent l'adoption et l'implantation d'une approche globale en promotion de santé scolaire sont associées à l'application d'un plan d'action organisé et bien définie et sont regroupées sous le canevas des rubriques suivantes:

le leadership et le soutien des instances gouvernementales et de l'école (37,114,124,128);

la participation active du personnel scolaire (enseignant, direction, service alimentaire), des jeunes, des parents et des communautés (37,86,89,102,124);

la collaboration transparente intersectorielle (privé, public, civil) (37,58,124);

la responsabilité partagée entre les acteurs clés multidisciplinaires (86,89,102,128,135);

l'engagement de l'industrie alimentaire (e.g., épiceries) et des agents de publicités (télévision, panneaux, etc.) (26,44,45,77,107);

la création d'une équipe de coordination et de communication à tous les niveaux (131);

la reconnaissance de la structure socioéconomique, politique et idéologique du milieu (96);

l'identification des déterminants sociaux (rôle-modèle social) et parentaux (styles alimentaires parentaux, relation parent-enfant) des habitudes de vie des jeunes (91,104);

l'élaboration des messages taillés selon l'âge, le sexe et la culture (23,42,56);

le travail apparié au sein de l'école (planification, élaboration d'un curriculum adaptable culturellement, formation du personnel scolaire, relation école-parent-service alimentaire, activités extrascolaires, évaluation régulière, etc.);

l'engagement des alliances et des plaidoyers (35,58,124);

le suivi et l'évaluation participative (3,86) par processus (progression des activités menées), par produits (produits obtenus grâce au processus, ex : produits alimentaires sains vendus dans les services alimentaires scolaires) et par résultats (atteinte des objectifs) afin de procéder à des ajustements tout au long du parcours (37,91,103,124);

l'élaboration et la communication régulière des indicateurs locaux et nationaux (37,43,91,103,124).

Ainsi, l'intégration d'une approche globale au sein des opérations courantes de l'école (objectifs éducationnels, curriculum, services de soins, etc.) et dans d'autres environnements apparaît désormais comme une condition incontournable pour la crédibilité de l'implantation et de la pérennité d'une politique de promotion de santé scolaire (37,103,124). Un amalgame de stratégies éducatives, de persuasion mais aussi d'action sociale répondra mieux qu'une intervention à stratégie unique (ex: éducation nutritionnelle dans les écoles) (15,18). L'élaboration des indicateurs est cruciale pour déterminer les résultats, les attentes et les actions restantes à accomplir par rapport aux objectifs et buts de la politique sanitaire scolaire (24,124). Pourtant, ces indicateurs doivent être fiables, valables, réalistes et conformes au type d'évaluation effectuée (124). Par exemple, l'existence d'un plan de travail pour l'implantation de la SSS est un indicateur de processus et la présence d'une SSS communiquée à tous les acteurs concernés est un indicateur de produit.

Finalement, les résultats de cette étude montrent que l'analyse des perceptions des acteurs clés multidisciplinaires et multisectoriels des conditions d'application et de réussite en phase de pré-implantation d'une politique sanitaire scolaire est nécessaire pour recenser et répertorier les thématiques centrales. Ce recensement des thématiques principales et émergentes permettent de prioriser les variables et leurs interactions qui aident à fournir des éléments de réflexion aux décideurs et aux concepteurs des politiques scolaires et/ou publiques (64).

Ainsi, l'étude présente des perceptions des jeunes et des adultes clés scolaires et extrascolaires ayant permis d'atteindre les objectifs spécifiques, et surtout, l'objectif général de cette étude *"Identifier les facteurs facilitants et les barrières au déploiement d'un projet de santé scolaire (SSS) au Liban en étudiant auprès d'acteurs libanais leurs perceptions des objectifs généraux du projet, de la distribution éventuelle des responsabilités et leurs perceptions générales de la pertinence de ce projet compte tenu des habitudes de vie des Libanais"*.

Aujourd'hui, la doctorante travaille en collaboration avec une ONG (active et compétente dans les activités sanitaires scolaires au Liban) sur un appel d'offre du

bureau local de l'OMS un projet de développement d'une PAS nationale au Liban prenant compte de ses résultats de thèse et de l'appui de tous les acteurs clés participants. Les données analysées avec la taille de l'échantillon confirment une saturation des données - peu d'idées nouvelles. Ainsi, il y aura possibilité d'opérationnaliser les activités prévues pour réussir la SSS au Liban telles que l'implication des jeunes et de la communauté parentale dans le processus décisionnel, les conférences aux élèves et aux parents, les ateliers de formation pour le cadre scolaire, la révision du curriculum en matière de santé la mobilisation des acteurs clés multidisciplinaires (gouvernement, cadre scolaire, parents, LDA, industrie alimentaire), la collaboration entre le secteur privé (universités privées) et public (ministère de l'éducation)

## **7. Limites et pistes de recherche**

L'idéal sera de s'appuyer sur une étude anthropologique approfondie pour mieux comprendre les structures sociales, démographiques et culturelles influençant la prise des décisions et l'articulation des perceptions des participants (jeunes et adultes) (15,93,98). Cependant, le manque des données et de rapports d'analyse des actions antérieures, notamment en promotion de santé en milieu scolaire (102) est une des limites de cette étude. Une deuxième limite est liée aux caractéristiques hétérogènes des participants (différence d'âge, niveau éducationnel, appartenance sociodémographique) qui malgré leur avantage sur l'enrichissement des constats, pourraient aussi refléter des conflits d'intérêts influençant grandement leurs perceptions des méthodes, des objectifs et du succès du processus d'implantation (37). Ainsi, leurs perceptions communiquées reflétant les différents conflits d'intérêts (pouvoir, profit financier, etc.) pourront mettre en suspect les déterminants identifiés comme facilitants ou barrières d'une éventuelle politique de santé scolaire. Finalement, malgré la richesse des caractéristiques de l'échantillon des écoles choisies (urbain/rural, privé/public, diversité ethnique et idéologique, disparité politique, etc.), la généralisation des résultats est limitée sur toutes les régions libanaises où les attitudes, déterminants structurels socioéconomiques et organisationnels sont

spécifiques à chaque communauté parfois au sein d'une même région ou du même profil d'école (108,142). L'étude qualitative est d'ailleurs exploratoire avec l'intention d'inspirer des idées au lieu d'engendrer des généralisations ou conclusions fermes (44)

D'autres études sont nécessaires pour expliquer le comportement nutritionnel et le mode de vie actif des jeunes libanais, l'évaluation de l'impact de globalisation des habitudes sociales sur la société libanaise et l'interaction des facteurs (29). Egalement, d'autres études dans différentes régions libanaises sont nécessaires pour identifier les caractéristiques nationales selon lesquelles les actions de promotion de santé seront taillées (61).

## **8. Conclusion**

Les responsables sont invités à intégrer dans l'implantation d'une politique de promotion de santé scolaire (alimentation et activité physique) les objectifs les plus adéquats et réalistes, en fonction des besoins, des spécificités, des ressources et du temps. L'option de la politique adoptée au niveau national devrait se caractériser par la souplesse nécessaire à la phase d'application locale.

Ainsi, la politique de promotion de santé scolaire doit être en cohérence et en complémentarité avec les plans d'action existants sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il conviendra d'adopter une approche pluridisciplinaire, intégrée et globale dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique scolaire sanitaire. L'élaboration et la mise en œuvre de telle politique devront prendre en compte le contexte culturel, les questions de genre, les minorités ethniques, ainsi que les structures de compétences (religion/idéologie, politique, etc.) et le droit du pays. Toute politique scolaire devrait être participative et ouverte sur la société. Toutes les classes sociales devront être visées, notamment les plus vulnérables (minorités ethniques et religieuses) et les pauvres.

Dans la mesure du possible, l'implantation d'une politique de promotion de santé scolaire doit utiliser et mettre à profit les structures existantes (société civile, initiatives antérieures ou en cours, politiques publiques, personnel technique, etc.).

L'ensemble du processus de politique de promotion de santé scolaire (planification, élaboration, implantation) devra faire en permanence l'objet d'un suivi et d'une évaluation participative et régulière. Les ressources nécessaires au suivi et à l'évaluation doivent être prévues dès l'origine du processus pour en faciliter l'exercice. Ainsi pour être durable, toute politique scolaire devrait disposer d'un budget spécifique affecté à son implantation.

La société joue un rôle très important dans les programmes nutritionnels en construisant les rôles-modèles et les structures nécessaires aux comportements et perceptions des individus. Ainsi, la présentation des perceptions des jeunes et des acteurs clés scolaires et extrascolaires des déterminants au déploiement d'une éventuelle PAS accordent une attention particulière à ce qui fonctionne ou non, en dégagant les caractéristiques propres au contexte libanais et aux variables déterminantes du cadre théorique auxquelles il s'apparente. L'analyse de ces perceptions vise aussi à dégager les facteurs communs auxquels l'approche nous oblige de nous attarder afin d'intervenir plus efficacement, ainsi qu'aux particularités de sa mise en œuvre. Donc, l'étude des perceptions des jeunes et des adultes libanais aura offert une vision des barrières et facilitateurs à la promotion de la santé scolaire, dans la perspective du déploiement éventuel d'une SSS. Notons aussi que la perception de l'importance de l'activité physique dans un projet de promotion de santé scolaire est aussi importante que l'alimentation saine pour la population libanaise notamment auprès des jeunes.

Les principales barrières au développement des projets de promotion de santé scolaire tels que la SSS ont été le manque de leadership, de collaboration et de communication entre les institutions intra et intersectorielles; le manque de ressources humaines et financières; le manque d'engagement du personnel et de la



communauté; les structures complexes du contexte social libanais (région, religion, politique, statut socioéconomique) et l'environnement physique scolaire inapproprié (climat, local, discipline, etc.) surtout dans les écoles publiques et rurales.

En conséquence, la reconnaissance de l'importance d'une saine alimentation par le milieu scolaire, les jeunes et leurs parents; l'engagement fort et concerté de la direction et du personnel scolaire; la collaboration et la participation active des jeunes, des parents, des médias et de la communauté; la communication et le partenariat entre les différents secteurs (privé, public, civil); l'encadrement offert par une politique officielle et nationale; l'éducation nutritionnelle moderne (transfert d'informations et action multidimensionnelle); l'attitude réaliste et positive face à la possibilité de changements des habitudes de vie; et l'évaluation participative régulière du processus sont parmi les principales conditions de réussite de l'implantation de politique de santé scolaire, notamment dans les écoles publiques et rurales.

Finalement, la SSS fournit un cadre pour la mise en œuvre des programmes d'intervention visant à améliorer l'état sanitaire et nutritionnel des enfants et des adolescents ciblés dans le cadre scolaire. Pourtant, la SSS nécessite de multiplier les efforts dans les environnements scolaires les plus vulnérables (certaines écoles publiques et/ou rurales) qui manquent des ressources humaines et financières, et où il y a absence des parents éduqués, responsables et intéressés par la santé. Généralement, les écoles privées, surtout urbaines, présentent des caractéristiques organisationnelles (ressources, environnement physique et climat scolaire, etc.) favorables à l'adoption de la SSS plus que les écoles publiques.

Le cadre conceptuel intégrateur proposé dans cette étude nous permet d'intervenir aux différents niveaux d'action (individuelle, communautaire/interpersonnelle et organisationnelle) de façon complémentaire et interactionnelle. Cette intervention nécessite la mobilisation des différents acteurs clés (adultes et jeunes) pertinents à travailler en concertation dans le but d'augmenter la cohérence et l'efficacité des actions à entreprendre pour réussir et assurer la pérennité d'une politique éventuelle de promotion de santé scolaire.

## **9. Pertinence et retombées de la recherche**

Premièrement, ce projet de recherche est original dans sa stratégie de recherche exploratoire et novateur dans sa manière d'approcher les différents acteurs clés en phase du pré implantation et non en phase d'implantation d'une politique alimentaire scolaire (PAS) en mettant l'accent sur l'alimentation et l'activité physique.

Deuxièmement, à notre connaissance aucune implication des élèves (enfants et adolescents) dans le processus du développement de PAS n'a été faite auparavant dans les pays mentionnés dans notre revue de la littérature d'où l'originalité du modèle proposé.

Troisièmement, compte tenu que les politiques examinées dans notre recherche ne s'appuyaient pas clairement sur un modèle conceptuel, la créativité de ce projet revient au cadre de référence qui se veut exhaustif et basé sur plusieurs modèles et théories multidisciplinaires.

Quatrièmement, les résultats de cette étude permettront un enrichissement des connaissances à propos des barrières et facteurs facilitants envisagés lors du déploiement à venir de la SSS au Liban. Les résultats attendus devraient aider les intervenants dans le domaine de la santé et de l'éducation et les soutenir dans les pratiques de promotion de la SSS. Ainsi, ce projet de thèse pourra suggérer de devoir communiquer pour faire évoluer les perceptions des acteurs déterminants d'une PAS éventuelle et/ou nous amener à orienter le développement du SSS à venir en laissant une place plus ou moins importante à une appropriation des actions de promotion de la santé scolaire ou non.

Finalement, ce projet peut orienter d'autres recherches nationales ou internationales afin de développer et d'évaluer les composantes des PAS à implanter et ce en adaptant le cadre de référence à leurs besoins.

## Bibliographie

- 1- Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch JW, Yajnik CS, Kuh D, Yach D. Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: the evidence and implications for policy and research. World Health Organization, 2002 (document WHO/NMH/NPH/02.1).
- 2- Afifi R, Abou Jaoude S. Lebanon 2005: Global School-based Student Health Survey. GSHS Country Report, 2005: 130p.
- 3-Agence Canadienne de Développement International. Comment faire une évaluation-L'évaluation participative. Rapport de l'ACDI, 2001;No3: 9p.
- 4- American University of Beirut. Faculty of Health Sciences: Research projects and networks. [http://fhs.aub.edu.lb/research/projects\\_and\\_networks.html](http://fhs.aub.edu.lb/research/projects_and_networks.html) (accessed in February 2013).
- 5- American University of Beirut. FAFS annual research reports. <http://www.aub.edu.lb/fafs/about/Pages/ResearchReports.aspx> (accessed in February 2013).
- 6- American University of Beirut-Ibsar. Food and Health in Rural Lebanon: Options to Improve Dietary Diversity, Food Security, Livelihoods and Ecosystem Management. American University of Beirut and University of Ottawa project, 2012.
- 7- Aoun G. Evolution de la morphologie des consommateurs et ses conséquences sur l'offre des entreprises au Liban. *Travaux et Journaux*, Printemps 2006; (77): 193-203.

- 8- Aoun G. La globalisation de la communication: les tentatives des multinationales au Moyen Orient. Publications de l'Université Saint Joseph: Proche-Orient études en management, 2000 :11p.
- 9- Aoun G. Mondialisation et comportement alimentaire du consommateur au Liban. *Travaux et Journaux*, Automne 2003; (72): 105-120.
- 10- Bagchi K. Nutrition in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2008; 14: S107-S113.
- 11- Bagchi K. Overview of growth monitoring in Countries of the Eastern Mediterranean region. World Health Organization Eastern Mediterranean Region Office, September 2005.
- 12- Baker S, Edwards R. How many qualitative interviews is enough? Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research. National Center for Research Methods Review Paper, 2012: 43p.
- 13- Balamand University. Faculty of Health Sciences: Co-Academic programs. <http://www.balamand.edu.lb/english/FHS.asp?id=3217&fid=227> (access in February 2013).
- 14- Bao W, Threefoot S, Srinivasan S, Berenson G. Essential hypertension predicted by tracking of elevated blood pressure from childhood to adulthood: the Bogalusa Heart Study. *American Journal of Hypertension*, 1995; 8:657-665.
- 15- Bastien R, Langevin L, LaRocque G, Renaud L. Promouvoir la santé: Réflexions sur les théories et les pratiques. Marquis Publication. Montmagny, Qc, 1994: 233p.
- 16- Baril G. Les politiques alimentaires en milieu scolaire : Une synthèse de connaissances sur le processus d'implantation. Rapport de l'Institut National de Santé publique du Québec, 2008:128p.

- 17- Barker DJP, Osmond C, Winter PD, Margetts B, Simmonds SJ. Weight gain in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet*, 1989 ; 2: 577-580.
- 18- Bauman A, Craig CL. The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity. (Commentary) *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2005; 2: 10p.
- 19- Ben-Arieh A. Measuring and monitoring the well-being of young children around the world, 2006. Background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report 2007: Strong foundations: early childhood care and education.
- 20- Berenson GS et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *New England Journal of Medicine*, 1998; 338: 1650-1656.
- 21- Bloom P, Gundlach G. Handbook of marketing and society. Sage Publications. California, USA, 2001: 543p.
- 22- Boucher D, Côté F. Facteurs influençant une saine alimentation chez des adolescents: revue de la littérature destinée à l'infirmière en milieu scolaire. *L'infirmière clinicienne*, 2008; 5 (1): 62-73.
- 23- Brinberg D, Axelson ML, Price S. Changing food knowledge, food choice, and dietary fiber consumption by using tailored messages. *Appetite*, 2000; 35:35-43.
- 24- British Columbia Ministry of Health Services, CLASP, Institute of Applied Physical Activity and Health Research, F/P/T Committee on school food policy. Towards a minimal data set for school nutrition indicators: How do we know if we are "hitting the mark" your invitation to participate. Joint report, 2011: 39p.

- 25- Callon M, Latour B. les paradoxes de la modernité: comment concevoir les innovations? *Prospective et santé*, hiver 1985-86; (36): 13-25.
- 26- Caraher M, Coveney J. Public health nutrition and food policy. *Public Health Nutrition*, 2003; 7(5): 591-598.
- 27- Centre de ressources sur le développement local. Liban. [www.localiban.org](http://www.localiban.org) (accessed in February 2013).
- 28- Centers for disease Control and Prevention. Global School-based Student Health Survey. <http://www.cdc.gov/GSHS/> (accessed in February 2013).
- 29- Chakar H, Salameh P. Adolescent obesity in Lebanese private schools. *European Journal of Public Health*, 2006;16(6): 648–651.
- 30- Chaoul M. L'hybride reproducteur: regard sur le social et la politique au Liban. *Travaux et Journaux*, Automne 2003 ; (72): 121-136.
- 31- Cho J, Trent A. Validity in qualitative research revisited. *Qualitative Research*, 2006; 6(3): 319-340.
- 32- Cole K, Waldrope J, D'Auria J, Garner H. An integrative Research Review: Effective school-based childhood overweight interventions. *JSPN*, 2006; 11(3): 166-177.
- 33- Committee of school health of Ministry of Education. Health school Program. Draft paper, 2006:11p.
- 34- Committee of school health of Ministry of Education. Strategy for school health in Lebanon, 2009: 18p (Arabic version).
- 35- Delisle H, Strychar I. Obesity at adolescence: prevention is timely even in low income countries. *SCN news*, 2006; (32): 51-57.

36- Department of Health. Publications and Statistics. <http://www.dh.gov.uk> (accessed in February 2013).

37- Désy M. *L'école en santé: Recension des écrits*. Rapport préparé par la Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2009.

38- Dobbins M, Ciliska D, Cockerill R, Barnsley J, DiCenso A. A framework for the dissemination and utilization of research for health care policy and practice. *The online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 2002, 9 (7): 12p.

39- Donovan R, Henley N. *Social Marketing: principles and practice*. IP Communications. Melbourne, Australia, 2003: 415p.

40- Doumont D, Verstraeten K, Gossiaux Y, Libion F. Quelques exemples de politiques de santé publique mises en place au sein de l'Europe et de la Province du Québec (1ère partie). À la demande du Conseil Supérieur de Promotion de la Santé et en collaboration avec la Direction Générale de la Santé. Série de dossiers techniques, Décembre 2007. (Réf: 07- 47).

41- Eriksson JG, Forsen T, Tuomilehto J, Osmond C. Early growth, adult income, and risk of stroke. *Stroke. British Medical Journal*, 2000; 31: 869-874.

42- Food and Agricultural Organization. Interventions in social communication on nutrition. FAO Report, 1994. <http://www.fao.org/docrep/T2860T/t2860t03.htm>. (accessed in February 2013).

43- Food and Agricultural Organization. L'éducation nutritionnelle du public. FAO Report, 1995. <http://www.fao.org>. (accessed in February 2013).

- 44- French S, Story M, Jeffery RW. Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Revue of Public Health*, 2001; 22: 309-335.
- 45- Gittelsohn J, Dyckman W, Tan ML, Boggs MK, Frick KD, Alfred J, Winch PJ, Haberle HL, Palafox NA. Development and implementation of a food store-based intervention to improve diet in the republic of the Marshall Islands. *Health Promotion Practice*, 2006; 7(4): 1-10.
- 46- Gittelsohn J, Kumar MB. Preventing childhood obesity and diabetes: is it time to move out of the school? *Pediatric Diabetes*, 2007; 8(Suppl.9): 1-15.
- 47- Glanz K, Rimer B, Viswanath k. Health behavior and health education: theory, research and practice. Fourth Edition. Jossey-Bass. San Francisco, USA, 2008: 552p.
- 48- Griffith CJ, Mathias KA, Price PE. The mass media and food hygiene education. *British Food Journal*, 1994; 96 (9): 16-21.
- 49- Hamdan K. *Le conflit libanais: Communautés religieuses, classes sociales et identité nationale*. Dar Al Farabi. Beirut, Lebanon, 1998: 357p. (Version en arabe traduite par Riad Souma de la version originale française publiée en 1997 par Garnet)
- 50- Health Canada. Amélioration des compétences culinaires: aperçu des pratiques prometteuses au Canada et à l'étranger, 2011. <http://www.santecanada.gc.ca>. (accessed in February 2013).
- 51- Health Education Resource Unit. Training of trainer workshops: How to address sensitive topics within a comprehensive schools health program (February 19-22/2008) and How to evaluate a training session within a comprehensive school health program (April 15-18/2008). Final Report prepared by Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, 2008:11p.



52- Hercberg S. Pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour une promotion de la nutrition en France. Rapport du Programme National Nutrition Santé, 2006: 280p.

53- Hindin TJ, Contento IR, Gussow JD. A media literacy nutrition education curriculum for head start parents about the effects of television advertising on their children's food requests. *Journal of the American Dietetic Association*, 2004; 104:192-198.

54- Hlastan-Ribic C, Simcic I. L'importance de l'alimentation et de l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire dans les liens intersectoriels entre éducation et santé. Conseil de l'Europe, 2005: 121-137p.

55- Hodsgon K. Gouverner pour assurer le succès des partenariats. *En Bref*, automne 2010: 7p.

56- Hornik R, Kelly B. Communication and Diet: An Overview of Experience and Principles. *Journal of Nutrition Education Behavior*, 2007; 39: S5-S12.

57- Ibrahim R, Mahfoud Z. Evaluation of the "Staying fit module" Health academy e-learning project, Lebanon 2008-2009. Executive summary of report, 2009.

58- Institut national de santé publique au Québec. L'implantation des politiques alimentaires en milieu scolaire au Québec: Une étude exploratoire auprès d'acteurs de la Montérégie, 2007: 42p.

59- Ippolito-Shepherd, J. Renforcement de l'Initiative Régionale Écoles Promotrices de la Santé : Stratégies et Lignes d'Action 2003-2012. Série Promotion de la Santé, 2003; N° 4: 74p.

- 60- Irz X, Shankar B, Srinivasan CS. Dietary recommendations in the report of the joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases (WHO Technical Report Series 916, 2003): Potential Impact on Consumption, Production and Trade of Selected Food Products.
- 61- Jabre P, Khater-Menassa B, Baddoura R, Awada, H. Overweight children in Beirut: Prevalence estimates and characteristics. *Child Care Health Development*, 2003; 31(2): 159-65.
- 62- Jurdi M. Assessing physical environmental health profiles of public schools in Lebanon. WHO report, 2009: 184p.
- 63- Kanj M. United Nations Initiative on Focusing Resources on Effective School Health (FRESH) in the Arab States: Phase Two Report (2004-2005), 2006:16p.
- 64- Lamontagne C, Chaumette P. Étude sur l'opinion et les attentes des parents et des adultes utilisateurs à l'égard des modifications de l'offre alimentaire dans les milieux scolaire et municipal, Québec. Document de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2010: 127 p.
- 65- Lang T, Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Obesity reviews*, 2007; 8 (Suppl. 1): 165–181.
- 66- Leo A. Are schools making the grade? School nutrition policies across Canada. Report of the Center for Science in the Public Interest CSPI, October 2007:50p.
- 67- Les Diététistes du Canada. Aperçu des politiques en matière de nutrition dans les écoles au Canada. *Enjeux d'actualité*, Septembre 2008 : 15p.
- 68- Levallois A. Moyen-Orient, Mode d'emploi. Stock. Paris, France, 2002: 250p.

69- Liban Vision. République Libanaise. <http://www.libanvision.com/> (accessed in February 2013).

70- MacLellan D, Taylor J, Freeze C. Developing school nutrition policies: Enabling and Barrier Factors. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 2009; 70 (4):166- 171.

71- Martin C, Arcand L. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires: Pour la réussite éducative, la santé et le bien être des jeunes. Guide du Ministère de l'éducation, du loisir et du sport au Québec, 2005.

72- Mason M. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, 2010; 11(3): 14p.

73- McDermott L, Stead M, Gordon R, Angus K, Hastings G. A review of the effectiveness of social marketing nutrition interventions. Report 2 of National Social Marketing Center, 2006: 73p.

74- Ministère de la santé et des sports. Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France, 2000. [www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/nutri034.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/nutri034.htm). (accessed in February 2013).

75- Ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports. Pour un virage santé à l'école, 2007. <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/virageSante/pdf/virageSante.pdf> (accessed in February 2013).

76- Must A, LipmanRD. Childhood energy intake and cancer mortality in adulthood. *Nutrition Reviews*, 1999; 57: 21-24.

77- Narhinen M, Nissinen A, Puska P. Healthier choices in a supermarket. The municipal food control can promote health. *British Food Journal*, 1999; 101(2): 99-107.

78- National Governors' Council. Food Policy in Schools: A Strategic Policy Framework for Governing Bodies. National Governors' Council and Food Standards Agency report, 2005: 78p.

79- National School Boards Association. Addressing wellness policies 101. Updated on June 2009. [www.nsba.org/schoolhealth](http://www.nsba.org/schoolhealth) (accessed in February 2013).

80- National School Boards Association. Health and Leadership Special Report. *American School Board Journal*, February 2009: 32-43.

81- National School Boards Association . Model Local School Wellness Policies on Physical Activity and Nutrition. National Alliance for Nutrition and Activity (NANA) report, March 2005: 26p.

82- Nejad L, Wertheim E, Greenwood K. Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in the prediction of dieting and fasting behavior. *Journal of applied psychology*, 2005; 1(1): 63-74.

83- Nutrition Australia. Healthy Eating Schools. <http://www.nutritionaustralia.org/static/vic-healthy-schools.php> (accessed in February 2013).

84- Oltersdorf U. Impact of nutrition behaviour research on nutrition programmes and nutrition policy. *Appetite*, 2003; 41: 239-244.

85- Ontario Ministry of Education. *Eating healthy Schools policy*, 2010. <http://www.edu.gov.on.ca/eng/healthyschools/policy.html> (accessed in December 2012).

86- Organisation Mondiale de la Santé. Cinquante- septième Assemblée Mondiale de la Santé, 2004. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Rapport du Secrétariat. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2004.

87- Organisation Mondiale de la santé. Développement et sécurité sanitaire. [http://www.emro.who.int/rd/annualreports/2008/french/chapter1\\_objective4.htm](http://www.emro.who.int/rd/annualreports/2008/french/chapter1_objective4.htm) (accessed in February 2013).

88- Organisation Mondiale de la Santé. L'école et son rôle dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général. Rapport d'un comité OMS d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général. OMS, Série de rapports techniques 870. Organisation Mondiale de la Santé, 1997.

89- Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Organisation Mondiale de la Santé, 2004.

90- Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin (2ème édition). Paris, France, 2008: 315p.

91- Palluy J, Arcand L, Choinière C, Martin C, Roberge MC. Réussite éducative, santé, bien-être: agir efficacement en contexte scolaire: Synthèse de Recommandations. Rapport préparé par l'Institut National de Santé Publique du Québec, 2010.

92- Patrick H, Nicklas T. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 2005; 24(2): 83-92.

- 93- Khawaja M, Abdulrahim S, Afif R, Karam D. Distrust, social fragmentation and adolescents' health in the outer city: Beirut and beyond. *Social Science and Medicine Journal*, 2006; 63:1304-1315.
- 94- Renaud L, Chevalier S, O'Loughlin J. L'institutionnalisation des programmes communautaires: revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Canadian Journal of Public Health*, 1997; 88 (2): 109-113.
- 95- Réseau francophone international pour la promotion de la santé. 25 ans d'histoire : Les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophone. Recueil de textes, 2012: 97p.
- 96- Richard L, Gauvin L, Raine K. Ecological Model Revisited: Their uses and evaluation in health promotion over two decades. *The Annual Review of Public Health*, 2011; 32: 307-326.
- 97- Salibi A. National alliance against hunger. [http://www.iaahp.net/fileadmin/templates/iaah/pdf/NAAH\\_Lebanon\\_FR.pdf](http://www.iaahp.net/fileadmin/templates/iaah/pdf/NAAH_Lebanon_FR.pdf) (accessed in February 2013).
- 98- Santé Canada. La stratégie pancanadienne intégrée en matière de mode de vie sain. Rapport de Santé Canada, 2005.
- 99- Sarantakos S. Social Research. Macmillan Press LTD. Melbourne, Australia, 1996: 459p.
- 100- Secretariat of Health and Environment. Nutrition of students at schools. <http://www.health.gov.ly> (accessed in February 2013).
- 101- Sharma M. International school-based interventions for preventing obesity in children. *Obesity Reviews*, 2006; 8: 155–167.

- 102- Sibai A, Hwalla N, Adra N, Rahal B. Prevalence and covariates of obesity in Lebanon: findings from the first epidemiological study. *Obesity Research*, 2003; 11(11): 1353-1361.
- 103- Simard C, Deschesnes M. Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire. Rapport préparé par l'Institut National de Santé Publique du Québec, 2011.
- 104- Soueid R, Kteily M, Shediak-rizkallah M. Preoccupation with weight and disorder eating behaviors of entering students at a university in Lebanon. *International Journal of Eating Disorders*, 2002; 32: 52-57.
- 105- Staples P. The Australian Food and Nutrition Policy. Foreword of the Minister for Aged, Family and Health Services, 1992: 34p.
- 106- Steckler A, Goodman R, McLeroy K, Davis S, Koch G. Measuring the diffusion of innovative health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 1992; 6(3): 214-224.
- 107- Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002; 102(3): S40-S51.
- 108- Tamim H, Al-Sahab B, Akkary G, Ghanem M, Tamim N, El-Roueiheb Z, Kanj M, Afifi R. Cigarette and nargileh smoking practices among school students in Beirut, Lebanon. *American Journal of Health Behavior*, 2007; 31(1): 56-63.
- 109- Tan F, Okamoto M, Suyama A, Miyamoto T. Tracking of cardiovascular risk factors and a cohort study on hyperlipidemia in rural schoolchildren in Japan. *Journal of Epidemiology*, 2000; 10: 255-261.

- 110- Tremblay MC, Richard L. Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline. *Health Promotion International*, 2011: 11p.
- 111- Trudel L, Simard C, Vonarx N. La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire. *Recherches Qualitatives*, 2007; Hors série (5): 38-45.
- 112- Unesco Institute for statistics. ISU Statistiques-En-Bref : Liban profil général. <http://stats.uis.unesco.org> (accessed in February 2013).
- 113- United Nations. The Millenium Development Goals Report 2009. United Nations Report, 2009: 60p.
- 114- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. FRESH: Une approche globale scolaire pour réussir l'EPT. UNESCO, 2002 (ED-2002/WS/8 Rév.).
- 115- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. L'évaluation de l'éducation pour tous à l'an 2000: Rapport des pays, 2000-2001: 11p.
- 116- United Nations Children's Emergency Fund. At a glance Lebanon. [http://www.unicef.org/infobycountry/lebanon\\_2549.html](http://www.unicef.org/infobycountry/lebanon_2549.html) (accessed in February 2013).
- 117- United Nations Children's Emergency Fund. Child poverty in perspective-An Overview of child well-being in the rich countries: A comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Innocenti Research Center: Report Card 7, 2007.
- 118- United Nations Children's Emergency Fund. The Millenium Development Goals. [http://www.unicef.org/french/mdg/28184\\_28230.htm](http://www.unicef.org/french/mdg/28184_28230.htm) (accessed in February 2013).
- 119- United Nations Children's Emergency Fund. UNICEF Overview. Education for All Global Monitoring Report , 2007: 6-9.



120- United Nations Children's Emergency Fund. UNICEF Overview. Education for All Global Monitoring Report, 2008: 5-9.

121- United Nations Children's Emergency Fund. UNICEF Regional Overview: Arab states. Education for All Global Monitoring Report, 2007: 1-11.

122- University of Balmand. School feeding and education program, Lebanon: Two years report (2003-2005). School Feeding and Education Program Report, 2005:18p.

123- Woodward-Lopez G, Ikeda J, Crawford P. Improving children's academic performance, health and quality of life: A top policy commitment in response to children's obesity and health crisis in California. Excerpt from CEWAER Report, 2000.

124- World Health Organization. Cadre pour une politique scolaire: mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour l'alimentation, l'activité physique et la santé. Rapport de l'OMS, 2008.

125- World Health Organization. Country cooperation strategy: at a glance (updated May 2007) <http://www.who.int/countryfocus> (accessed in February 2013).

126- World Health Organization. Department of Nutrition for Health and Development. [http://www.who.int/nutrition/about\\_us/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/about_us/en/index.html) (accessed in February 2013).

127- World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO Study Group. World Health Organization, 1990 (WHO Technical Report Series, No. 797).

128- World Health Organization. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases (WHO Technical Report Series 916): Report of the joint WHO/FAO Expert Consultation. World Health Organization, 2003.

129- World Health Organization- EMRO Newsletter. *Health For All*, Jan-Jun 2007; (61): 32p.

130- World Health Organization-Europe. Evaluation in health promotion: Principles and perspectives. WHO regional publications - European series No. 92, 2001.

131- World Health Organization-Europe. Nutrition-Friendly Schools initiative-Implementation at country level-Module4. WHO report, 2009.

132- World Health Organization-Europe. Nutrition-Friendly Schools initiative- NFSI action plan and tools-Module3. WHO report, 2009.

133- World Health Organization. Global school-based student health survey. <http://www.who.int/chp/gshs/en/> (accessed in February 2013).

134- World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, 1986.

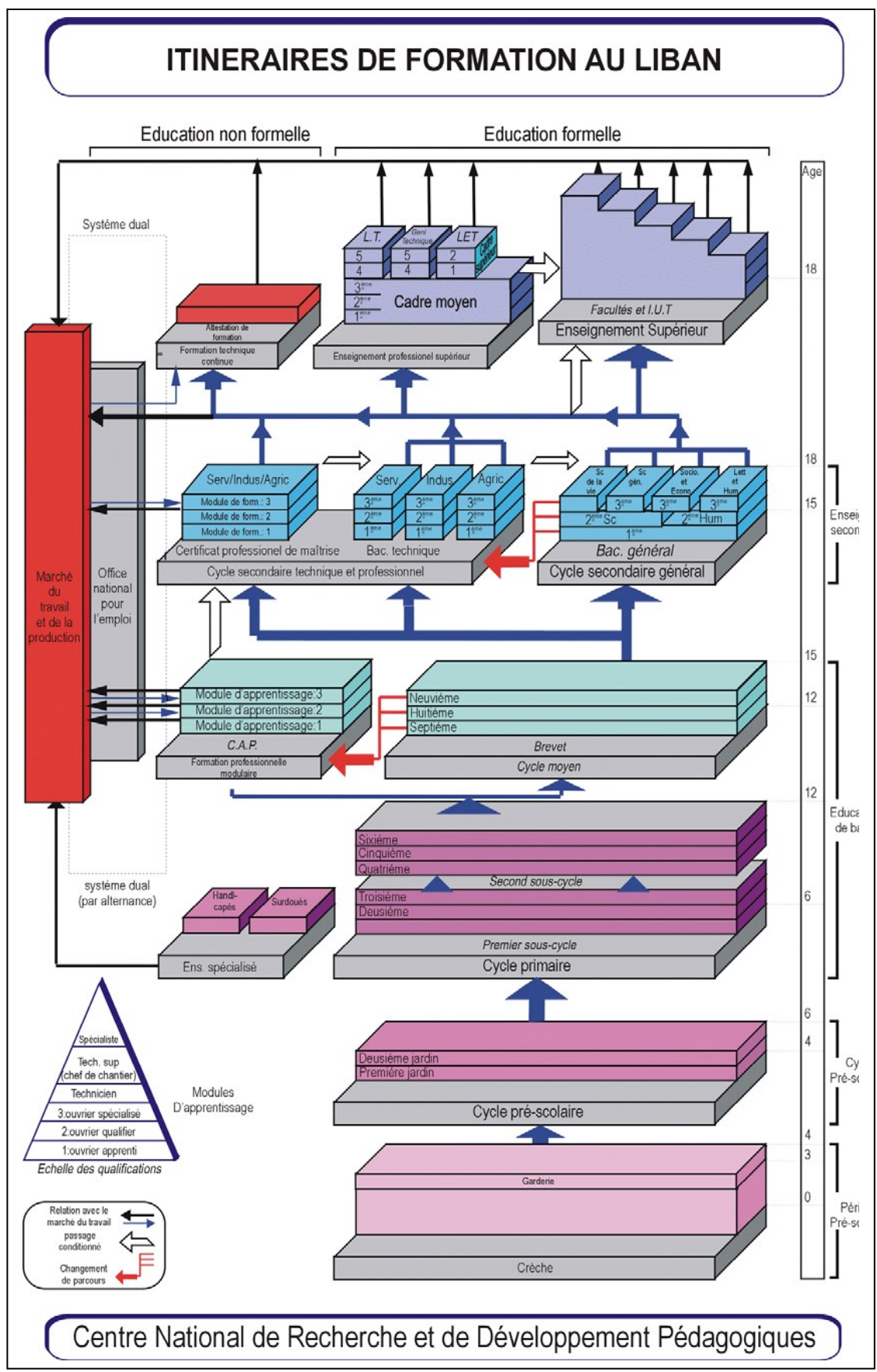
135- World Health Organization. Prevention and Control of non-communicable diseases: implementation of the global strategy. Report by the Secretariat (Executive Board). World Health Organization, 2009.

136- World Health Organization. Strategic Directions for Improving the Health and Development of Children and Adolescents. World Health Organization, 2003.

137- World Health Organization. The Fifty-seventh World Health Assembly, 2004. Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, 2004.

- 138- World Health Organization. The Global school health initiative. [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshi/en](http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en) (accessed in February 2013).
- 139- World Health Organization. The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, 2002.
- 140- World Health Organization Regional Office for Europe. Comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States. World Health Organization Summary Report, 2003.
- 141- World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Planning for effective communication strategies to improve national nutrition programmes. WHO-EM/NUT/245/E report, 2007.
- 142- Yahia N, Chakar A, Abdallah A, Rizk S. Eating Habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition Journal*, 2008; 7:32.
- 143- Yajnik CS. The insulin resistance epidemic in India: fetal origins, later lifestyle, or both? *Nutrition Reviews*, 2001 ; 59: 1-9.

### Annexe 1. Itinéraire de formation au Liban ([www.crdp.org](http://www.crdp.org))



## Annexe 2. Définitions des modèles, théories et de leurs variables

**1- Theory of Trying (TT) :** est directement appliquée aux sujets de promotion de la santé et du marketing social car elle met l'emphase sur l'accomplissement des buts visés en étudiant les attitudes des individus à l'égard de la réussite, de l'échec et l'engagement actuel dans le processus d'essai (28). Ainsi, cette théorie aide les planificateurs de programmes à distinguer les facteurs incitant les individus à l'essai ou inhibant leur réussite (28). Par exemple, étudier les facteurs (attitude, normes sociales, etc.) qui inciteront ou freineront les différents acteurs dans la décision éventuelle de s'engager dans le développement éventuel d'une SSS. Les variables de cette théorie sont:

- *Attitude* : attitude du Liban envers la réussite, l'échec et l'engagement dans un processus de changement (exemple : volonté de l'étudiant d'amorcer un processus d'amélioration des habitudes de vie).
- *Probabilité* : probabilité de l'occurrence de plusieurs conséquences suite à l'échec, la réussite et l'engagement (exemple : effet positif des politiques alimentaires scolaires sur le choix alimentaire hors de l'école).
- *Intention* : intention qu'a un individu pour essayer d'adopter un comportement. L'intention est reliée aux attitudes et aux normes sociales (exemple : croyances partagées par une communauté sur les risques associées à de mauvaises habitudes de vie).
- *Normes sociales* : normes et croyances sur les conséquences d'un comportement à faire.
- *Actions passées* : le nombre d'actions faites dans le passé pour adopter un comportement (exemple : exposition à des programmes d'éducation sanitaire).

**2- Rossister-Percy Motivational Model (RPMM) :** identifie les motivations propres aux individus ciblés (28). Il considère que le type de motivation (positif, négatif) relié aux émotions et le niveau d'implication (faible, élevé) relié aux risques perçus (social, financier, etc.) déterminent la décision des individus ciblés (28). Par exemple, une personne acceptera de s'engager (implication forte) dans le développement d'une SSS

en anticipant la reconnaissance d'avoir assuré une forme de conformité au système social (motivation positive). Les variables de ce modèle sont :

- *Motivation* : volonté ou première motivation de la personne à prendre une décision. Elle peut être négative (réduit le processus) ou positive (induit le processus).
- *Emotions* : chaque motivation sentie par l'individu est reliée à une émotion spécifique et même à une séquence émotionnelle (du neutre au compétent, du indécis au participant, etc.). D'où il existe deux types d'émotions : négatives (neutre, indécis, contrariant, etc.) et positives (optimiste, compétent, concerné, etc.).
- *Implication* : degré de perception du risque (fonctionnel, social, financier, etc.) au cas de la prise d'une mauvaise décision. D'où il existe deux types d'implication (faible, élevée) selon le degré du risque perçu.

**3- Health Belief Model (HBM)** : est l'un des premiers modèles en éducation sanitaire expliquant la participation ou l'abstention des individus dans les programmes de planification en matière de santé (18,28). Comme presque tous les autres modèles, le HBM est incomplet et doit être complété pour expliquer l'impact des facteurs sociaux, culturels et économiques sur les réponses des individus aux directives des programmes de promotion de la santé (18,28). Par exemple, la perception des bénéfices associés au développement d'une SSS peut augmenter l'adhésion et la participation des acteurs à cette SSS. Les variables de ce modèle sont :

- *Perception de la sévérité* : perception qu'a un individu de la gravité des conséquences d'une condition.
- *Perception de la susceptibilité* : perception qu'a un individu d'être susceptible ou non à une condition.
- *Perception des bénéfices* : dépend de la croyance en l'efficacité de l'action.
- *Perception des barrières* : perception des barrières ou des coûts associés à l'action.
- *Stimuli à l'action* : stimuli incitant l'individu à agir. Exemple: stimuli externe (médias) et stimuli interne (connaissance, maladie dans la famille, etc.).
- *Efficacité personnelle* : la confiance d'être capable d'exécuter un comportement particulier ou d'assurer la conformité à un comportement.
- *Variables démographiques et psychosociales* : âge, sexe, personnalité, etc.

**4- Protection Motivation Theory (PMT) :** sert à expliquer les motivations résultant d'une communication menaçante. Les variables du PMT peuvent prédire l'intention et la motivation des individus vis-à-vis de l'adoption d'une nouvelle communication après avoir assuré leur protection contre les menaces sociales et psychologiques (28). Par exemple, l'école reconnaît l'augmentation de la prévalence d'obésité chez les enfants (menace), la SSS (comportement recommandé et nouvellement communiqué) contribuera à diminuer ce risque et l'école serait une institution apte à soutenir cette SSS (auto-efficacité et adoption). Les variables de cette théorie sont :

- *Perception de la sévérité* : perception qu'a un individu de la gravité des conséquences d'une condition.
- *Perception de la susceptibilité* : perception qu'a un individu d'être susceptible ou non à une condition.
- *Efficacité personnelle* : la confiance en soi d'être capable d'exécuter un comportement particulier.
- *Efficacité perçue de la réponse à la menace* : perception de l'efficacité de la réponse à un message proposé pour éviter ou diminuer l'occurrence d'un risque ou d'un problème.

**5- Diffusion Theory (DT)** ou «la théorie de la diffusion de l'innovation»: s'intéresse à la communication de l'innovation (idée, programme, projet, etc.) à travers des réseaux interpersonnels du système social en étudiant les caractéristiques de l'innovation (faisabilité, bénéfiques, etc.) pouvant faciliter et/ou inhiber son adoption (18,28,60). Par exemple, la compatibilité de la SSS (innovation) avec le système social spécifique au Liban peut accélérer la diffusion (temps) de son implantation dans les écoles (adoption du nouveau programme). Les variables de cette théorie sont :

- *Innovation* : idée, pratique ou programme perçus comme nouveau par la clientèle visée. Les attributs de cette innovation (compatibilité, complexité, faisabilité, bénéfiques, risques, visibilité des résultats) déterminent les niveaux de son adoption.
- *Temps* : temps anticipé par la personne pour passer de la phase de sensibilisation, à la persuasion, à la décision et enfin à l'adoption.

- *Communication* : modalités de communication existantes (média de masse, réseaux interpersonnels, claires, faciles, etc.) pour diffuser l'innovation.
- *Système social* : structure sociale (normes sociales, opinions et rôles des leaders, attitudes, croyances, autorité, etc.).

**6- Theories of Organizational Change (TOC):** permettent de guider les efforts des planificateurs dans le développement des programmes de promotion de la santé au sein d'une organisation en utilisant des réseaux, des stratégies de partenariats et des alliances efficaces et en tenant compte de l'ajustement mutuel entre tous les acteurs (31,55). Par exemple, le développement des SSS doit se baser sur des stratégies d'actions communes et partagées par tous les acteurs déterminants (Etat, écoles, familles, etc.). Les variables de cette théorie sont :

- *Innovation*: programmes, services et/ou politiques nouveaux à implanter dans une organisation.
- *Environnement social* : influence directe et indirecte extérieure à l'organisation due aux facteurs de l'environnement social (croyance, communauté, facteurs sociaux, etc.).
- *Développement organisationnel* : approche permettant d'améliorer la qualité de vie dans une organisation.
- *Climat organisationnel* : personnalité de l'organisation.
- *Culture organisationnelle* : suppositions et croyances partagées entre les membres de l'organisation.
- *Capacité organisationnelle* : fonction optimale des sous-systèmes de l'organisation permettant d'identifier les forces et les faiblesses de l'organisation vis-à-vis de la planification d'un programme.
- *Relations inter-organisationnelles* : manières par lesquelles les organisations collaborent pour résoudre des problèmes d'intérêt mutuel.
- *Recherche appliquée* : connaissance des étapes pour améliorer l'organisation telles que: diagnostic, planification de l'action, intervention et évaluation.



**7- Communication Theory (CT):** étudie l'interaction entre les messages communiqués et les attitudes et habiletés des individus et leur capacité à influencer leurs connaissances, motivation et mobilisation vis-à-vis du contenu de la communication reçue (31). La communication interpersonnelle et la communication médiatique peuvent produire des nouvelles sources d'informations professionnelles et non professionnelles influençant l'interprétation des nouveaux événements (31). La CT doit être complétée avec d'autres théories de comportement sanitaire pour réussir la promotion de la santé (31). Par exemple, les interactions entre l'école et les familles (acteurs clés) concernant la SSS (nouveau message communiqué) dépendra du contenu de la SSS, de l'emplacement géographique de l'école et du profil sociodémographique des familles. Les variables de cette théorie sont :

- *Connaissance* : information factuelle et interprétative servant à s'informer et à agir correctement.
- *Sources des informations* : degré de disponibilité de l'information autour d'un sujet dans le système social comme la communauté.
- *Statut socio- économique* : unités ou sous-unités de la population classifiées selon leurs niveaux d'éducation, du revenu, de santé et d'occupation.
- *Structure sociale* : différenciation et interdépendance entre les sous-systèmes de la communauté (institutions sociales, organisations, groupes, centres, etc.) qui maintiennent le système social.
- *Conflit social* : opposition ou désaccord sur un sujet menant à une lutte pour le pouvoir et l'influence entre les groupes et leaders sociaux.
- *Mobilisation*: activité organisée cherchant à renforcer le pouvoir et l'influence de la communauté afin d'adresser un problème ou un sujet.
- *Motivation* : facteurs incitant les individus à participer et à agir sur des informations ou connaissances quelconques (efficacité personnelle, intérêt personnel, implication, etc.).

### **Annexe 3. Grille d'entrevue utilisée pour les jeunes**

#### **Variables démographiques et psychosociales**

- En quelle année es-tu ?
- Quel âge as-tu aujourd'hui ?
- Es-tu un garçon ou une fille ?
- Combien pèses-tu sans tes souliers ?
- Quelle est ta taille sans tes souliers ?
- Où habites-tu et avec qui ?
- Quel est ton sport préféré ? tes loisirs ?
- Quels sont tes plats préférés pour le repas du midi? (école ou maison)
- Quels types de collations manges-tu le plus souvent à l'école?
- Quelles boissons choisis-tu le plus souvent à l'école ?
- Peux-tu me nommer quelques restaurants et/ou casse-croûtes que tu aimes fréquenter ? Que manges-tu dans ces endroits ?

#### **Variables communautaires/interpersonnelles**

- Attitude : Habituellement, est-ce que les jeunes de ton âge sont favorables à des projets visant les bonnes habitudes de vie (ex : faire du sport, manger des fruits et légumes, etc.)?
- Probabilité : Selon toi, un nouveau projet de santé scolaire dans ton école sur l'alimentation et l'activité physique pourrait-il modifier le mode de vie des jeunes de ton environnement?
- Intention : Crois-tu que les jeunes de ton école exprimeront une intention de participer ou supporter le développement de la SSS?
- Normes sociales : A quel point ton entourage (parents, famille, amis) considère-t-il que tu doives être exposé à des projets visant les bonnes habitudes de vie (ex : faire du sport, manger des fruits et légumes, etc.) ?

- Actions passées : As-tu déjà participé à des programmes d'éducation de santé scolaire (activité physique et alimentation) ?
- Implication : Crois-tu que la participation des jeunes de ton âge à des activités de promotion en alimentation et en activité physique est réaliste ?

### **Variables individuelles**

- Perception de la sévérité : Quels sont les problèmes de santé les plus importants chez les jeunes libanais ? Selon toi, quels sont les causes de ces problèmes ? Est-ce que l'école peut les aider ?
- Perception de la susceptibilité : Crois-tu être à risque de développer dans l'avenir un problème de santé (ex : obésité) et pourquoi te perçois-tu comme étant à risque ?
- Perception des barrières : Qu'est-ce qui t'empêche d'avoir de meilleures habitudes de vie (alimentation et activité physique) dans ton école?
- Perception des bénéfices : Selon toi, quels seront les avantages d'avoir de bonnes habitudes de vie en milieu scolaire?
- Stimuli à l'action : Qu'est-ce que l'on pourrait te dire pour te motiver à manger sainement et à bouger ?
- Efficacité perçue de la réponse : Selon toi, comment la SSS peut t'aider à adopter un mode de vie sain?

- Efficacité personnelle : Croyez-vous que ta participation à un projet de santé à l'école soit susceptible d'influencer également tes habitudes de vie dans d'autres environnements (famille, loisir)?

### **Variables organisationnelles**

- Organisation : Comment décris-tu ton école?
- Communication : À l'école, comment préfères-tu recevoir des informations sur les saines habitudes de vie ?

### **Autres variables externes du cadre conceptuel**

- Structure sociale : Qui souhaiterais-tu être la personne responsable de la communication dans ton école sur le sujet des saines habitudes de vie?
- Mobilisation : Est-ce que tu avais déjà entendu parler du projet de la SSS ? Si oui, par qui ?
- Connaissance : Pour toi, que signifie une saine alimentation? un mode de vie sain?
- Sources d'information : T'intéresses-tu aux informations en matières de nutrition et de santé? Si oui, à quelles sources réfères-tu? A quelle source accordes-tu le plus ta confiance ?

#### **Annexe 4. Grille d'entrevue utilisée pour les acteurs adultes**

##### **Variables communautaires/interpersonnelles**

- Attitude : Selon vous, la population libanaise serait-elle favorable ou non à une démarche de projet de promotion de santé scolaire ?
- Probabilité : Croyez-vous que la SSS aura un effet sur l'amélioration des habitudes de vie de la communauté?
- Intention : Croyez-vous que la communauté libanaise exprimera une intention de participer ou supporter le développement de la SSS?
- Normes sociales : Selon vous, à quel point la SSS sera-t-elle acceptée dans le milieu libanais?
- Actions passées : Au fil des années, est-ce que vous étiez impliqué dans des projets de promotion de la santé en milieu scolaire?
- Implication : Croyez-vous que le milieu scolaire est prêt à recevoir et/ou à développer éventuellement des interventions sur les saines habitudes de vie (alimentation, activité physique) ?

##### **Variables individuelles**

- Perception de la susceptibilité : Selon vous y a-t-il des problèmes de santé chez les jeunes libanais en lien avec leurs habitudes de vie ? Lesquels ? (malnutrition, obésité, sédentarité, insécurité alimentaire, diabète, etc.)
- Perception de la sévérité : Selon vous, ces problèmes nécessitent-ils des interventions préventives en milieu scolaire ? Pourquoi ?

- Perception des barrières : Selon vous, quelles seront des caractéristiques individuelles spécifiques aux jeunes (âge, rural/urbain, socio-économique) qui seraient des barrières au déploiement de la SSS?
- Perception des bénéfiques : Selon vous, quels profils de jeunes sont les plus susceptibles de bénéficier du déploiement de la SSS?
- Stimuli à l'action : Quels seront les arguments auxquels seraient sensibles les jeunes libanais et qui les pousseraient à agir dans le sens de la SSS?
- Efficacité perçue de la réponse : Croyez-vous que la participation des jeunes libanais à un projet de santé scolaire soit susceptible d'influencer leurs habitudes de vie ?
- Efficacité personnelle : Croyez-vous que la participation des jeunes libanais à un projet de santé scolaire soit susceptible d'influencer également leurs habitudes de vie dans d'autres environnements ?

### **Variables organisationnelles**

- Innovation : Comment les écoles libanaises percevront-elles les objectifs de la SSS ? Une innovation ou une américanisation ?
- Communication : Selon vous, quelles seront les meilleurs canaux de communication pour disséminer (adopter) la SSS en milieu scolaire?
- Organisation : Selon vous l'école, comme organisation, doit-elle présenter des caractéristiques favorables (lesquelles ? privé, public) pour le déploiement de la SSS ?

- Relations inter organisationnelles : Quels niveaux de collaboration inter-organisationnels seront nécessaires pour faciliter le déploiement de la SSS?
- Recherche appliquée : Selon vous les écoles sont elles expérimentées pour déployer des interventions en promotion des saines habitudes de vie ? Pour en mesurer les effets ? Pour en adapter les contenus ? Pour documenter la démarche ? Des ressources humaines et financières additionnelles sont-elles essentielles à des programmes de promotion ?
- Temps : Selon vous, observerons-nous des résultats ou des bénéfices relativement rapidement ? Serait-il souhaitable que le projet se déploie progressivement dans quelques écoles ou massivement dans plusieurs milieux scolaires ?

#### **Autres variables externes du cadre conceptuel**

- Mobilisation : Est-ce que vous aviez déjà entendu parler du projet de la SSS ? Si oui, par qui ? Est-ce que vous faites déjà partie de la SSS?
- Structure sociale : Selon vous, quels seront les leaders sociaux nécessaires et leurs rôles dans le déploiement de la SSS?
- Conflit social : Selon vous, y aura-t-il des résistances à envisager en prévision de la répartition des rôles de différents acteurs dans la SSS?
- Motivation : Selon vous, la population libanaise serait-elle prête à une démarche de projet de promotion de santé scolaire ?
- Connaissance : Selon vous, quelle serait la définition d'une saine alimentation? d'un mode de vie sain?

- Sources d'information : En général, quelles sont les principales sources d'informations en matières de santé et de nutrition au Liban? Quelle confiance les Libanais accordent-ils à ces sources ?



**Annexe 5. Questions/observations permettant de décrire les écoles – Données à recueillir auprès des directeurs des écoles**

**ÉCOLES**

- Diriez-vous que votre école se situe dans un milieu urbain, rural ou banlieue?
- À quel niveau académique enseigne-t-on à votre école ?
- Combien des élèves sont-ils inscrits à votre école ?
- Votre école recueille-t-elle des renseignements sur la taille, le poids et la santé des élèves ?
- Y-a-t-il dans votre école des directives écrites sur les saines habitudes de vie (alimentation, activité physique, hygiène) ? Si oui, depuis quand ? quelle est la source (directeur de l'école, infirmière, ministère de l'éducation, etc.) ? comment sont-elles communiquées aux parents, personnel scolaire et élèves ? à quelle fréquence sont-elles révisées ?
- Votre école envoie-t-elle dans les foyers du matériel pédagogique (brochures, bulletin, etc.) pour permettre aux parents de se renseigner sur les saines habitudes de vie ?
- Votre école offre-t-elle des occasions qui encouragent les parents et les enseignants à intervenir dans l'organisation et la participation dans les activités physiques et d'éducation alimentaire?
- En moyenne, combien d'heures par semaine les élèves ont-ils des cours d'éducation physique et de santé ?
- Où ont-lieu les cours d'éducation physique ?
- Y-a-t-il une éducation à la saine alimentation dans votre école ? qui en est responsable ?
- Votre école possède-t-elle une cafétéria, services de vente d'aliments, machines distributrices automatiques?
- Le transport actif est-il favorisé ?
- Aimerez-vous formuler d'autres commentaires permettant de décrire l'environnement de votre école en matière de saines habitudes de vie ?

- Y-a-t-il des conseils que vous voulez suggérer pour rejoindre les objectifs généraux de la SSS ?
- Est-ce qu'il y a d'autres choses à préciser concernant votre rôle dans le déploiement de la SSS?

## **Annexe 6. Document explicatif exposant la stratégie de la santé scolaire SSS, ses composantes et ses objectifs**

*En juin 2009, le Liban a proposé dans le cadre d'un plan national un projet de **Stratégies de santé scolaire au Liban (SSS)**. Ce plan national s'inspire d'un rapport préliminaire préparé en 2006 par le comité de la santé scolaire du ministère de l'éducation dans le but de mettre en action un programme de santé scolaire auprès de tous les acteurs déterminants (parents, élèves, écoles et cadre scolaire, professionnels de santé, gouvernement, secteurs privé et public, organisations mondiales, etc.). C'est le fruit d'une collaboration entre l'OMS, le Ministère de santé, le Ministère de l'éducation et le comité national de santé scolaire.*

Le but de ce projet est l'amélioration de l'état de santé des étudiants, du cadre scolaire et de la communauté dans le pays. Il propose un cadre de référence à adapter au contexte de chaque école pour agir sur tous les cycles d'enseignement dans les écoles publiques et souhaite une coordination technique et logistique avec les écoles privées.

Les cinq principaux objectifs à atteindre auprès de la population cible (enfants/adolescents, parents et environnement, cadre et environnement scolaire) sont:

- 1) améliorer le niveau de connaissance en matière environnementale et de santé ;
- 2) améliorer l'état de santé des enfants et du personnel éducatif ;
- 3) favoriser un environnement sain ;
- 4) encourager la collaboration entre les écoles et les professionnels de santé
- 5) inciter les parents à participer à cette opération éducative et à enrichir leur connaissance en santé.

Les composantes principales de ce projet sont basées sur le cadre FRESH\* mais adaptées au contexte libanais et comprennent:

- l'infrastructure scolaire saine
- l'environnement scolaire psychosocial sain

---

\* FRESH (Focusing Resources on Effective School Health) est une initiative de promotion de santé scolaire établit en 2003 par le partenariat entre UNESCO, UNICEF, OMS, Education Internationale et la Banque mondiale.

- les services de soins infirmiers et soins dentaires
- l'éducation sanitaire aux enfants
- une sensibilisation de l'environnement scolaire à la santé (hygiène, prévention de maladies, mode de vie sain) incluant l'alimentation, la nutrition et l'activité physique
- la promotion de la santé auprès du personnel éducatif
- la communication et la collaboration entre écoles, parents et environnement
- l'organisation du système sanitaire des écoles au niveau local, régional et national

Plusieurs activités ont été prévues pour réussir cette stratégie de santé scolaire telles que: conférences aux élèves et aux parents, ateliers de formation pour le cadre scolaire, révision du curriculum en matière de santé, implication des clubs sanitaires, sportifs et environnementaux, collaboration avec les associations humanitaires et civiles, participation des parents, etc. Ces actions seront analysées, suivies et évaluées selon un plan de travail bien précis et en utilisant plusieurs instruments (questionnaires sur les services, la santé, l'environnement scolaire, dossier médical des élèves) aux différents niveaux (local, régional, national) pour assurer la bonne direction et la pérennité du programme. Récemment, le Ministère de l'éducation en collaboration avec l'Université Balamand et le support du Center for Disease Control and Prevention (CDC) aux USA a commencé à former graduellement les éducateurs de santé dans des écoles primaires et secondaires publiques par des ateliers sur les facteurs de risque liés à la nutrition et à la violence. Ces ateliers doivent d'une part, favoriser les habiletés des éducateurs à communiquer aux élèves des concepts en matière de santé et de nutrition et d'autre part, soutenir les éducateurs dans l'implantation d'un système de surveillance des facteurs de risque.

L'objectif général de mon projet de thèse est d'identifier les facteurs qui faciliteront ou risqueront plutôt de freiner le déploiement d'un *projet* éventuel de santé scolaire au Liban. Nous nous attarderons aux perceptions que certaines personnes

(enfants/adolescents, famille, cadre scolaire, gouvernement, professionnels de la santé, anthropologues, sociologues, médias, industrie alimentaire, etc.) ont des objectifs généraux du *projet*, aux partages des responsabilités en matière de santé scolaire et à la perception générale de la pertinence de ce projet compte tenu des habitudes de vie des Libanais.

## Annexe 7. Variables du modèle conceptuel associées aux objectifs spécifiques

Catégories de variables	Variables	Objectifs spécifiques (O)	
		Adultes	Jeunes
<b>Individuelles</b>	Perception de la sévérité	O1	O1
	Perception de la susceptibilité	O1	O1
	Perception des bénéfices	O3 & 4	O2
	Perception des barrières	O3 & 4	O3 & 4
	Stimuli à l'action	O2	O2
	Efficacité personnelle	O2	O2
	Efficacité perçue de la réponse	O2	O2
	Variables démographiques et psychosociales	NA	O1→ 4
<b>Communautaires</b>	Attitude	O6	O6
	Intention	O5	O7
	Normes sociales	O5	O6
	Actions passées	O6	O7
	Implication	O7	O5
	Probabilité	O5	O5
<b>Organisationnelles</b>	Innovation	O9	NA
	Communication	O9	O9
	Organisation	O10 & O11	O10 & O11
	Relations inter-organisationnelles	O8	NA
	Recherche appliquée	O11	NA
	Temps	O9	NA
<b>Autres</b>	Mobilisation	O9	O9
	Motivation	O5	NA
	Structure sociale	O9	O9
	Conflit social	O8	NA
	Sources d'informations	O1→O11	O1→O11
	Connaissance	O1→O11	O1→O11

NA= non applicable (variable non représentée par une question dans le questionnaire)

## Annexe 8. Grille de codification

### Variables communautaires/interpersonnelles

- **Attitude** : attitude de la population libanaise envers une démarche de projet de promotion de santé scolaire
  - Acceptation/refus, caractéristiques de la population en relation avec la promotion de la santé scolaire (population réceptive aux nouveaux programmes, diversité des mentalités selon les segments de la population, population intéressée par la santé, population motivée par des personnes populaires).
- **Probabilité** : croyance relative à l'effet de la SSS sur l'amélioration des habitudes de vie des communautés
  - Bonne organisation et implantation, coordination entre les acteurs clés, renforcement de la SSS dans d'autres environnements (domestiques, voisinages...).
- **Intention** : intention des Libanais à participer ou supporter le développement de la SSS
  - Méthodologie du développement de la SSS (organisation du processus, présentation détaillée de la SSS au public, approche participative, adaptation du contenu aux besoins et cultures des différents milieux), caractéristiques des Libanais en relation avec leurs intentions de participer (convaincus par la SSS, influence culturelle et éducationnelle, intellectuels, conscients de l'importance de vivre en santé)
- **Normes sociales** : normes sociales influençant l'acceptation de la SSS dans le milieu libanais
  - Normes sociales liées aux habitudes de vie des jeunes selon le sexe ; rôle des écoles véhiculé socialement, importance de l'entourage (famille, pairs) véhiculée socialement.
- **Actions passées** : participation et/ou exposition antérieure à des projets scolaires de promotion de la santé
  - Présence antérieure de projets scolaires de promotion de la santé (type, contenu, résultats et suivi), familiarité avec les actions passées, manque de données et/ou des évaluations, profil des écoles (public, privée).
- **Implication** : la prédisposition du milieu scolaire à recevoir et/ou à développer éventuellement des interventions sur les saines habitudes de vie (alimentation, activité physique)
  - Profil des écoles (privées, publiques, urbaines, rurales), ressources humaines, ressources financières, infrastructure, réglementations scolaires (existantes, à développer).

### Variables individuelles

- **Perception de la susceptibilité** : perception de la présence des problèmes de santé chez les jeunes libanais en lien avec leurs habitudes de vie
  - Problèmes de poids (obésité, excès ou défaut de poids), sédentarité, malnutrition, insécurité alimentaire, désordres alimentaires (anorexie, boulimie), diabète, anémie, mauvaise hygiène personnelle, problèmes buccodentaires.
- **Perception de la sévérité** : perception de la nécessité des interventions préventives des problèmes de santé chez les jeunes en milieu scolaire
  - Besoins de campagnes de sensibilisation, éducation nutritionnelle, évaluation et suivi des interventions préventives
- **Perception des barrières** : perception des caractéristiques individuelles spécifiques aux jeunes agissant comme barrières au déploiement de la SSS
  - Age, sexe, profil régional (rural/urbain), niveau socio-économique, jeunes irresponsables, jeunes provenant des familles monoparentales.
- **Perception des bénéfiques** : perception des profils de jeunes les plus susceptibles de bénéficier du déploiement de la SSS
  - Age, sexe, niveau éducationnel des parents, classe sociale, niveau socioéconomique, athlètes.
- **Stimuli à l'action** : arguments poussant les jeunes libanais à agir dans le sens de la SSS
  - Approche répondant aux besoins des jeunes, arguments attirants et plaisants (image corporelle, acceptation sociale, confiance en soi), activités interactives, motivation (induite par les pairs et/ou les parents), rôle de modèle (social et parental surtout maternel, messages taillés selon les besoins des différents segments des jeunes.
- **Efficacité perçue de la réponse** : perception de l'influence de la participation des jeunes libanais à un projet de santé scolaire sur leurs habitudes de vie
  - Caractéristiques des jeunes (conscients des conséquences des mauvaises habitudes de vie, intéressés par leur santé, convaincus par le contenu et la nécessité d'un projet de santé scolaire), conformité au contenu des projets de santé scolaire, participation active des jeunes aux projets.
- **Efficacité personnelle** : perception de l'influence de la participation des jeunes libanais à un projet de santé scolaire sur leurs habitudes de vie dans d'autres environnements non scolaires
  - Environnements supportant la SSS, jeunes conscients de l'importance de disséminer leurs connaissances acquises dans l'école à leurs entourages.

### **Variables organisationnelles**

- **Innovation** : perception des objectifs de la SSS par les écoles
  - Innovation, américanisation, originalité.
- **Communication** : meilleurs canaux de communication pour disséminer (adopter) la SSS en milieu scolaire



- médias (écrite, auditive, visuelle, Internet), approche marketing, médias sociaux,, méthodologie médiatique (communication continue, utilisation individuelle et simultanée des différents canaux de communication).
- **Organisation :** caractéristiques favorables de l'organisation (école) pour le déploiement de la SSS
  - Profil de l'école (privé, public), analyse du contexte scolaire (environnement physique et social, personnel scolaire, curriculum et activités, ressources)
- **Relations inter organisationnelles :** niveaux de collaboration inter-organisationnelle nécessaires pour faciliter le déploiement de la SSS
  - Leadership, collaboration intersectorielle et intrasectorielle, coordination, coopération, partage d'expertise, partenariat et alliances, communication entre les acteurs clés.
- **Recherche appliquée :** perception de la capacité ou de l'expérience des écoles pour déployer et adapter le contenu des interventions en promotion des saines habitudes de vie, pour mesurer leurs effets et documenter la démarche
  - ressources humaines et financières essentielles
- **Temps :** temps nécessaire pour observer des résultats ou des bénéfices du déploiement de la SSS
  - Objectifs à long ou court terme, déploiement progressif dans quelques écoles, déploiement massif dans plusieurs milieux scolaires.

#### **Autres variables communes du cadre conceptuel**

- **Mobilisation :** comment et par qui les participants ont été mobilisés dans le sens de la SSS, le cas échéant
  - Ministère de l'éducation, collègues, bouche à oreilles, workshop/conférences.
- **Structure sociale :** leaders sociaux nécessaires dans le déploiement de la SSS et leurs rôles
  - Ministère de la santé, ministère de l'éducation, médias, directeurs des écoles, industrie alimentaire, services alimentaires scolaires, parents, professionnels de la santé, académiques et chercheurs, idoles sociales nationales et/ou internationales (chanteurs, joueurs sportifs, acteurs), municipalités.
- **Conflit social :** résistances à envisager en prévision de la répartition des rôles de différents acteurs dans la SSS
  - Législation (pour guider et respecter le choix et la répartition des rôles des acteurs clés), pouvoir (poste social ou professionnel), profit financier personnel.
- **Motivation :** modalité de motivation de la population libanaise envers une démarche de projet de promotion de santé scolaire
  - Instruire la population, mobilisation persévérante du public, considération des diversités au sein de la population (culturelles, sociales, régionales,

idéologiques, mentales), influence des divisions/parties politiques, priorités socioéconomiques.

- **Connaissance** : connaissance existante sur « une saine alimentation » et « un mode de vie sain »
  - Activité physique, alimentation (saine, fraîche, variée, modérée, traditionnelle, fruits et légumes, nutriments nécessaires à la croissance, compétences culinaires), satisfaction personnelle, bien être, santé mentale.
- **Sources d'information** : principales sources d'informations en matière de santé et de nutrition et la confiance que les Libanais accordent à ces sources
  - professionnels de la santé (diététistes, pharmaciens, médecins), médias (écrite, auditive, visuelle, Internet), parents, famille large, écoles, voisins, amis, étiquetage, épiceries, publicités.

### Annexe 9. Emplacement du Liban sur la carte du monde

