

RAPPORT DE RECHERCHE INTERMÉDIAIRE

Défis et pistes d'action pour l'intégration de l'alimentation durable dans les organisations du système de santé : Une étude qualitative auprès d'informateurs clés

Laurence Guillaumie, PhD

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Olivier Boiral, PhD

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

Geneviève Mercille, Dt.P., PhD

Département de nutrition, Université de Montréal

Marie-Pierre Gagnon, PhD

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Sophie Desroches, Dt.P., PhD

École de nutrition, Université Laval

Coordonnatrices et auxiliaires de la recherche :

Julie Bernard, PhD (cand.) et Amel Baghdadli, M. Sc.

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

Amélie Bergeron, Dt.P., M. Sc. et Gabrielle Plamondon, Dt.P., M. Sc. (cand.)

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

RAPPORT DE RECHERCHE INTERMÉDIAIRE

Financement : Guillaumie, L., Boiral, O., Mercille, G., Gagnon, MP. & Desroches, S.
Promouvoir l'alimentation durable dans les organisations de santé : Projet de mobilisation et de planification d'une initiative québécoise. Instituts de recherche en santé du Canada – Subvention de planification et de dissémination – Programme d'appui communautaire des instituts (2019-2020).

Septembre 2020

Table des matières

Introduction	6
Objectifs	12
Méthodologie	13
<i>Devis</i>	13
<i>Contexte de l'étude et participants</i>	13
<i>Collecte de données</i>	14
<i>Analyse des données</i>	15
Résultats	16
Une volonté claire exprimée par les décideurs politiques : la condition requise à l'intégration de l'AD dans le système de santé	17
<i>Besoin de directives gouvernementales</i>	17
<i>Besoin d'un soutien à la transition du système alimentaire québécois</i>	18
<i>Besoin de ressources et d'outils pour une mise en œuvre efficace</i>	19
<i>Besoin d'une communication claire, facilitante et inspirante</i>	20
La crédibilité des responsables de la santé publique pour communiquer sur l'AD	21
<i>Le rôle clé des responsables de la santé publique dédiés à la promotion des saines habitudes de vie</i> .	21
<i>Une contribution particulièrement attendue pour l'élaboration d'une définition complète, opérationnelle et commune de l'AD</i>	22
<i>Des initiatives de santé publique visant à favoriser un changement culturel</i>	23
<i>Les préoccupations liées à la disponibilité physique et l'accessibilité financière de l'AD</i>	23
L'exemplarité des services alimentaires des établissements de santé dans l'intégration de l'AD	24
<i>Le besoin d'une révision des politiques d'approvisionnement</i>	24
<i>Le besoin d'un rehaussement des budgets dédiés aux services alimentaires</i>	25
<i>Des défis importants posés par l'approvisionnement durable</i>	26
<i>Le besoin d'opportunités d'apprentissage et d'innovations</i>	27
La légitimité des professionnels de la santé pour intégrer l'AD à leurs conseils nutritionnels.....	28
<i>Un engagement encore modeste des professionnels de la santé</i>	28
<i>De nombreux questionnements quant aux modalités d'intégration de l'AD dans leurs interventions</i> ..	30
<i>Des besoins d'activités de formation et d'outils d'enseignement</i>	31
Discussion des résultats	32
Conclusion	38
Références	47

Liste des tableaux et figures

Tableau 1. Résumé du guide d'entretien	39
Tableau 2. Description des participants aux entretiens individuels	40
Tableau 3. Liste des principaux résultats	41
Tableau 4. Principales propositions pour l'intégration de l'alimentation durable dans la pratique des responsables de santé publique, des gestionnaires des services alimentaires et des professionnels de la santé	44
Figure 1. Cadre conceptuel des facteurs d'intégration de l'alimentation durable dans le système de santé québécois	46

Liste des abréviations

AD	Alimentation durable
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS/CIUSSS	Centre intégré de santé et de services sociaux/Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
GES	Gaz à effet de serre
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MELCC	Ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPDQ	Ordre professionnel des diététistes du Québec

Nos plus sincères remerciements à ceux et celles ayant accepté de commenter les résultats de la présente étude :

Noms	Fonctions	Établissements/Régions
Alexandrine Gamache	Chargée de cours	Département de nutrition, Université de Montréal, Île-de-Montréal
Anne Gignac	Nutritionniste et adjointe au directeur des services techniques	CHU de Québec-Université Laval, Capitale-Nationale
Anne-Marie Morel	Conseillère aux politiques publiques	Coalition Poids, Île-de-Montréal
Anne-Marie-Aubert	Coordinatrice du Conseil SAM	Conseil du Système Alimentaire Montréalais (Conseil SAM), Île-de-Montréal
Annie Marquez	Coordonnatrice des services alimentaires	CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Île-de-Montréal
Béatrice Dagenais	Étudiante	Département de nutrition, Université de Montréal, Île-de-Montréal
Bénédicte Leclerc-Jacques	Responsable au Développement durable	MSSS, Capitale Nationale
Benjamin Lefebvre	Conseiller en commercialisation	MAPAQ, Île-de-Montréal
Brigitte Kankidi	Infirmière	Logement communautaire Mimosa du Quartier, Gatineau, Outaouais
Caroline Champoux	Spécialiste en procédés administratifs, Nutrition	Hôpital Sainte-Justine, Île-de-Montréal
Catherine Trudel-Guy	Propriétaire	Épicerie Zéro-Déchet, Escargot gourmand, Capitale Nationale
Coralie Gaudreau	Étudiante	Programme de santé publique, Université Laval, Capitale Nationale
Dominique Lacroix	Conseillère, Approvisionnement institutionnel	Équiterre
Emma Teasedale	Étudiante	Département de nutrition, Université de Montréal, Île-de-Montréal
Florence Tremblay Gagnon	Infirmière en pédopsychiatrie	Hôpital de Montréal pour enfant, Île-de-Montréal
Florence Scanvic	Présidente	Association végétarienne de Montréal, Île-de-Montréal
Gabrielle Chassé	Étudiante	Département de nutrition, Université de Montréal, Île-de-Montréal
Geneviève Mercille	Professeure	Département de nutrition, Université de Montréal, Île-de-Montréal
Hélène Baribeau	Nutritionniste en pratique privée	Capitale Nationale
Jade Bouchard-Nguyen	Étudiante	Département de nutrition, Université de Montréal, Île-de-Montréal
Jean-Denis Richard	Conseiller aux établissements	GACEQ, Section Québec-Chaudière-Appalaches, Capitale Nationale
Jeanne Loignon	Propriétaire	Épicerie Zéro-Déchet, Escargot gourmand, Capitale Nationale
Jennifer Reynold	Directrice adjointe	Nourrir la santé, Île-de-Montréal
Josée Lavoie	Coordonnatrice des services alimentaires	Hôpital Sainte-Justine, Île-de-Montréal
Julie Desrosiers	Agente de planification, de programmation et de recherche et Coordinatrice de la TIR-SHV COSMOSS	Direction de la santé publique, CISSS du Bas-Saint-Laurent, Bas-St-Laurent
Laurie Plamondon	Conseillère scientifique – saine alimentation, Unité Habitudes de vie / Municipalités en santé	INSPQ, Capitale Nationale

Louis Durand	Coordonnateur	Table agroalimentaire de la Chaudière-Appalaches, Chaudière-Appalaches
Mariane Julien	Coordonnatrice	Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé de la Capitale-Nationale, Capitale Nationale
Mariane Gingras	Agente de planification, programmation et recherche, Service de la promotion de la santé et de prévention	CISSS de Chaudière-Appalaches, Chaudière-Appalaches
Marie-France Coulombe	Chargée de projets	Conseil des Industries Bioalimentaires de l'Île de Montréal (CIBÎM), Île-de-Montréal
Marilou Coté	Coordonnatrice des activités cliniques et de recherche, Centre d'expertise Poids, Image et Alimentation (CEPIA)	Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels, Université Laval, Capitale Nationale
Marjolaine Mercier	Nutritionniste en pratique privée	Cliniques M Nutrition, Capitale Nationale
Murielle Vrins	Gestionnaire de programme, Alimentation institutionnelle	Équiterre, Île-de-Montréal
Pascale Chaumette	Nutritionniste/ APPR , Répondante régionale en nutrition, Mode de vie et environnements sains et sécuritaires	Direction santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Capitale Nationale
Patricia McKinnon	Coordonnatrice Logistique-Québec Centre-sud	CIUSSS de la Capitale Nationale, Capitale Nationale
René Audet	Professeur	Titulaire de la Chaire de recherche UQAM sur la transition écologique, UQAM, Île-de-Montréal
Sofia Scuralli	Service Environnement urbain et Saines habitudes de vie	Direction de santé publique - CIUSSS du Centre-Sud-de-Montréal, Île-de-Montréal
Sophie Desroches	Professeure	Sciences agriculture et alimentation - École de nutrition, Université Laval, Capitale Nationale
Stéphane Fortin	Direction de la logistique, Approvisionnements et gestion contractuelle	CHU de Québec - Université Laval, Capitale-Nationale
Stéphanie Vézina	Coordonnatrice d'opérations en alimentation responsable	Vice-rectorat aux affaires externes, internationales et à la santé, Université Laval, Capitale-Nationale
Stéphanie Larente-Marcotte	Étudiante	Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Capitale Nationale
Yves Bonnier-Viger	Directeur de la santé publique	Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Introduction

Au cours des dernières années, d'importantes quantités de données se sont accumulées mettant en évidence que le système alimentaire mondial (qui inclut la production, la transformation, la distribution, la commercialisation des produits alimentaires et l'élimination des matières résiduelles) serait responsable de problèmes environnementaux et sanitaires majeurs^{1,2}. En effet, du point de vue environnemental, la production alimentaire serait responsable d'environ 26 % des émissions de gaz à effet de serre (GES) produites sur le plan mondial³. Près de la moitié de ces émissions, soit 14.5 %, serait due à l'élevage de bétail ainsi qu'à la production de viande rouge et de produits laitiers⁴. La moitié des terres habitables planétaires est utilisée pour la production agricole et 77 % de celles-ci sont utilisées pour la production de bétail, de viande et de produits laitiers⁵. De plus, la production alimentaire contribuerait fortement à la dégradation des terres, à l'utilisation importante et à la pollution de l'eau douce ainsi qu'à la destruction de la biodiversité². Outre la production alimentaire, les autres secteurs du système alimentaire mondial (transformation, emballage, transport et vente au détail) représentent 18 % des émissions de gaz à effet de serre liés au système alimentaire mondial³ et produisent des emballages alimentaires dont une large part d'entre eux finiront enfouis, incinérés ou dans des décharges⁶⁻⁸. En raison des enjeux d'hygiène et de sécurité, la crise de la COVID-19 a accéléré la production d'emballages alimentaires (en particulier les plastiques à usage unique) et augmenté les impacts environnementaux qui lui sont associés⁹⁻¹¹. En plus de ces conséquences environnementales, le système alimentaire mondial se trouve en difficulté pour nourrir la population de la planète. En effet, 820 millions de personnes sont touchées par la faim, soit plus d'une personne sur 9¹². Plusieurs études suggèrent que cette proportion pourrait augmenter significativement en raison des effets de la pandémie de la COVID-19, en particulier dans les pays pauvres¹³⁻¹⁵. De plus, même si les températures moyennes globales augmentent selon les scénarios les plus optimistes (+1 à 2°C), la production alimentaire sera gravement impactée¹⁶⁻¹⁸. Cela est d'autant plus préoccupant dans le contexte où la densité de la population mondiale continue d'augmenter et qu'il est estimé qu'une augmentation de plus de 50 % de la nourriture produite serait nécessaire d'ici 2050¹⁹. En parallèle, on constate que les taux de surpoids et d'obésité au niveau mondial ont pratiquement triplé depuis 1975 avec 39 % des adultes en surpoids et 13 % obèses en 2016²⁰. La combinaison de ces trois fléaux, soit les changements climatiques, la malnutrition et la faim, aussi appelée la « *global syndemic* », constitue donc une préoccupation mondiale majeure affectant la plupart des populations et représente trois des plus graves menaces pour la survie humaine et la santé²¹.

Les conséquences du système alimentaire mondial peuvent également s'observer au Québec. Ici aussi, les activités agricoles, principalement l'agriculture intensive impliquant un recours aux matières fertilisantes, à des quantités importantes de pesticides, à des émissions de GES et à des polluants atmosphériques, contribuent à la détérioration des sols, à la contamination des cours d'eau et à la perte de biodiversité²²⁻²⁴. Concernant les émissions de GES, la production agricole contribue à elle seule à près de 10 % des émissions québécoises²⁵. En ajoutant les autres activités du système alimentaire québécois, dont la transformation et le transport, ce chiffre serait largement multiplié²⁶. En effet, les aliments consommés par les Québécois voyagent en moyenne 2 500 km alors que de nombreuses fermes sont présentes dans les différentes régions de la province²⁷. L'ensemble du secteur des transports génère environ 43 % des émissions de GES du Québec²⁵ et 16 % des transports sont dédiés aux denrées alimentaires²⁸. De plus, 70 % de tous les emballages mis sur le marché au Québec sont destinés à l'industrie agroalimentaire²⁹. À cela s'ajoutent les autres conséquences économiques, sociales et sanitaires liées à l'intensification du système alimentaire québécois et à sa mondialisation. En effet, le Québec compte 56 % moins de fermes sur son territoire qu'il y a 45 ans et la taille de celles restantes a presque doublé, provoquant une hausse du prix des terres agricoles, une diminution du transfert des fermes à la relève et un endettement plus important des exploitants agricoles^{30,31}. En outre, l'étalement urbain et la désertification de certains milieux de vie par les supermarchés et les autres commerces alimentaires contribuent à la diminution de l'accessibilité physique à l'alimentation³². Ce problème d'accessibilité physique se combine à celui de l'insécurité alimentaire qui toucherait près de 8 % des ménages au Québec³³. En plus de ces inégalités d'accès aux aliments, plus de la moitié des adultes québécois étaient en surpoids et 18,2 % souffraient d'obésité en 2013-2014³⁴.

Le concept d'alimentation durable. Pour faire face à ces défis, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO en anglais) a défini un système alimentaire durable comme « un système alimentaire qui assure la sécurité alimentaire et nutritionnelle pour tous de telle sorte que les bases économiques, sociales et environnementales de la sécurité alimentaire et nutritionnelle pour les générations futures ne soient pas compromises [traduction libre] »³⁵. Ainsi, l'alimentation durable (AD) est fondée sur des principes de respect de la biodiversité et des écosystèmes, d'acceptabilité culturelle, de qualité nutritionnelle, d'accessibilité physique et financière et de développement économique³⁶. Pour tendre vers l'adoption d'une AD, plusieurs recommandations basées sur des données probantes ont été

émises. Les plus fréquemment mentionnées sont : 1) augmenter la consommation de protéines végétales, de fruits et légumes de sources variées; 2) préférer les aliments frais, entiers ou les moins transformés possible; 3) préférer les aliments locaux et de saison; 4) préférer les aliments sans emballage, les moins emballés ou avec des emballages recyclables; 5) réduire la consommation de protéines animales, éviter les viandes transformées et opter pour la volaille et les œufs, plutôt que pour les animaux de pâturage ou de fourrage; 6) préférer le poisson provenant de la pêche durable; 7) manger avec modération et éviter le gaspillage, utiliser les restants et composter les déchets alimentaires; et 8) préférer les aliments produits sans pesticides, biologiques et issus du commerce équitable^{2,36-39}. Alors que ces notions d'AD et d'impact écologique des diètes demeurent peu abordées dans les recommandations nutritionnelles émises à travers le monde⁴⁰, il reste que quelques pays ont explicitement pris en compte l'AD dans leurs recommandations (p. ex. Danemark, Suède, Brésil). Le guide alimentaire canadien, dont une nouvelle version a été publiée en janvier 2019, recommande quant à lui de choisir plus souvent des protéines végétales qui, outre leurs bénéfices pour la santé, ont une empreinte écologique nettement inférieure à celle de la consommation de protéines d'origine animale⁴¹. Notons que pour des raisons d'hygiène et d'organisation du travail, certaines activités de transformation de la viande ont été d'importants foyers de transmission de la COVID-19, en particulier en Amérique du Nord^{42,43}.

De façon générale, face à la complexité et la multiplicité des principes et recommandations relevant de l'AD, la mesure des émissions de GES s'est imposée comme la composante de durabilité la plus utilisée dans la littérature⁴⁴, probablement en raison des cibles gouvernementales établies à partir de cette mesure⁴⁵. À la suite de l'Accord de Paris de 2016, le Canada s'est engagé à réduire ses émissions de GES de 30 % d'ici 2030 comparativement à ceux de 2005 et à viser zéro émission nette d'ici 2050⁴⁶. Dans ce contexte, plusieurs initiatives peuvent être mises en œuvre pour favoriser la capacité et la durabilité du système alimentaire québécois, notamment par une augmentation de l'efficacité de la production, un changement des habitudes de consommation, une amélioration de la gouvernance et une réduction du gaspillage^{2,47,48}. À cet égard, la réduction des pertes et du gaspillage alimentaires devient une cible prioritaire considérant qu'un quart, voire un tiers, de la production alimentaire mondiale est concernée^{49,50}. Dans la même perspective, manger avec modération pour se rapprocher de ses besoins énergétiques réels permettrait également une réduction considérable des émissions de GES^{48,51,52}. Enfin, la réduction de la production d'aliments d'origine animale s'avère également une cible prioritaire^{48,53} considérant que cette production exerce une pression

environnementale largement supérieure à celle des aliments d'origine végétale^{45,53,54}, et ce, quels que soient les territoires géographiques de production⁵⁴.

Des professionnels œuvrant dans le système de santé en position favorable pour intégrer l'AD dans leurs pratiques. Plusieurs catégories de professionnels du système de santé sont en position de promouvoir l'AD dans leurs pratiques. Ce constat concerne les professionnels de la santé (p. ex. les médecins, les infirmières, les diététistes-nutritionnistes), les gestionnaires des services alimentaires et de l'approvisionnement des établissements de santé et les professionnels de la santé publique intervenant aux différents paliers de gouvernance (p. ex. MSSS, INSPQ, CISSS/CIUSSS). Pour les professionnels de la santé, en raison de leur expertise en santé et de la confiance dont ils jouissent, les rôles d'information de la population et de plaider en faveur de l'AD (*advocacy*), autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leurs institutions, ont été fortement soulignés^{55,56}. Plusieurs associations professionnelles ont déjà formulé les engagements attendus de leurs membres en regard de la protection de l'environnement, ce qui incluait des recommandations concernant l'AD^{57,58}. Tout comme la FAO et l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁵⁹, la Commission EAT-Lancet a également formulé des recommandations décrivant les contributions attendues des professionnels de la santé concernant la promotion de l'AD. Cela incluait notamment de participer activement aux campagnes d'éducation populationnelle, aux initiatives intersectorielles pour soutenir le changement des systèmes alimentaires et de promouvoir auprès de leurs patients une diète saine présentant des impacts environnementaux limités⁶⁰.

En ce qui concerne les gestionnaires des services alimentaires dans les établissements de santé, leurs contributions pour assurer une offre alimentaire durable et sensibiliser la population ont également été largement décrites^{56,61,62}. Leurs contributions s'expriment principalement dans leurs choix d'approvisionnement, l'achat d'équipements (p. ex. favorisant les préparations sur place ou la conservation), la gestion de la quantité et du devenir des déchets alimentaires ainsi que par des campagnes de communication auprès des usagers^{62,63}. Malgré ces recommandations, ces gestionnaires font face à des barrières, dont les coûts de l'AD, le manque de formation, les contraintes liées à l'approvisionnement local, le temps requis à l'intégration de l'AD et la justification parfois difficile de l'AD auprès des responsables dans un contexte de budgets restreints^{64,65}. Des facteurs facilitants ont également été rapportés par les acteurs du milieu, tels que le soutien et l'ouverture des dirigeants, le partage des responsabilités et une bonne communication interne^{64,65}.

Enfin, les professionnels de la santé publique, en influençant les environnements et les habitudes de vie, ont également été identifiés comme pouvant mettre en œuvre des politiques et des interventions favorables à l'AD⁶¹. En effet, ils détiennent déjà l'expertise dans le développement de politiques nutritionnelles favorables à la saine alimentation. Plus spécifiquement, les professionnels de la santé publique sont en position de concevoir des politiques influençant les secteurs du système alimentaire incluant la production, la transformation, la distribution, l'accessibilité et la consommation⁶⁶. De plus, en contribuant à la rédaction de documents d'orientation à différents paliers de gouvernance (p. ex. plans d'action, cadres de référence), ils peuvent orienter les décisions vers un système alimentaire plus durable (p. ex. plans d'action de développement durable du MAPAQ⁶⁷ et du MSSS⁶⁸, cadre de référence pour l'achat d'aliments dans le marché institutionnel du MAPAQ⁶⁹, cadre de référence du MSSS à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées⁷⁰). Par ailleurs, la Loi sur le développement durable oblige les organisations publiques québécoises – y compris les organisations de santé – à se doter de politiques, de pratiques et d'indicateurs de performance sur le développement durable⁷¹. L'intégration de l'AD dans ces politiques est d'autant plus légitime que la santé, la protection de l'environnement, la capacité de support des écosystèmes et la prévention font partie des principes directeurs de cette loi.

Les facteurs d'influence et les pistes d'action favorisant l'intégration de l'AD dans les organisations du système de santé. Une revue systématique de la littérature a été conduite par notre équipe sur les facteurs influençant l'intégration de l'AD dans le système de santé⁷². L'un des principaux résultats démontrait que la rédaction d'énoncés de position et de directives pratiques sur l'intégration de l'AD était un prérequis à l'évolution des pratiques professionnelles, et ce, pour toutes les organisations du système de santé (p. ex. ordres professionnels, établissements de santé, directions de santé publique). En effet, faire de l'AD une priorité, l'intégrer dans les politiques publiques et offrir un soutien organisationnel à son intégration étaient désignés comme des facteurs centraux^{56,61}. Cela suggère également l'importance de renseigner les hauts dirigeants sur les bénéfices de l'AD afin de favoriser l'acceptabilité des initiatives dans ce domaine⁷³. Ensuite, l'accès à des opportunités d'apprentissage sur l'AD (p. ex. webinaire, communauté de pratique, coaching), à des outils pratiques (p. ex. outils de communication destinés aux usagers, manuels pratiques destinés aux professionnels) et à des financements permettant le développement de projets innovants a été

décrit comme des facteurs favorisant le sentiment d'auto-efficacité et la multiplication des initiatives sur l'AD^{63,72,74}. De façon récurrente, les initiatives permettant de surmonter le manque de connaissances, de temps, de budget et de soutien organisationnel étaient soulignées comme des priorités^{61,65,75}.

Également, des pistes d'action spécifiques à ces catégories de professionnels ont été identifiées. À titre d'exemple, pour les diététistes-nutritionnistes, des interventions environnementales permettant d'améliorer l'accessibilité physique et financière à des aliments durables étaient présentées comme des priorités d'action (p. ex. épiceries communautaires, jardins collectifs)⁷⁶. Également, des guides de pratique et des outils de communication permettant de surmonter les défis posés par le faible niveau de « littératie alimentaire » (p. ex. connaissances, attitudes et habiletés dans ce domaine), le manque de temps dans les consultations, le manque d'intérêt des patients pour l'AD et le fait que les patients aient des problématiques de santé aiguës étaient rapportés comme des priorités d'action pour aborder les bienfaits des choix alimentaires plus durables durant les consultations^{61,72,75}. Pour les gestionnaires des services alimentaires, les pistes d'action à privilégier incluaient le fait de proposer une offre alimentaire durable (biologique, locale, de saison, etc.), d'implanter des politiques de réduction du gaspillage, de recyclage et de compostage, de favoriser des pratiques de nettoyage et de contrôle antiparasitaire ayant de faibles empreintes écologiques, et sensibiliser les usagers à l'AD^{65,73,77}. Plusieurs initiatives ont été démontrées, permettant de faciliter l'intégration de ces pratiques, et incluaient notamment la mise en relation des gestionnaires avec les producteurs et avec les organismes pouvant récupérer les restants alimentaires, le partage d'outils de promotion et de marketing auprès de la clientèle ainsi que des activités de formation et des programmes de reconnaissance et de certification. En ce qui concerne les professionnels de la santé publique, leur rôle serait de promouvoir un système alimentaire plus durable par des actions requérant de la planification, une vision commune des buts à atteindre à court et à long terme par les parties prenantes, ainsi qu'une approche multisectorielle^{62,78}. Pour y parvenir, les professionnels de la santé publique sont invités à mobiliser des approches descendantes en émettant des lignes directrices et en favorisant l'implantation à grande échelle d'initiatives prometteuses ainsi que des approches ascendantes s'inspirant des bonnes pratiques des milieux et en mettant en valeur leurs leaders et leurs innovations^{62,78}. Une telle démarche mettant en valeur des politiques, des pratiques prometteuses et la diffusion d'informations est très alignée sur les exigences de la Loi québécoise sur le développement durable. Finalement, si les données de la littérature suggèrent une attitude globalement favorable à l'AD de la part des différents professionnels œuvrant dans

les organisations du système de santé, seulement une part restreinte semble poser des actions concrètes en raison de diverses barrières rencontrées ou perçues^{79,80}.

Néanmoins, malgré la disponibilité de ces données sur les facteurs d'influence et les pistes d'action favorisant l'intégration de l'AD dans le système de santé, elles présentent également plusieurs limites. Tout d'abord, la plupart des études disponibles sur ce sujet ont été principalement conduites auprès de diététistes-nutritionnistes présentant le plus souvent une pratique clinique. Par conséquent, les perspectives des autres parties prenantes du système de santé tels que les autres professionnels de la santé, les gestionnaires des services alimentaires et les professionnels de la santé publique ont été moins, voire peu documentées⁷². De plus, ces études antérieures ont été conduites dans des contextes très différents de celui de la province de Québec faisant en sorte que ces données soient peu transposables au contexte québécois, notamment par le fait qu'elles ne prennent pas en compte les caractéristiques du système alimentaire québécois et des implications de son climat rigoureux. De plus, à notre connaissance, peu d'études académiques ont été conduites au Québec sur l'intégration de l'AD dans le système de santé^{81,82} alors que les défis liés à l'intégration de l'AD sont fortement influencés par les particularités locales^{83,84}. Dans ce contexte, il importe d'enrichir nos connaissances quant aux expériences et aux recommandations des différents professionnels œuvrant dans le système de santé sur l'intégration de l'AD. La présente étude permettra d'explorer ces enjeux dans le contexte québécois et d'en saisir les particularités.

Objectifs

Dans ce contexte, l'objectif du présent projet était d'explorer les perspectives des professionnels œuvrant dans le domaine de la santé et de l'environnement sur les défis et les opportunités qu'ils rencontrent ou perçoivent pour l'intégration de l'AD dans le système de santé québécois.

Plus précisément, les objectifs étaient de :

1. Décrire leurs expériences actuelles en regard de l'intégration de l'AD dans le système de santé québécois;
2. Documenter les défis et les opportunités qu'ils rencontrent ou perçoivent pour l'intégration de l'AD dans le système de santé québécois;

3. Dégager les pistes d'action les plus prometteuses pour favoriser d'intégration de l'AD dans les organisations du système de santé.

Méthodologie

Devis. Une étude descriptive qualitative exploratoire a été réalisée à l'aide d'entrevues individuelles auprès d'informateurs clés choisis en fonction de leurs positions privilégiées et variées leur ayant permis de développer une compréhension approfondie des facteurs influençant l'intégration de l'AD dans les diverses organisations du système de santé⁸⁵. Les entretiens avec des informateurs clés permettent une compréhension plus riche que les entretiens reposant sur un unique type de participants et ils sont particulièrement recommandés pour les études visant à améliorer les pratiques dans le domaine de la santé⁸⁶. L'approche qualitative a été privilégiée, car l'objectif était d'arriver à une meilleure compréhension des expériences vécues ainsi que des obstacles et facilitateurs perçus⁸⁷⁻⁸⁹. En outre, les entrevues individuelles semi-structurées ont été jugées particulièrement adaptées pour stimuler et approfondir les réflexions personnelles des informateurs clés sur leurs propres expériences et perceptions et pour tenir compte de la diversité de leur champ d'expertise et de leurs affiliations professionnelles ou associatives⁸⁹.

Contexte de l'étude et participants. Cette étude a été réalisée dans la province de Québec de mai à novembre 2019. Les informateurs clés ont été identifiés et recrutés par le biais d'invitations par courriel, par téléphone ou en personne par les membres de l'équipe de recherche en utilisant la technique de la boule de neige⁹⁰. Un échantillon de convenance a été établi à partir des critères d'inclusion suivants : 1) occuper une fonction professionnelle ou associative conduisant à travailler ou à réfléchir à l'intégration de l'AD dans les organisations de santé, et plus particulièrement dans la pratique des professionnels de la santé, des responsables de santé publique ainsi que des gestionnaires des services alimentaires et de l'approvisionnement dans les établissements de santé; et 2) avoir une responsabilité ou une influence potentielle dans son milieu professionnel ou associatif. Une diversité d'affiliations professionnelles et associatives a été privilégiée tout au long du processus de recrutement afin de tendre vers plus de saturation des données. Lors du recrutement, les participants potentiels ont reçu l'information qu'une équipe de chercheurs menait des consultations afin de dégager des pistes d'action à privilégier pour promouvoir l'AD dans la pratique des professionnels de la santé, de santé publique et des responsables de l'offre alimentaire dans les établissements de

santé du Québec. Une définition de l'AD (similaire à celle présentée dans la section Introduction) leur était également communiquée par courriel en même temps que le formulaire d'information et de consentement.

Collecte de données. Un membre de l'équipe de recherche (JB; formée en administration et responsabilité sociale et environnementale des organisations) a mené les entretiens à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré⁹¹. Un autre membre de l'équipe (SLM, sciences infirmières) a conduit deux entretiens additionnels dans le cadre d'un projet d'initiation à la recherche. Les entretiens ont été réalisés en face à face, par téléphone ou par visioconférence pour des raisons pratiques et considérant que les études n'ont pas suggéré de différences significatives entre ces modalités de passation^{92,93}. Seuls le participant et l'intervieweuse étaient présents lors des entretiens. Pour cinq entretiens, l'intervieweuse connaissait le participant en raison de ses expériences professionnelles ou associatives antérieures. Ces entretiens n'ont pas été exclus de l'étude, car ces liens ont pu contribuer à l'établissement d'une relation de confiance et au partage d'expériences.

Le modèle logique dit d'approche théorique pour le développement d'interventions de la Fondation Kellogg a été utilisé pour développer le guide d'entrevue ainsi que pour l'analyse et l'interprétation⁹⁴. Ce modèle spécifie six thèmes à explorer et qui ont été inclus dans le guide d'entretien : 1) le problème; 2) les atouts et les besoins de la communauté; 3) les résultats souhaités; 4) les facteurs d'influence; 5) les stratégies; et 6) les hypothèses sous-jacentes aux stratégies sélectionnées. Le modèle logique Kellogg a été privilégié, car il se concentre sur la conceptualisation du problème et en permet une compréhension approfondie afin de proposer les stratégies les plus prometteuses. Dans le cadre de la présente étude, l'attention a été principalement portée sur la conceptualisation du problème et l'analyse des besoins. Le guide d'entretien a également été établi en tenant compte du modèle conceptuel des facteurs influençant l'intégration de l'alimentation durable dans les organisations de santé développé antérieurement par notre équipe⁷². Quatre entretiens ont été conduits afin de prétester le guide d'entretien et deux d'entre eux ont été inclus dans la présente étude. Tous les entretiens ont été conduits en français et avaient une durée comprise entre 30 et 60 minutes. Les participants n'ont pas reçu de compensation pour leur participation aux entretiens individuels. Tous les participants ont rempli un formulaire d'information et de consentement à participer à la recherche avant le début des entretiens. Le comité d'éthique du Centre de recherche du CHU de Québec a approuvé l'étude (MP-20-2020-4766).

Analyse des données. Après chaque entretien, des notes étaient rédigées par les intervieweuses incluant l'analyse préliminaire des idées émergentes et des codes potentiels. Ces réflexions personnelles et interprétations étaient utilisées pour enrichir les entretiens subséquents et faciliter l'analyse de données. Les participants ont été continuellement recrutés jusqu'à ce qu'il n'y ait que peu d'éléments nouveaux rapportés dans les trois derniers entretiens en regard des enjeux rencontrés par les professionnels à l'étude⁸⁹. Chaque entrevue a été intégralement retranscrite. Une analyse thématique des transcriptions^{89,95} a été réalisée à l'aide d'un logiciel d'analyse de données qualitatives (NVivo11). L'arbre de codification a été développé de manière itérative à la suite d'un processus de validation inspiré par le processus d'analyse thématique continue⁹⁶. Une approche mixte – inductive et déductive – a été utilisée pour développer l'arbre de codification. Les codes ont principalement été élaborés à partir du guide d'entretien semi-structuré autour des thèmes du modèle logique Kellogg, d'une revue de la littérature sur le sujet à l'étude⁷², et ont émergé du corpus de données⁹⁶.

Pour accroître la crédibilité de l'analyse et réduire les biais, deux membres de l'équipe ont été impliqués dans la codification et l'analyse des données (LG, santé communautaire; AB, médecine) et ont développé une première version de l'arbre de codification. Après la codification de cinq premières entrevues par AB, le codage et l'arbre de codification ont été discutés avec LG. Ce processus s'est répété pour les codifications subséquentes. Après avoir discuté des désaccords, un consensus a été obtenu concernant l'arbre de codification – y compris les catégories, sous-catégories et descriptions – et les extraits codés. Outre le codage, cette étape du processus d'analyse a également donné lieu à la rédaction d'annotations et de mémos.

Une analyse croisée en fonction des caractéristiques des participants (formation initiale, affiliation professionnelle et associative) a été effectuée. Considérant le petit nombre de participants présentant chacune de ces caractéristiques et qu'elle n'a pas apporté d'éclairage supplémentaire, cette analyse n'est pas rapportée ici. De plus, bien que la recherche qualitative ne soit pas conçue pour la quantification, un effort a été fourni dans la présentation des résultats pour apprécier l'étendue du soutien des répondants à chaque idée, « quelques répondants » faisant référence à une idée soutenue par 0-20 % des répondants, « certains » par 20-40 %, « plusieurs » par 40-60 %, « la plupart » par 60-80 %, « presque tous » par 80-100 % des répondants. Les lignes directrices pour l'amélioration des rapports d'études qualitatives (COREQ) ont été utilisées pour guider la réalisation de la présente étude et la présentation de la recherche⁹⁷.

Avant l'écriture de l'article, les principales propositions issues des entretiens et visant à favoriser l'intégration de l'AD dans les organisations de santé ont été présentées lors de deux journées d'échanges tenues dans les locaux de deux universités de la province de Québec. Un total de 16 participants (Québec) et de 15 participants (Montréal) étant présents à chacune de ces journées. Une compensation de 100 \$ était proposée afin de dédommager pour les inconvénients liés à la participation aux journées. Cependant, cette compensation a été refusée par la plupart des personnes qui participaient aux journées dans le cadre de leurs fonctions professionnelles, en particulier les acteurs du secteur public. La moitié des participants à ces journées avaient également participé aux entretiens individuels et l'autre moitié n'avait pas participé à des étapes antérieures du projet. Comme dans les entrevues individuelles, une attention a été portée à ce que les participants à ces journées présentent des affiliations professionnelles et associatives variées. Cette stratégie a été principalement utilisée pour explorer la crédibilité des résultats⁹⁸. Les échanges ont largement reflété les principaux résultats de l'étude, notamment en regard : 1) du soutien plus explicite attendu du gouvernement et des différents ministères relativement à l'intégration de l'AD dans le système de santé; 2) de l'intérêt pusillanime des professionnels de la santé publique de s'impliquer dans ce domaine considérant leur souhait de ne pas multiplier les recommandations nutritionnelles, y ajouter de la confusion, particulièrement dans le contexte où leurs préoccupations sont centrées sur la promotion d'environnements favorables à la santé et que ce domaine de l'AD est en partie couvert par des initiatives du MAPAQ; 3) de l'engagement plus abouti et des préoccupations très opérationnelles des gestionnaires des services alimentaires; et 4) de l'état préliminaire des réflexions des professionnels de la santé sur cet enjeu et leur potentielle implication. Ces observations ont été principalement prises en considération dans la section portant sur la discussion des résultats.

Résultats

La majorité des participants ont décrit l'AD comme une thématique récente, encore peu présente dans le système de santé, mais dont l'intérêt est en constante progression. Selon les participants, l'AD s'est surtout fait connaître dans le système de santé par le biais d'initiatives locales, principalement menées par des diététistes-nutritionnistes responsables des services alimentaires dans des hôpitaux de Montréal ou de Québec. Malgré l'originalité et l'avancement que constituent ces initiatives, elles sont décrites comme étant marginales et ayant peu d'impact sur l'ensemble du système de santé. Pour la plupart des participants, l'AD n'est pas d'actualité

dans leur milieu de pratique et ne fait pas partie des priorités des gestionnaires, car ces derniers n'ont pas d'obligations dans ce domaine. Selon eux, même si l'AD peut bénéficier de l'attention grandissante accordée aux changements climatiques dans les priorités gouvernementales, il demeure que son intégration dans le système de santé est directement tributaire de l'élaboration de politiques publiques et d'initiatives exemplaires. Des recommandations très variées ont été formulées par les participants pour favoriser l'intégration de l'AD dans le système de santé. Mis à part les recommandations assez précises formulées en regard de la pratique des gestionnaires des services alimentaires, celles concernant les responsables de la santé publique et les professionnels de la santé étaient particulièrement variées, peu consensuelles et n'avaient pas fait l'objet de réflexions quant à leur potentiel d'opérationnalisation. De façon générale, les participants ont rapporté qu'ils avaient conscience de faire partie d'un grand système, que celui-ci sera difficile à changer, ou en tout cas, pas de manière rapide. Beaucoup de participants recommandaient d'ailleurs une approche progressive et positive (plutôt que culpabilisante) d'intégration de l'AD. Quatre thèmes se sont principalement dégagés des discussions.

Thème 1 : une volonté claire exprimée par les décideurs politiques : la condition requise à l'intégration de l'AD dans le système de santé

Besoin de directives gouvernementales. Pour la plupart des participants, l'intégration de l'AD dans les organisations de santé, et plus largement dans les organisations publiques, relève avant tout de la responsabilité du gouvernement. Quelques participants estiment que l'AD est fortement liée aux enjeux de santé et que, par conséquent, le positionnement des établissements de santé à ce sujet paraît essentiel. Selon les participants, en émettant des politiques et des lignes directrices sur l'action attendue, le gouvernement exprime ses priorités, confère une légitimité à l'action, alloue les budgets requis et crée les conditions au suivi et à l'atteinte des résultats. Ces leviers sont décrits par les participants comme les seuls vraiment efficaces pour intégrer l'AD à large échelle, car ils créent des obligations pour les acteurs concernés. Si les initiatives individuelles menées par des précurseurs dans les organisations de santé sont valorisées, présentées en exemple et décrites comme contribuant au changement, les répondants soulignent également les limites du changement progressif basé sur le volontariat. Pour la majorité des répondants, un changement durable et dans l'ensemble des organisations requiert des directives gouvernementales.

« Il y a des enjeux de santé qui vont avec cette alimentation [...] on aimerait que justement les établissements de santé se positionnent et utilisent déjà une approche plus santé et plus environnementale, en réduisant l'apport de viande, en réduisant tout ce qui est le plus néfaste à la planète [...] ça serait un des meilleurs ambassadeurs qu'on pourrait avoir ». (P13, association environnementale)

« Si la volonté politique des gouvernements est vraiment omniprésente, et puis tu vois qu'ils sont là et qu'ils poussent, tu te dis OK...si les gouvernements ont étudié la question et semblent convaincus, je vais embarquer ». (P03, association de patients)

« Si tu as des politiques ou stratégies qui t'enlignent [pour l'intégration de l'AD], les actions que tu fais comme fonctionnaire eh bien tu peux les justifier par rapport à ces politiques et ces stratégies. C'est sûr qu'en ayant ça, tout le monde va travailler dans le même sens ». (P22, responsable ministériel)

Besoin d'un soutien à la transition du système alimentaire québécois. Plusieurs répondants ont souligné que l'intégration de l'AD dans les organisations de santé requiert de façon plus globale un soutien gouvernemental à la transition de l'ensemble du système alimentaire québécois vers plus de durabilité. Pour cela, un plan audacieux de soutien à la transition du système alimentaire basé sur des travaux interministériels était la recommandation la plus fréquemment citée. Pour y parvenir, ce plan devrait être étroitement arrimé aux visions et besoins des parties prenantes (p. ex. représentants d'organisations publiques, agriculteurs, transformateurs et distributeurs) afin d'enrichir les programmes gouvernementaux en vigueur et de soutenir une meilleure utilisation de la réglementation en vigueur. Ensuite, ce plan de soutien à la transition devrait être particulièrement attentif à son réalisme, sa facilité d'opérationnalisation, et sa cohérence avec les autres politiques émises par différentes organisations et divers paliers gouvernementaux (p. ex. arrimage entre la politique bioalimentaire du MAPAQ, les lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation de Santé Canada et la politique québécoise de gestion des matières résiduelles). Enfin, ce plan de transition devrait favoriser l'AD de façon réglementaire dans les organisations publiques au nom du principe d'exemplarité (p. ex. en favorisant l'achat local, biologique, le compostage et en réduisant les déchets). De cette manière, le gouvernement influencerait les perceptions et les pratiques des Québécois, le marché de l'offre et de la demande, et encouragerait la transition de plusieurs secteurs d'activité. Pour plusieurs répondants, le système de santé est un contexte favorable à la promotion de l'AD. Les institutions ont un rôle de modèle à suivre pour la population. Pour un participant, l'intégration de l'AD dans les services alimentaires des établissements publics serait le premier pas vers un système alimentaire complètement durable.

« Il faudrait un projet de transformation du système alimentaire québécois et que le gouvernement nous dise “On va faire un premier pas en commençant par les institutions publiques et on va essayer d’articuler la production alimentaire au Québec avec ce dont on a besoin pour nos institutions” [...] Ça prend de la régulation gouvernementale. C’est-à-dire que ce n’est pas le libre marché qui va nous aider. Si on veut aller vers une AD, il va falloir à un certain point qu’on l’impose ». (P06, chercheur-e)

« Je pense que [nom dissimulé] peut nous soutenir grandement à cet égard pour voir comment on peut créer l’adéquation des établissements du réseau et l’offre disponible actuellement par l’industrie québécoise bioalimentaire. C’est un travail de partenariat, on sait que tout le monde est rendu là et il va y avoir assurément des travaux interministériels ». (P18, responsable ministériel)

« Des choses incohérentes, il y en a énormément. Le système de santé a une politique en nutrition à appliquer. Cette politique-cadre est plutôt un cadre de référence pour les établissements de santé et n’inclut pas l’aspect durable. Donc si on veut que nos établissements incluent cet aspect, ce cadre de référence doit être modifié en conséquence ». (P15, association de patients)

« Une des raisons qui nous fait travailler autant avec les institutions, c’est que, selon nous, les institutions ont un rôle de modèle pour l’ensemble des citoyens [...] qui fréquentent ces institutions. Que ce soit une garderie, une école ou un établissement de santé. C’est un message clair et fort qu’on donne à notre population ». (P21, association environnementale)

« Si le système de santé devient un milieu exemplaire au niveau de la production des mets végétariens locaux, eh bien c’est toute cette capacité qu’il a d’éduquer la population, de montrer et de transmettre des compétences culinaires qui peut être exploitée ». (P15, association de patients)

Besoin de ressources et d’outils pour une mise en œuvre efficace. Plusieurs participants ont décrit le manque de ressources financières comme un frein majeur au déploiement de mesures favorisant l’AD. Ces ressources financières sont décrites comme indispensables afin de mobiliser du personnel pour la formation, le développement, l’implantation et le suivi de projets sur l’AD et pour financer une AD dans les services alimentaires qui est plus onéreuse que l’alimentation conventionnelle. Quelques répondants ont également souligné le besoin de personnel pour créer des liens avec les parties prenantes (p. ex. avec des producteurs locaux et des centrales de distribution), favoriser la transversalité entre les directions des organisations de santé et assurer une cohérence au niveau des directives, des messages clés et des pratiques. Qu’elles soient financières, humaines, méthodologiques, organisationnelles ou matérielles, les ressources ont toutes été désignées comme manquantes par les participants pour intégrer l’AD dans leur pratique. La plupart des participants exprimaient le souhait d’avoir le temps

d'identifier les leviers et les contraintes et de mettre en place des projets concrets dans leur milieu de pratique.

« Au travers de tout notre travail, c'est sûr que c'est quelque chose [l'AD] qu'on peut facilement mettre de côté. [...] Pour créer une culture, il faut aussi avoir des bras, des gens qui nous ramènent tout le temps à cette importance, qui vont nous soutenir dans la mise en place des actions parce que c'est le temps qui nous manque et que les gens ici ne connaissent pas bien ça non plus ». (P07, gestionnaire des services alimentaires)

« Il faut une reconnaissance [de l'AD] au niveau du gouvernement pour attribuer des budgets en conséquence, et il doit y avoir des critères ou des cibles à atteindre émises par le gouvernement qui vont être valorisées [...] et qui vont autoriser [...] des changements dans les budgets ». (P15, association de patients)

Besoin d'une communication claire, facilitante et inspirante. Pour intégrer l'AD, plusieurs participants sont d'avis que le gouvernement doit diffuser sa vision aux gestionnaires et aux professionnels des institutions du système de santé. L'intégration de l'AD dans la pratique doit être rendue simple et accessible pour être comprise et appliquée avec facilité. Elle doit également se faire de façon progressive, dans un état d'esprit positif, bienveillant et volontaire, en évitant de culpabiliser et en s'assurant de créer un engouement mobilisateur. Certains répondants évoquaient même l'importance de créer une véritable culture de l'AD et plus globalement d'une culture du développement durable dans les organisations publiques. Plusieurs personnes interrogées ont souligné qu'elles percevaient une réelle ouverture dans leur réseau professionnel à ce que l'AD prenne plus de place dans leur pratique et que peu de gens y seraient réfractaires. Quelques participants ont soulevé une motivation particulièrement importante chez les jeunes professionnels. Selon deux participants, l'AD suscite des élans de bonne volonté parce qu'elle est porteuse de sens et procure un sentiment du devoir accompli aux personnes qui s'y investissent. Cependant, ces démarches ne peuvent être entreprises qu'une fois que des données sont accumulées sur les pratiques les plus prometteuses à promouvoir et leurs bénéfices.

« Il faudrait vraiment une volonté gouvernementale qui pourrait vraiment pousser l'AD, et expliquer pourquoi [...] on devrait faire ça, et puis pourquoi on passerait à une alimentation végétale, et puis les raisons environnementales en arrière de ça. Je pense qu'il faut que ça vienne de haut ». (P13, association environnementale)

« Ce qu'on peut faire, c'est faire rayonner les initiatives pour lesquelles on a vu des effets positifs. Parce que c'est sûr, tant qu'on n'aura pas des données à l'appui, ça va être difficile de dire « Vous allez voir, vous allez faire des

économies éventuellement majeures ». [...] je pense qu'on peut pas le promouvoir tant qu'on a n'a pas d'exemples à l'appui et d'évaluations rigoureuses ». (P18, responsable ministériel-le)

Thème 2 : La crédibilité des responsables de la santé publique pour communiquer sur l'AD

Le rôle clé des responsables de la santé publique dédiés à la promotion des saines habitudes de vie. Les acteurs de la santé publique agissant au niveau provincial (p. ex. Direction des saines habitudes de vie du MSSS, INSPQ) et régional (p. ex. Directions de santé publique des CISSS/CIUSSS, secteur promotion de la santé et prévention) ont été décrits à quelques reprises comme ayant un rôle clé pour promouvoir l'AD auprès de la population québécoise. On considère que ces acteurs possèdent l'expertise et sont en position favorable pour que les initiatives de promotion de la saine alimentation intègrent, en plus des bénéfices pour la santé, des bénéfices sociaux et environnementaux (produits durables, écoresponsables, locaux). Dans ce contexte, plusieurs participants ont souligné que l'AD s'avère un sujet d'actualité et que cela devrait faire partie du travail de la santé publique d'informer davantage la population à ce sujet. Certains répondants, autant des professionnels de la santé que des gestionnaires des services alimentaires, ont souligné qu'une meilleure sensibilisation de la population faciliterait leur travail, car leurs interventions seraient perçues comme étant légitimes et parce que la population ne serait pas surprise.

« La santé publique [...] a ce rôle-là de tenter d'être justement un influenceur. À l'heure actuelle, j'ai l'impression que ça [l'AD] déboule comme une priorité, mais on n'a juste pas eu le temps [...] Il va vraiment avoir un besoin de se pencher là-dessus et en faire peut-être une priorité au cours des prochains mois ». (P18, responsable ministériel-le)

« En Europe [...], ils sont en avance sur nous. Il y a beaucoup de projets qui voient le jour là-bas alors que pour nous c'est comme si la norme sociale n'était pas encore rendue là. Le désir de changement n'est pas rendu au point que les gens se mettent à l'action ». (P02, responsable de santé publique)

« C'est important [...] d'augmenter les connaissances de tout le monde [par des campagnes de communication de masse] pour que les patients comprennent pourquoi on fait ça [encourager l'AD] [...] Ça rend vraiment notre pratique plus difficile si nous on veut faire des choses, mais que les gens sont contre ou qu'ils ne savent pas pourquoi on fait ça ». (P11, diététiste-nutritionniste)

Une contribution particulièrement attendue pour l'élaboration d'une définition complète, opérationnelle et commune de l'AD. Les participants ont été nombreux à rapporter qu'ils n'avaient pas une idée précise de la définition de l'AD et de ses composantes, c'est-à-dire de ses recommandations, de ses principes, de la façon de les hiérarchiser et de les appliquer. D'autres participants, au contraire, priorisent spontanément certaines recommandations ou certains principes (p. ex. soutenir le développement de l'économie régionale) sans que cette priorisation soit conscientisée ou fondée sur un processus décisionnel explicite. Dans ce contexte, les participants ont émis le besoin d'une définition de l'AD embrassant ses différentes facettes, complète, en précisant ses composantes et de façon assez opérationnelle pour offrir une certaine cohérence entre les initiatives, faciliter les processus de priorisation de ses diverses facettes, et promouvoir son application concrète par chacune des parties prenantes. Les participants ont également mentionné le besoin d'avoir une définition fondée sur les bénéfices escomptés issus des données probantes rigoureusement analysées, arrimée aux initiatives déjà mises en place au niveau national (p. ex. Guide alimentaire canadien) et international (p. ex. EAT-Lancet) afin d'en maximiser la légitimité scientifique. Selon plusieurs participants, cette lacune définitionnelle a pour principale conséquence des recommandations vagues et fortement marquées d'indécision. Un participant a insisté sur l'importance de s'entendre et de diffuser une définition claire et commune de l'AD et des aliments qui s'y rattachent auprès de la population. En l'absence de repère définitionnel, un participant a souligné que le marketing « vert » sème pour le moment la confusion dans la société. Ce projet devrait allier l'ensemble des parties prenantes concernées par l'AD en incluant, selon un participant, les industries, les mouvements citoyens et, pour un autre, en incluant la communauté scientifique pour dépolitiser le sujet.

« Ce serait de mieux le faire connaître [le concept d'AD] parce que les professionnels que moi je rencontrais [...] eh bien ils ne connaissaient pas nécessairement l'AD et les bienfaits d'intégrer ces recommandations aux habitudes alimentaires ». (P28, responsable de santé publique)

« Dans l'éducation [nutritionnelle], on a beaucoup axé sur l'importance de varier les aliments, il va peut-être falloir revenir là-dessus [...] On est passé de « manger de tout, de partout dans le monde » à « inciter les gens à prendre plus des produits locaux » [...] Avec cette façon de manger à international, l'aspect durable n'est pas là ». (P12, diététiste-nutritionniste en clinique privée)

Des initiatives de santé publique visant à favoriser un changement culturel. La majorité des participants ont recommandé de viser le développement, à long terme, d'une culture de l'AD au Québec. Les principales raisons invoquées soulignaient que, même si la population était plus conscientisée, cette conscientisation de la société québécoise n'en était qu'à ses débuts et qu'insister sur les recommandations requises pour l'adoption d'une AD pourrait être perçu comme de nouvelles contraintes par la population. Une des stratégies recommandait donc d'influencer progressivement les perceptions et les visions du monde et de favoriser un changement culturel. Pour y parvenir, une large gamme d'actions diversifiées et complémentaires étaient proposées : favoriser les actions dans les écoles et auprès du jeune public, outiller et former les professionnels de la santé, être présents dans les médias sociaux pour diffuser des messages simples et porteurs, encadrer le marketing vert pour soutenir une clarté et une cohérence des messages. Certains répondants ont suggéré que les actions de santé publique se concentrent sur certaines recommandations de l'AD, mais celles suggérées étaient très variables (p. ex. lutte contre le gaspillage alimentaire, diminution de l'usage des plastiques à usage unique).

« le scale deep [...], c'est de travailler au niveau de la culture [...] pour que ça devienne [...] une nouvelle norme culturelle. Comme on en a fait avec le tabac, c'est devenu gênant. Ben que ça devienne gênant d'utiliser des contenants à usage unique, que ça devienne gênant de jeter autant de nourriture ». (P05, chercheur-e)

« Les médias sociaux [...] tu ouvres ton téléphone le matin, tu as des publicités avant même d'avoir tes courriels [...] si ça s'en va pour une AD, vous devez mettre le paquet et être présent partout, partout ! ». (P03, association de patients)

« Si on introduit l'AD dans un cours sur la production des végétaux à partir du primaire et l'apprentissage de la bonne cuisine, je pense qu'on gagnerait beaucoup [...] à long terme. L'alimentation, c'est une question de culture puis ensuite une question de disponibilité ». (P26, responsable de santé publique)

« Faire connaître des exemples qui ont fonctionné, ça pourrait être un point positif [...] Ça nous donne une idée. [...] Ça permet aussi de voir concrètement de quoi ça peut avoir l'air [...] Les gens ont beaucoup de volonté. Mais c'est dans la mise en application, quand il faut tout élaborer, qu'à un moment donné, on sent un découragement et le manque de temps. Le plus on va arriver avec des outils clé en main, le plus on va permettre que ces choses se réalisent » (P01, responsable de santé publique)

Les préoccupations liées à la disponibilité physique et l'accessibilité financière de l'AD. Les responsables de la santé publique interrogés se distinguaient dans la description de leur

contribution. En effet, les participants d'autres milieux de pratique attendaient des professionnels de la santé publique un rôle d'influence sur les normes culturelles, avec la diffusion de guides, de recommandations alimentaires et de défis « écolo santé » destinés à informer et à sensibiliser la population. *A contrario*, pour les acteurs de santé publique, leur contribution se situait au niveau de la disponibilité physique et de l'accessibilité financière des aliments durables. Quelques participants ont évoqué le manque de disponibilité des produits auprès des commerces, l'offre n'étant selon eux pas assez développée ni suffisamment accessible en matière de prix et de localisation, notamment pour les régions les plus retirées. Pour les acteurs de santé publique, les interventions ne devraient pas cibler prioritairement l'individu, mais plutôt prioriser le travail collaboratif et la formation des parties prenantes (incluant les professionnels de la santé, les producteurs, les transformateurs, les distributeurs) afin d'influencer l'offre alimentaire territoriale et les incitatifs environnementaux.

« C'est un vrai besoin de mieux former nos futurs professionnels [en santé publique] à agir en amont des consommateurs ou des patients. Donc de pas juste agir avec la personne qui mange en bout de piste ou le citoyen, mais aussi avec l'ensemble des acteurs qui sont impliqués et qui ont un rôle à jouer ». (P05, responsable de santé publique)

« Les paniers bio, c'est quelque chose qui est très connu et qui gagne toujours en popularité. Les épiceries en vrac, ça crée de l'exposition, ça change les habitudes. Les réseaux sociaux pour la promotion [de l'AD], c'est déjà en place, ça fonctionne bien [...] Mais le gros problème c'est l'accessibilité [physique et financière] ». (P04, chercheur-e)

« [Pour réduire les emballages] c'est une habitude [...] [quand tu fais ton épicerie], il faut que les contenants réutilisables soient là, sur place, au comptoir, prêts, déjà lavés, prêts à être utilisés [...] Et puis quand tu y retournes, tu ramènes ton contenant. Il faut tout leur mettre [à la population] tout cuit dans la bouche ». (P03, association de patients)

Thème 3 : L'exemplarité des services alimentaires des établissements de santé dans l'intégration de l'AD

Le besoin d'une révision des politiques d'approvisionnement. Selon les personnes interrogées, les services alimentaires des établissements de santé se distinguent par le fait que déjà plusieurs projets exemplaires à différents endroits de la province ont été menés, ayant documenté l'impact des mesures prises et ayant démontré la faisabilité d'y intégrer l'AD. Cependant, au-

delà de ces projets amorcés par des leaders, tous les gestionnaires des services alimentaires interrogés ont évoqué les freins à l'AD posés par les politiques d'approvisionnement alimentaire. Attribuées par les ministères, ces politiques contraignent fortement les gestionnaires à s'approvisionner auprès de groupes d'achats, aux prix les plus bas, en suivant un cahier des charges et des normes. Plusieurs participants ont souligné que ces politiques rendaient particulièrement difficile l'approvisionnement durable, bien que les marges de manœuvre pouvaient varier selon les aliments concernés (p. ex. plus facile de s'approvisionner auprès des producteurs pour les fruits et légumes frais). Dans ce contexte, les répondants ont recommandé de mettre à jour ces politiques en garantissant un cadre flexible favorisant l'autonomie, la décentralisation et des solutions adaptables « sur-mesure » afin de tenir compte des caractéristiques propres à chaque établissement et chaque région. Le besoin d'ouverture, d'adaptabilité et d'une certaine liberté à établir les menus a aussi été abordé. Ceci étant dit, les participants s'inquiétaient principalement que ces politiques imposent les achats au plus bas prix, ce qui détournait d'un modèle d'approvisionnement durable. Les participants ont regretté également le manque de définition claire et commune de ce qu'est un aliment durable dans la perspective des gestionnaires de ces services. Quelques participants ont souligné l'importance que les porteurs de ce dossier dans les différents établissements de santé s'unissent entre eux pour parvenir à un consensus et qu'ensuite ils s'investissent dans des tables rondes pour s'allier et influencer le gouvernement.

« De façon générale, ce n'est pas la priorité [l'AD]. C'est vraiment l'aliment le plus économique possible qui a encore prépondérance. Par contre, c'est vrai qu'il y a des initiatives inspirantes dans certains milieux [...] pour essayer d'inclure davantage d'aliments locaux et moins préparés ». (P15, association de patients)

« C'est certain que si c'était une motion qui venait d'en haut, gouvernementale, que c'était une ligne directrice pour tous les établissements de santé, et puis que cela ferait partie de leurs mandats de l'appliquer, ça serait facilitant ». (P21, association environnementale)

« Dans les appels d'offres, il faudrait avoir l'écoresponsabilité. Si l'analyse de cycle de vie devenait reconnue mondialement avec des critères, on pourrait l'indiquer dans l'appel d'offres [...] On sait les avantages du local, mais ça pourrait avantager d'autres types de produits étrangers s'ils diminuent les gaz à effet de serre ou quelque chose du genre ». (P22, responsable ministériel-le)

Le besoin d'un rehaussement des budgets dédiés aux services alimentaires. Pour plusieurs répondants, en reconnaissance des contributions et du rôle d'exemplarité des services alimentaires pour influencer les perceptions et les pratiques dans la population et le secteur

agroalimentaire, les budgets disponibles devraient être ajustés. En effet, pour les répondants, intégrer l'AD consiste le plus souvent à miser sur les achats locaux et biologiques qui sont plus onéreux. Aussi, le fait de viser un coût par repas le plus faible possible, cela laisse peu ou pas de marge de manœuvre pour intégrer des produits frais. Pour un répondant, cette difficulté pourrait être accentuée dans les plus petites structures qui ont moins de moyens, mais qui parallèlement pourraient avoir une structure hiérarchique favorisant davantage les innovations.

« C'est comme si on ne voyait pas les gains à plus long terme. C'est vu [le service alimentaire hospitalier] comme un service technique dans un contexte de contraintes budgétaires [...] C'est le coût le plus faible par repas qui doit être respecté, ça ne laisse pas beaucoup de marge de manœuvre ». (P05, chercheur-e)

« Le principal obstacle, c'est vraiment les façons d'attribuer les budgets [aux services alimentaires]. Le gouvernement demande le plus bas soumissionnaire comme critère au-dessus de tous les autres ou impose comme critère le coût du repas le plus faible possible [...] Les budgets sont insuffisants pour permettre à un système de santé de faire son rôle d'exemplarité ». (P15, association de patients)

« Les gestionnaires nous gèrent avec des budgets très limités. Il faut qu'avec des budgets faibles ils [les services alimentaires] arrivent à produire des repas complets. Les réactions quand j'ai abordé ces questions, c'étaient [...] le plus bas coût, point à la ligne, quelle que soit la provenance de l'aliment ». (P19, diététiste-nutritionniste)

Des défis importants posés par l'approvisionnement durable. Pour quelques participants, intégrer l'AD requiert de repenser complètement la logique d'approvisionnement et de créer une nouvelle culture professionnelle de l'approvisionnement, de la préparation/transformation des aliments, jusqu'au compostage et recyclage. Pour plusieurs répondants, favoriser un approvisionnement durable consiste principalement à s'approvisionner localement. Pour certains, cela passe par le fait de privilégier des partenariats directement avec les producteurs locaux plutôt qu'avec les groupes d'achats. Cependant, cette approche présente de nombreux défis, car l'offre des producteurs locaux semble peu développée et mal adaptée aux besoins des établissements de santé, que ce soit en termes de volume ou de conditionnement. De plus, les groupes d'achats sont déjà ancrés dans les habitudes et il est difficile d'en déroger même s'ils n'ont pas de circuit court ou de produits locaux. De plus, la taille, les procédures à respecter et le système hiérarchique de ces institutions étaient décrits comme des freins à l'innovation. Pour pallier ces problèmes, un travail collaboratif avec les producteurs locaux est recommandé pour faire en sorte que l'offre et la demande se rejoignent. Cependant, plusieurs répondants ont souligné que les établissements n'ont pas le temps ni la main-d'œuvre pour chercher ces nouveaux fournisseurs et gérer leurs particularités logistiques. Pour d'autres participants, une

meilleure identification des produits durables auprès des fournisseurs, incluant les centrales d'achats, était rapportée comme une priorité. En effet, quelques participants soulignaient que les caractéristiques d'un produit écoresponsable étaient encore confuses pour eux et les informations disponibles à ce sujet sur les produits étaient encore limitées ou peu fiables. L'entente sur une définition commune de ce que l'on peut considérer comme durable, local ou écoresponsable était importante pour certaines des personnes interrogées.

« Le marché de l'alimentation locale durable est développé pour le citoyen, mais est moins développé au niveau des services alimentaires, ce qui en fait aussi un frein pour pouvoir trouver les produits [...] il y a du travail pour développer le marché institutionnel d'alimentation locale, biologique, durable ». (P21, association environnementale)

« Notre volume d'achat est très gros. Les fournisseurs [locaux] ne peuvent pas nécessairement combler les besoins. En plus, dans le secteur de la santé, il faut souvent du préconditionnement – pré-épluché, précoupé – car il n'y a pas les ressources à l'interne pour le faire. Donc c'est un frein, et la saisonnalité aussi [...] [Avec les producteurs locaux] on est plus en mode urgence [...] au niveau de la livraison c'est peut-être moins flexible et la fréquence des livraisons peut être moins élevée. Ça peut être un défi pour les institutions de santé [...] Au niveau des distributeurs [on aurait besoin d']une meilleure identification des produits durables [...] on parle beaucoup de local, mais il pourrait y avoir quelque chose par rapport à la durabilité ». (P08, gestionnaire de services alimentaires)

« Le fait de regrouper tous les achats des services publics [...] la structure va changer [...] on aura trois groupes d'approvisionnement en commun dans le réseau de la santé [...] Ce qu'on souhaite c'est de les influencer pour qu'ils [les groupes d'approvisionnement] fassent du développement durable ». (P07, gestionnaire de services alimentaires)

Le besoin d'opportunités d'apprentissage et d'innovations. Pour quelques répondants, c'est une nouvelle culture professionnelle qui est à mettre en place pour favoriser progressivement l'approvisionnement en produits durables, l'offre de menus végétaux nourrissants et écoresponsables, et la diminution du gaspillage. Si pour la plupart des répondants les gestionnaires sont motivés à mettre en place des initiatives pour intégrer davantage l'AD, ils manquent également de connaissances et n'ont pas accès à un accompagnement suffisant pour y parvenir. Une grande variété de recommandations a été formulée par les personnes interrogées. Cela incluait de mettre à la disposition des gestionnaires une documentation de plaidoyer présentant rigoureusement les données probantes en faveur de l'intégration de l'AD ainsi que des fiches pratiques, des menus, des recettes et des conseils d'approvisionnement présentant de façon concrète des exemples d'actions à poser. Quelques répondants ont suggéré un programme d'accompagnement complet avec des personnes ou des milieux expérimentés,

allant du diagnostic de la situation actuelle à l'identification des solutions à prioriser, en passant par l'information et la sensibilisation des usagers et des employés. Les opportunités de partage de bonnes pratiques étaient aussi encouragées en créant des communautés ou des groupes de personnes engagées qui échangeraient à ce sujet et s'informerait les uns les autres. Plusieurs participants ont souligné l'importance de communiquer sur les modèles de réussite préexistants et de s'inspirer de ces expériences. Quelques participants ont aussi estimé que les initiatives à l'interne avaient besoin d'être portées par un leader qui agirait à titre de porte-parole auprès des gestionnaires et qui redéploierait les messages auprès des équipes. Un répondant a néanmoins souligné l'importance de l'engagement collectif et que le changement ne devait pas reposer sur les épaules d'une seule personne.

« À force de faire des projets pilotes, les gestionnaires ont vraiment évolué [...] en voyant l'impact de prendre ou de pas prendre des produits locaux pour les emplois et la qualité de nos territoires [...] Ils sont devenus beaucoup plus intéressés et motivés à travailler sur cette solution [l'AD] ». (P19, diététiste-nutritionniste)

« Les gestionnaires manquent d'argumentaires pour arriver à changer les cultures [...] et faire un plaidoyer [...] Il faut équiper les acteurs avec des arguments basés sur des données probantes pour qu'ils soient en mesure de convaincre à l'interne leurs gestionnaires. Il y a aussi toute une panoplie de pratiques pour concevoir des menus plus durables [...] Donc déjà de les former et donner ces premiers outils, ça permettrait de multiplier les pratiques ». (P05, chercheur-e)

« Les gens veulent, mais ils n'ont pas la connaissance [...] pour dire que tel aliment est mieux que d'autres [...] Les fiches techniques qu'on a faites, c'était pour outiller [...] que quand tu achètes, par exemple, du poisson, que tu saches que c'est sur ça que tu devrais te questionner et mettre comme critère dans ton appel d'offres ». (P07, gestionnaire de services alimentaires)

« Il y a tout ce qui entoure l'information et la communication [...] S'il y a des changements qui se font au niveau de l'alimentation servie [...] il faut s'allier autant les communautés des usagers et de personnel pour qu'ils soient partie prenante des changements [...] Ils [les gestionnaires] auraient besoin de soutien [...] de la direction des communications ou un soutien de l'extérieur ». (P20, professionnel-le de la santé publique)

Thème 4 : La légitimité des professionnels de la santé pour intégrer l'AD à leurs conseils nutritionnels

Un engagement encore modeste de la part des professionnels de la santé. Pour plusieurs participants, les professionnels de la santé n'accordent que peu ou pas d'importance à l'AD et

ne l'abordent pas dans leurs consultations qui traitent de la nutrition. Même si quelques projets existent, ils sont pour le moment peu reconnus. Selon certains participants, ce sont les diététistes-nutritionnistes qui sont les plus motivé(e)s à échanger sur ce sujet avec leurs patients, principalement en recommandant de consommer moins de viande et moins de produits transformés en se basant sur le nouveau Guide alimentaire canadien. Certains répondants reconnaissaient que les professionnels de la santé auraient un rôle à jouer dans la société, dans leur institution et auprès de leur clientèle pour promouvoir l'AD. Cependant, la plupart des professionnels de la santé interrogés ont souligné que leur priorité était avant tout la santé de leurs patients et certains exprimaient des doutes sur leur capacité de d'intégrer l'AD dans leurs consultations. Dans ce contexte, deux participants ont estimé que, pour les patients qui font un séjour à l'hôpital et qui ont une problématique de santé aiguë, leur priorité n'est pas l'AD. Trois participants ont pris en exemple les patients diabétiques, souffrant d'hypercholestérolémie ou en service de gériatrie et ont souligné que le fait d'aborder l'AD pourrait ne pas être adapté pour ces clientèles. Davantage d'ouverture était exprimée chez les professionnels ayant une clientèle à titre préventif ou en suivi pour la gestion de maladies chroniques. Deux diététistes-nutritionnistes ont souligné que ce serait important pour les professionnels de la santé d'assumer leur engagement de promouvoir une alimentation nutritive ayant l'empreinte environnementale la plus faible et de recevoir le soutien explicite de leur institution ou que des directives à ce sujet soient spécifiquement émises par leur institution. Certains participants ont également souligné davantage d'intérêt chez les diététistes-nutritionnistes les plus jeunes.

« Les professionnels [...] ils vont faire des recommandations nutritionnelles en lien avec une pathologie [...] ils vont rarement ou jamais aborder la question de la provenance des aliments ou leur transport [...] ils ne tiennent pas compte de l'AD ». (P19, diététiste-nutritionniste)

« Quand il [le patient] a eu sa première crise cardiaque, il a fallu qu'il change son alimentation au complet. [...] Il n'allait pas se poser en plus des questions sur les emballages, le bio ou le local ». (P4, association de patients)

« Je serais la première à le suggérer davantage [l'AD à mes patients] en sachant les bienfaits que ça ferait sur l'environnement, économiquement parlant et au niveau de la santé [...] Tout est une question d'habitude [...] ça dépend de la façon dont on l'apporte aussi au patient ». (P24, infirmier-ère clinicien-ne)

« Chaque individu [professionnel de la santé, gestionnaire] pourrait avoir une influence sur l'AD dans son organisation, prendre une position de changement. Faut pas qu'on ne pense pas parce que c'est l'alimentation, c'est la nutritionniste qui doit s'en occuper ». (P14, représentant-e d'un ordre professionnel)

De nombreux questionnements quant aux modalités d'intégration de l'AD dans leurs interventions. Cependant, plusieurs répondants ont exprimé leurs interrogations quant aux modalités concrètes pour aborder l'AD auprès de leurs patients. Certains participants ont indiqué que leurs patients pourraient ne pas être réceptifs à ce type d'intervention. D'autres ont mentionné qu'aborder l'AD pourrait ne pas être approprié auprès des clientèles n'ayant aucune notion, aucun intérêt pour ce sujet ou qui n'y ont pas accès à proximité de chez eux ou financièrement. En effet, ils doivent communiquer auprès de clientèles aux connaissances et aux convictions variées, dont certains ayant encore besoin d'être convaincus que ces actions auront de l'impact et seront utiles. En plus de l'enjeu du manque de temps, certains répondants se questionnaient sur la façon d'identifier les aspects de l'AD à aborder en priorité (p. ex. local, végétal, etc.) et auprès de quelle clientèle. Deux répondants ont indiqué que leur priorité serait de défaire le mythe que l'AD est chère et compliquée à appliquer au quotidien. Pour un autre répondant, ce serait de souligner l'importance de réduire les pertes et le gaspillage, ainsi que de composter plutôt que d'introduire de nouvelles recommandations alimentaires. Deux répondants ont souligné leur manque de connaissances sur l'AD et leur souhait d'être outillés pour savoir proposer ces informations de façon adaptée aux personnes les plus défavorisées ou avec un plus faible niveau de littératie. De façon constante, les professionnels de la santé interrogés ont indiqué ne pas avoir été exposés à des informations présentant la manière d'intégrer concrètement l'AD dans leurs consultations. Deux participants ont aussi exprimé le besoin que les ordres professionnels s'engagent et soutiennent cette démarche. Le besoin de leaders dans ce domaine et d'une entente sur une définition claire de l'AD commune à tous les professionnels de la santé a aussi été relevé par d'autres participants.

« J'ai l'impression que les gens ne sont pas encore rendus à l'AD. C'est comme une autre restriction qu'ils vont devoir suivre [...] Les gens ne sont pas encore rendus à reconnaître l'impact de l'alimentation sur les gaz à effets de serre ». (P12, diététiste-nutritionniste)

« J'me suis rendu compte que j'manquais vraiment beaucoup de connaissances par rapport à ça [l'AD] [...] Moi j'suis beaucoup avec des gens défavorisés [...] J'aimerais ça élargir mon éventail de choses à proposer pis d'apporter ça d'une façon qui soit pas épeurante ». (P24, infirmier-ère)

« On a déjà accès à plein de formations [sur l'AD] [...] S'ils en faisaient une [...] par quelqu'un qui est habitué d'en parler avec ses patients [...] car en tant que tel, comment vraiment se l'approprier et l'inclure [dans nos consultations], sur ça on a un petit peu moins d'informations [...] faudrait quelque chose pour combler ce manque ». (Test-OG, P30, diététiste-nutritionniste)

Des besoins d'activités de formation et d'outils d'enseignement. Certains participants ont rapporté que l'ensemble des professionnels de la santé devraient bénéficier de formations ou de séances d'information (p. ex. webinaires, conférences) sur l'AD. Le manque de connaissances des professionnels de la santé sur cette thématique a été décrit comme un frein majeur à leur volonté de communiquer sur ce sujet avec les patients et qu'ils devraient avoir accès à davantage de formations et d'outils. Quelques participants ont également recommandé que l'AD soit incluse de façon systématique dans la formation initiale des diététistes-nutritionnistes et que les formations continues soient actualisées pour tenir compte de cette thématique. La conscientisation des diététistes-nutritionnistes sur l'AD était soulignée comme un élément essentiel pour intégrer l'AD dans les consultations. Pour plusieurs professionnels de la santé interrogés et exerçant une pratique clinique, ils ont également indiqué souhaiter faire partie d'une communauté de personnes intéressées par l'AD ainsi que de participer à des comités, des tables de discussion et des coalitions pour créer du lien, créer des innovations et mobiliser des réseaux de soutien plus large. Le fait de créer une communauté de professionnels intégrant l'AD dans leur pratique, d'inclure dans ce comité quelques patients pour connaître leur opinion et des médecins pour augmenter le pouvoir d'influence du groupe était aussi recommandé. La plupart des professionnels de la santé ont également souligné le besoin d'outils incluant des guides électroniques et sous format papier pour ceux qui n'auraient pas Internet, des fiches recettes, des trousseaux de communication et des campagnes de communication sur les réseaux sociaux. Quelques répondants ont insisté sur le fait de privilégier des approches ludiques pour susciter l'enthousiasme, concrètes pour ceux qui ne sauraient pas par où commencer et convaincantes pour les plus sceptiques. Deux répondants ont souligné que ces outils devraient s'inscrire dans un plan de communication plus global auprès de l'ensemble de la population québécoise. Deux répondants ont également indiqué que ces outils devraient être basés sur des arguments précis et sur des données probantes destinées à convaincre autant leur clientèle que les professionnels de la santé. Enfin, certain(e)s diététistes-nutritionnistes ont souligné l'importance de pouvoir adapter ces outils à leur contexte de pratique et de garder impérativement leur autonomie dans la façon de mobiliser ces outils ou guides pratiques.

« On a besoin de plus d'outils, de plus de formation, on n'est tellement pas formés là-dedans [...] des experts pourraient développer des outils pour aider les nutritionnistes sur les façons de les supporter [les patients] [...] sauf que les formations continues obligatoires, il n'y en a pas tout le temps sur l'AD ». (P11, diététiste-nutritionniste)

« S'il existait un outil que je pourrais remettre, ce serait beaucoup plus facile [...] Mettons que je dise à quelqu'un « ça serait bien si vous mangiez moins de protéines animales, plus de protéines végétales, il y a tels effets sur la santé [...] regardez l'impact que vous pourriez avoir sur l'environnement si vous passiez à deux fois par semaine. » Parce que dans le fond, on ne les a pas ces outils ». (P12, diététiste-nutritionniste)

« Il faut qu'il y ait différents outils clés en main pour qu'on puisse diffuser le message [...] je fais un parallèle avec le Défi Santé. Souvent ils vont nous envoyer des kits promotionnels où c'est simple, on peut intégrer l'info sur notre site, notre page Facebook, dans notre revue ». (P16, association de patients)

« [Et les données] faut que ce soit solide, bien argumenté, bien soutenu [...] Et puis, ce n'est pas assez, il faut aussi avoir l'appui de la communauté scientifique aussi pour convaincre les professionnels de la santé ». (P19, diététiste-nutritionniste)

Discussion des résultats

Cette étude visait à explorer, auprès d'informateurs clés du domaine de la santé et de l'environnement, les pratiques et les perceptions en regard de l'intégration de l'AD dans le système de santé. Une attention particulière a été portée aux défis et opportunités rencontrés par les responsables de santé publique, les gestionnaires de services alimentaires et les professionnels de la santé. Les participants ont souligné le besoin, avant tout autre facteur, d'un engagement gouvernemental clair en faveur de l'AD et de la transition du système alimentaire vers plus de durabilité. Aussi, le soutien et la mise en lumière des initiatives exemplaires et des leaders étaient recommandés pour susciter de l'enthousiasme, apporter des preuves de la faisabilité et des exemples concrets de mise en œuvre. Cependant, des lignes directrices décrivant les attentes gouvernementales étaient décrites comme l'élément clé pouvant contribuer à la généralisation de ces pratiques.

En complément, les acteurs de santé publique étaient présentés comme ayant l'expertise pour créer un engouement autour de l'AD, mobiliser les parties prenantes et porter des projets visant à influencer les pratiques et les perceptions des Québécois en regard de l'AD. Les responsables de santé publique étaient particulièrement attendus sur l'élaboration d'une définition commune de l'AD qui favoriserait l'information et la sensibilisation du grand public, et des professionnels du système de santé et du système alimentaire. Les gestionnaires de l'offre alimentaire étaient le groupe de professionnels le plus avancé dans l'intégration de l'AD. Les besoins exprimés étaient précis, convergents et ciblaient principalement la révision des politiques

d'approvisionnement, des budgets alloués, la clarification des stratégies permettant de surmonter les défis liés à l'approvisionnement durable ainsi que les besoins en formation. Pour les professionnels de la santé, la pertinence de leur engagement pour l'AD était moins bien définie, sauf pour les diététistes-nutritionnistes qui se sentaient plus directement interpellé(e)s. D'importants besoins étaient exprimés pour convaincre de la pertinence de promouvoir l'AD, préciser des modalités concrètes pour aborder l'AD dans les consultations et mettre à disposition des outils. De façon transversale à tous ces professionnels, l'aspect progressif des initiatives, l'importance d'adopter un discours optimiste et encourageant, ainsi que l'accès à des services-conseils et des communautés de pratique étaient privilégiés. Plusieurs constats peuvent être tirés de la présente étude.

Le premier constat concerne la tension qui a émergé des entretiens entre deux visions complémentaires du changement. La première vision du changement décrite par les participants consistait en la mise en œuvre d'initiatives politiques et réglementaires impliquant l'émission ou la révision de lignes directrices et de recommandations de pratique. Cette vision était largement préconisée par les acteurs de terrain comme étant celle ayant le plus grand potentiel pour amorcer des changements de grande envergure et pérennes à l'échelle de l'ensemble du territoire par le fait qu'elle crée des obligations aux parties prenantes. L'efficacité et la rapidité avec lesquelles les mesures gouvernementales reliées à la prise en charge de la COVID-19 ont été appliquées ont d'ailleurs confirmé ce pouvoir de gouvernance. Cependant, bien que formulée avec une grande insistance par la plupart des répondants, cette vision rationaliste hiérarchique était également perçue par les répondants comme un « vœu pieux », un constat logique, bien intentionné, mais peu réaliste ou qui requerrait un important travail de coalition et de plaidoyer. Parallèlement, une seconde vision du changement a émergé des entretiens qui consistait en la mise en œuvre d'initiatives locales variées, avec des projets pilotes menés par des acteurs de terrain, qui ont l'avantage de démontrer la faisabilité des changements avec des exemples concrets, et ultimement, de conduire progressivement à des changements dans les pratiques et les cultures professionnelles. Dans les faits, cette deuxième vision très ancrée dans les réalités du terrain apparaît pour les acteurs motivés comme la voie la plus efficace et rapide d'entreprendre des changements. En effet, elle paraît particulièrement bien adaptée pour réformer des systèmes complexes et multifactoriels, caractérisés par le travail en silos, les lourdeurs administratives et hiérarchiques⁹⁹⁻¹⁰¹, et qui requièrent des initiatives participatives dans lesquelles les acteurs de terrain sont les plus aptes à identifier les problèmes et à trouver des solutions^{102,103}. Plus précisément, lorsque les projets sont portés par les acteurs de terrain

ou dont ils sont au centre, il a été démontré que cela pouvait favoriser des idées plus novatrices, optimiser la pertinence, l'applicabilité et l'adéquation aux besoins¹⁰²⁻¹⁰⁵, en plus de diminuer les résistances par l'attention portée aux modalités concrètes d'opérationnalisation des changements qui suscitent habituellement le plus de défis^{105,106}. Dans le contexte où cette voie du changement semble la plus prometteuse en regard du contexte organisationnel actuel, il importe que des ressources financières et humaines soient mobilisées afin de soutenir le développement de ces innovations¹⁰⁶ et encourager l'engagement des professionnels^{70,71,107,108}.

Le deuxième constat est que les organisations publiques en général, et le système de santé en particulier, sont perçus comme ayant un fort pouvoir d'influence sur les pratiques et les perceptions de la population et qu'ils devraient, à ce titre, assumer davantage leur rôle d'exemplarité en regard de l'intégration de l'AD. Le principe d'exemplarité renvoie à l'idée qu'un gouvernement doit « montrer l'exemple », c'est-à-dire respecter les règles qu'il crée, se joindre aux efforts collectifs et ainsi inciter les acteurs concernés à faire pareil¹⁰⁹. En faisant preuve d'exemplarité, « l'État envoie un signal fort aux collectivités locales, aux entreprises et aux ménages »¹⁰⁹. Cette vision s'inscrit dans les orientations gouvernementales pour lesquelles les institutions publiques et les établissements de santé doivent manifester leur leadership, être un milieu propice aux renouvellements des pratiques et favoriser des pratiques de développement durable^{71,108} ainsi que de l'approvisionnement alimentaire et de gestion des matières résiduelles responsables^{67,68,70,110}. Ce principe d'exemplarité des ministères et des organisations publiques se trouve au centre de la stratégie québécoise de développement durable (stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020, plan d'action développement durable 2019-2023). L'application de ce principe d'exemplarité en matière d'alimentation est à l'occasion explicitement mentionnée : « Le principe d'exemplarité signifie que les établissements du réseau doivent donner l'exemple et faire figure de modèle à l'égard de la saine alimentation »⁷⁰. Cependant, à l'heure actuelle, on constate que ces orientations gouvernementales se rapportent principalement l'exemplarité en matière d'AD dans les services alimentaires et ne concernent que peu ou pas les professionnels de la santé et les responsables de santé publique^{68,111}. Pourtant, une application de ce principe d'exemplarité dans tous les aspects du système de santé pourrait en renforcer l'impact et contribuer davantage à sa mission préventive¹⁰⁷.

Le troisième constat concerne le besoin d'une définition commune et partagée par les acteurs du système de santé et du système alimentaire pour favoriser la cohérence et la compréhension

des messages portés par les diverses initiatives dans ce domaine. En effet, de façon transversale, les personnes interrogées regrettaient la confusion dans les définitions, dans le processus de priorisation des différents principes et recommandations de l'AD, dans les preuves disponibles sur les bénéfices attendus pour le Québec ou encore l'encadrement du marketing vert. En accord avec des études antérieures, il ressort des entretiens le besoin des parties prenantes d'être mieux informées sur les aspects économiques et sociaux de l'AD¹¹², que le manque de connaissances sur l'AD constitue une barrière à son intégration dans les pratiques^{113,114} et que même des concepts corollaires comme l'alimentation locale sont définis de façon différente selon les parties prenantes interrogées¹¹⁵. Dans la présente étude, il a également été constaté que chaque acteur privilégie certains principes ou recommandations de l'AD en fonction de ce qui lui semble le plus significatif dans son milieu (p. ex. alimentation locale, végétale, accessible). Si la mesure des GES – donc un des aspects environnementaux de l'AD – semble gagner en popularité⁴⁴, une clarification de la priorisation des différentes recommandations de l'AD et de leur importance respective (au Québec et dans le reste du monde à l'aide de données probantes) devrait être envisagée^{116,117}. Enfin, à ce travail définitionnel devrait être associé un meilleur encadrement des informations sur le développement durable divulguées sur les produits et par les entreprises par souci de cohérence entre les discours et les pratiques en matière d'AD. À ce chapitre, il semble pertinent de rappeler le caractère endémique des tendances au « greenwashing »¹¹⁸⁻¹²⁰ qui peut se définir comme « la tentative d'induire en erreur le consommateur en lui vendant des produits présentés comme plus respectueux de l'environnement qu'ils ne le sont réellement (traduction libre) »¹²¹. Alors qu'il existe plusieurs outils visant à faciliter l'interprétation des logos réglementés¹²², une abondante littérature a démontré la confusion et les erreurs d'interprétation liées à la rhétorique pro-environnementale des organisations privées ou publiques, et au manque d'encadrement des communications dans ce domaine^{123,124}.

Le quatrième constat est que le positionnement des acteurs de santé publique en regard de l'AD est apparu comme étant peu précisé. En effet, à notre connaissance, il n'y a pas de documents établis ou destinés spécifiquement à des acteurs de santé publique en lien avec l'AD. Ceux disponibles sont principalement des orientations du gouvernement et des ministères concernés (MSSS, MELCC, MAPAQ) portant principalement sur l'approvisionnement responsable, le gaspillage et la gestion des matières résiduelles^{67,125-127}. Plusieurs initiatives récentes soutenues par des organisations gouvernementales ont particulièrement promu la réduction des pertes et des déchets alimentaires au Québec (p. ex. La Table des Chefs, La Semaine québécoise de

réduction des déchets^{128,129} et au Canada (p. ex. J'aime manger pas gaspiller Canada, Tout le monde à table^{130,131}). D'autres initiatives non gouvernementales se sont distinguées au cours des dernières années comme *Meatless Monday*¹³² ou d'autres favorisant l'alimentation locale et végétale (p. ex. Le programme de lutte contre le réchauffement climatique « ONE TWO WE »¹³³). Finalement, les engagements pris spécifiquement en regard de l'AD par des organisations dédiées à la santé publique se résument à la promotion du Guide alimentaire canadien qui recommande notamment l'augmentation de la consommation de protéines végétales⁴¹. Ce positionnement des professionnels de la santé publique peut s'expliquer par la primauté accordée aux actions influençant l'environnement alimentaire (défini comme « l'ensemble des conditions dans lesquelles une personne a accès aux aliments, les achète et les consomme »¹³⁴) plutôt que l'individu. Cependant, considérant que le développement durable fait maintenant partie intégrante de la Vision de la saine alimentation¹³⁵, il semble important que les responsables de santé publique s'engagent davantage ou exposent plus explicitement leur vision de la promotion de l'AD. En complément aux initiatives visant à garantir l'accessibilité à une alimentation saine et durable pour tous les Québécois, des changements environnementaux grâce à l'approche du « nudging » pourraient également être promus afin de faciliter des choix alimentaires plus sains et plus durables¹³⁶⁻¹³⁸. Cette approche pourrait être explorée dans le contexte où quelques études réalisées dans des pays aux revenus élevés ont démontré qu'une diète saine et durable pouvait être compatible avec l'accessibilité physique et financière^{139,140}, bien que d'autres études ont rapporté des résultats contradictoires^{141,142}. De façon générale, un engagement plus marqué des responsables de santé publique pour la promotion de l'AD répondrait aux appels de plusieurs experts du domaine¹⁴³⁻¹⁴⁵.

Le cinquième constat concerne le peu d'engagement et d'initiatives visant les professionnels de la santé en regard de l'intégration de l'AD dans les consultations ou leur rôle de plaidoyer dans les institutions et plus globalement, la société. Mises à part des initiatives portées par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ)¹⁴⁶ et les Diététistes du Canada¹⁴⁷ en faveur des systèmes alimentaires durables, aucune initiative n'a été identifiée au Québec par notre équipe en ce qui concerne le rôle des professionnels de la santé dans la promotion de l'AD. Le rôle des professionnels de la santé en tant que promoteurs de la santé est de plus en plus complexe en raison de l'élargissement des préoccupations qui incluent les changements climatiques, le développement durable et l'AD. Pour plusieurs auteurs, les connaissances, les compétences, les opportunités de communication avec la population et les décideurs ainsi que leur légitimité dans le domaine de la santé pourraient être utilisées de façon à contribuer à ces

importants défis⁶⁰. Cependant, pour y parvenir, comme ce fut mentionné par les personnes interrogées dans la présente étude, ils auraient besoin d'un large éventail de formations et de ressources, de connaissances et de compétences supplémentaires. Davantage de précisions quant au rôle de ces professionnels dans l'AD et la santé de la planète seraient nécessaires¹⁴⁸. Au Québec, comme à l'échelle internationale, la principale implication des professionnels de la santé consiste à promouvoir des recommandations nutritionnelles nationales ayant intégré des dimensions de l'AD^{149,150}. De plus en plus de formations universitaires dans le domaine de la santé¹⁵¹ abordent la durabilité et les changements climatiques dans leurs formations initiales. Sur le plan international, à notre connaissance, un nombre ténu d'initiatives ont visé à outiller les diététistes-nutritionnistes et les autres professionnels de la santé pour aborder l'AD dans leurs consultations^{60,152,153}.

Le sixième constat est que les gestionnaires des services alimentaires sont les professionnels les plus engagés et avancés dans l'intégration de l'AD, en comparaison des autres acteurs du système de santé, notamment en raison d'orientations gouvernementales en leur faveur^{68,70,111,127} et d'initiatives portées par des organismes non gouvernementaux. Cela inclut par exemple Nourrir la santé, une « communauté de pratique nationale visant à habiliter les dirigeantes et dirigeants du domaine de la santé en matière d'action climatique et d'équité », qui a mené plusieurs projets visant à favoriser des menus durables et les liens avec des producteurs locaux pour un système alimentaire hospitalier plus durable¹⁵⁴. Cela inclut également Équiterre, avec par exemple la 2^e édition de l'initiative « Les institutions mangent local ! »¹⁵⁵ ou Aliments du Québec au menu qui soutient également l'AD dans les institutions de santé¹⁵⁶. Plusieurs hôpitaux se sont également distingués en la matière au cours des dernières années, dont le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montréal, le CHU Sainte-Justine et le CHU de Québec¹⁵⁷⁻¹⁵⁹. Ces initiatives convergent avec la littérature académique qui souligne que les activités les plus prometteuses pour soutenir les gestionnaires des services alimentaires sont la mise à disposition d'outils (p. ex. guides des aliments, des recettes et des menus durables, optimisation de la tarification, des producteurs locaux, outils promotionnels, instruments d'évaluation) et les activités d'accompagnement-conseil et de formation (p. ex. programmes d'accompagnement et de reconnaissance, soutien à l'organisation d'événements, mise en lien avec les producteurs locaux)^{82,160}.

Plusieurs limites de l'étude doivent être soulignées. Tout d'abord, les personnes ayant accepté de participer à l'étude et qui, pour plusieurs d'entre elles, avaient des expériences antérieures

ou une expertise en AD étaient, pour la plupart, d'entrée de jeu favorables à l'AD. Cela a pu influencer leurs propos et avoir pour effet de biaiser les résultats ou surestimer l'importance accordée à l'AD dans les analyses. De plus, l'étude n'incluait pas de représentants des producteurs agricoles et de l'industrie agroalimentaire. Leur perspective n'est donc pas rapportée dans la présente analyse. Ensuite, si l'approche des informateurs clés a permis d'établir un portrait d'ensemble de perspectives très variées, cela a pu également avoir pour conséquence de ne pas permettre d'explorer de façon détaillée les spécificités de l'intégration de l'AD dans des milieux de pratique précis. Cela a pu affecter la précision et la pertinence des recommandations formulées. Ensuite, les membres de l'équipe conduisant les entrevues pouvaient ne pas être expertes ou experts des réalités de pratique de certains milieux qu'elles ou ils interviewaient. Considérant que certains sujets discutés mobilisaient des connaissances techniques, cela a pu affecter la profondeur des échanges et la qualité de la collecte des données. Enfin, le modèle logique Kellogg⁹⁴ a été utilisé pour guider les entretiens. Cependant, considérant que ce modèle a été produit par une importante compagnie agroalimentaire dont le modèle porte le nom, un autre modèle aurait pu être privilégié.

Conclusion

Pour conclure, cette étude a permis d'identifier plusieurs défis à l'intégration de l'AD dans les organisations du système de santé, tels que des besoins spécifiques (p. ex. directives concrètes du gouvernement, soutien à la transition du système alimentaire québécois, ressources et outils pour une mise en œuvre efficace, une communication claire, facilitante et inspirante), des préoccupations (p. ex. par rapport à l'accessibilité physique et financière de l'AD, de comment les professionnels de la santé peuvent intégrer l'AD lors de leurs consultations) et des barrières (p. ex. besoin d'une révision des politiques d'approvisionnement, besoin d'un rehaussement des budgets dédiés aux services alimentaires, défis importants posés par l'approvisionnement durable, un engagement encore modeste de la part des professionnels de la santé) ainsi que des pistes d'action pour intégrer l'AD dans les organisations du système de santé (p. ex. des opportunités d'apprentissage et d'innovation ainsi que des activités de formation et des outils d'enseignement sur l'AD). En lien avec la santé publique, les participants ont souligné le rôle clé des responsables de la santé publique dans la promotion des saines habitudes de vie et que les initiatives de santé publique doivent viser à favoriser un changement culturel. Ces résultats peuvent guider les professionnels de la santé (p. ex. médecins, infirmier(ère)s et diététistes-nutritionnistes), les responsables de services alimentaires dans les organisations de santé et les professionnels de la santé publique à intégrer l'AD dans leurs propres organisations de santé.

Tableau 1. Résumé du guide d'entretien

1. Introduction à l'étude

Explication de la confidentialité de la conversation et de l'anonymat des participants dans les rapports et les articles. Objectif de l'étude. Soutien financier pour l'étude. Remerciement des participants pour leur contribution.

2. Situation actuelle

Quel est votre rôle dans votre organisation ? Quels sont les dossiers qui vous occupent actuellement ? Quelle est la place de l'alimentation durable ? Comment les personnes de votre organisation/profession pourraient promouvoir l'alimentation durable ?

3. Les besoins

De quoi les personnes de votre organisation/profession auraient besoin pour promouvoir l'alimentation durable ? Qu'est-ce qui serait nécessaire, utile, aidant ?

4. Les facteurs d'influence

Qu'est-ce qui nuit à une plus grande prise en compte de l'alimentation durable dans votre organisation/profession ? Qu'est-ce qui pourrait la faciliter ?

5. Les stratégies

Quelles sont initiatives qui devraient être développées pour faciliter l'intégration de l'alimentation durable dans votre organisation/profession ? Comment s'assurer que leur mise en place soit un succès ?

6. Les résultats attendus

Avec la mise en place de ces initiatives, qu'est-ce qui changera dans votre organisation/profession ? À quels changements peut-on s'attendre ?

Tableau 2. Description des participants aux entretiens individuels

Variables	Nombre de participants (n = 29)
<i>Genre</i>	
Femmes	26
Hommes	3
<i>Formation initiale</i>	
Nutrition	17
Sciences sociales	7
Sciences infirmières	2
Médecine	3
<i>Affiliation professionnelle principale</i>	
Diététistes-nutritionnistes	5
Professionnel-les de la santé publique	4
Chercheur-es	3
Association environnementale	3
Association de patients	3
Ministère provincial	3
Responsables de services alimentaires	2
Ordre professionnel	2
Médecins	2
Infirmier-ères	1
Représentant-es de l'industrie agroalimentaire	1
<i>Région administrative</i>	
Île-de-Montréal	13
Capitale-Nationale	9
Chaudière-Appalaches	3
Bas-Saint-Laurent	2
Gaspésie	2

Tableau 3. Liste des principaux résultats

<p>THÈME 1. Une volonté claire exprimée par les décideurs politiques : la condition requise à l'intégration de l'AD dans le système de santé</p>
<p><i>Catégorie 1.1. Besoin de directives gouvernementales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'intégration de l'AD dans le système de santé relève de la responsabilité du gouvernement - Des directives permettraient de légitimer les initiatives et d'allouer des budgets - Des directives seraient efficaces puisqu'elles créeraient une obligation aux acteurs concernés - Le changement progressif basé sur les projets pilotes exemplaires présente des limites
<p><i>Catégorie 1.2. Besoin d'un soutien à la transition du système alimentaire québécois</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un plan ambitieux de transition du système alimentaire québécois vers plus de durabilité requis - Ce plan doit être arrimé aux besoins des parties prenantes, réaliste, facile à opérationnaliser, et cohérent avec les différentes politiques déjà existantes des organisations gouvernementales - Les organisations publiques, dont celles du système de santé, ont un rôle d'exemplarité à jouer
<p><i>Catégorie 1.3. Besoin de ressources et d'outils pour une mise en œuvre efficace</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Des ressources financières sont requises pour former, innover et financer les menus durables - Des ressources favoriseraient les échanges et les liens intersectoriels (p. ex. producteurs locaux) - Les ressources sont insuffisantes pour amorcer des projets et intégrer l'AD dans les pratiques
<p><i>Catégorie 1.4. Besoin d'une communication claire, facilitante et inspirante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La vision du gouvernement sur l'AD doit être diffusée à tous les acteurs du système de santé et de façon à en favoriser l'intégration facile et concrète dans les pratiques - L'approche de communication doit être positive, progressive et ne pas être culpabilisante
<p>THÈME 2. La crédibilité des responsables de santé publique pour communiquer sur l'AD</p>
<p><i>Catégorie 2.1. Le rôle clé des acteurs de santé publique en promotion des saines habitudes de vie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils sont en position d'intégrer les concepts d'AD dans les politiques visant la saine alimentation - Ils ont l'expertise pour informer sur l'AD et favoriser l'acceptabilité des initiatives sur ce sujet
<p><i>Catégorie 2.2. Une contribution particulièrement attendue pour l'élaboration d'une définition complète, opérationnelle et commune de l'AD</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La définition de l'AD et de ses composantes n'est pas claire ou bien comprise des parties prenantes - Une définition de l'AD fondée sur les bénéfices escomptés issus des données probantes est requise - Cette définition permettrait de dégager des recommandations précises et de faciliter la priorisation des différentes composantes de l'AD.
<p><i>Catégorie 2.3. Des initiatives de santé publique visant à favoriser un changement culturel</i></p>

- L'importance est de viser le développement à long terme d'une culture de l'AD au Québec et que ces initiatives ne soient pas perçues comme de nouvelles contraintes pour la population

- Une gamme d'actions est disponible pour influencer progressivement les perceptions et les pratiques

Catégorie 2.4. Les préoccupations liées à la disponibilité physique et l'accessibilité financière de l'AD

- Les acteurs de santé publique ne sont pas favorables à instaurer des actions d'information visant l'individu

- La stratégie privilégiée est d'améliorer l'exposition, l'offre et l'accessibilité aux aliments durables

THÈME 3. L'exemplarité des services alimentaires des établissements de santé pour intégrer l'AD

Catégorie 3.1. Le besoin d'une révision des politiques d'approvisionnement

- Des projets exemplaires ont déjà été réalisés dans des services alimentaires du Québec

- Les politiques d'approvisionnement alimentaire occasionnent des contraintes à l'achat d'aliments durables et devraient être révisées et plus flexibles

Catégorie 3.2 Le besoin d'un rehaussement des budgets dédiés aux services alimentaires

- Le budget d'approvisionnement des services alimentaires devrait être rehaussé pour intégrer plus d'aliments durables (p. ex. locaux, biologiques)

Catégorie 3.3. Des défis importants posés par l'approvisionnement durable

- L'offre des producteurs locaux est peu développée et mal adaptée aux besoins des établissements de santé en termes de volume et de conditionnement

- Un travail collaboratif avec les producteurs locaux est requis pour surmonter ces difficultés

- Le temps et la main d'œuvre manquent pour trouver et gérer de nouveaux fournisseurs

- Mieux identifier les produits durables dans l'offre des fournisseurs serait facilitant

- Une définition commune de ce qu'est un produit durable, local ou écoresponsable serait facilitant

Catégorie 3.4. Le besoin d'opportunités d'apprentissage et d'innovations

- Ces acteurs sont motivés à mettre en place des initiatives pour intégrer l'AD dans leurs pratiques

- Des formations, des outils, de l'accompagnement-conseil, du soutien organisationnel sont requis

THÈME 4. La légitimité des professionnels de la santé pour intégrer l'AD à leurs conseils nutritionnels

Catégorie 4.1. Un engagement encore modeste de la part des professionnels de la santé

- Ces acteurs n'accordent pas d'importance à l'AD dans les consultations abordant la nutrition

- Ces acteurs ont un rôle à jouer dans la société, leur institution et auprès de leur clientèle sur l'AD

- Les diététistes-nutritionnistes sont les plus motivé(e)s à aborder l'AD, mais la pratique est peu répandue

- Un soutien institutionnel encourageant d'aborder l'AD dans les consultations serait facilitant

Catégorie 4.2. Des nombreux questionnements quant aux modalités d'intégration de l'AD dans les consultations

- Des patients pourraient ne pas être réceptifs à l'AD et ces conseils ne leur seraient pas appropriés
- Pas d'information sur les modalités concrètes pour aborder ce sujet dans les consultations, auprès de quels patients et pour prioriser des composantes de l'AD
- Un besoin de soutien des ordres professionnels pour l'intégration de l'AD était mentionné

Catégorie 4.3. Des besoins d'activités de formation et d'outils d'enseignement

- Le manque de formation est un frein majeur à l'intégration de l'AD dans la pratique
- Besoin de formations et outils concrets, ludiques, convaincants, basés sur les données probantes
- Les communautés de pratique avec des personnes expérimentées pour aborder l'AD dans les consultations étaient recommandées

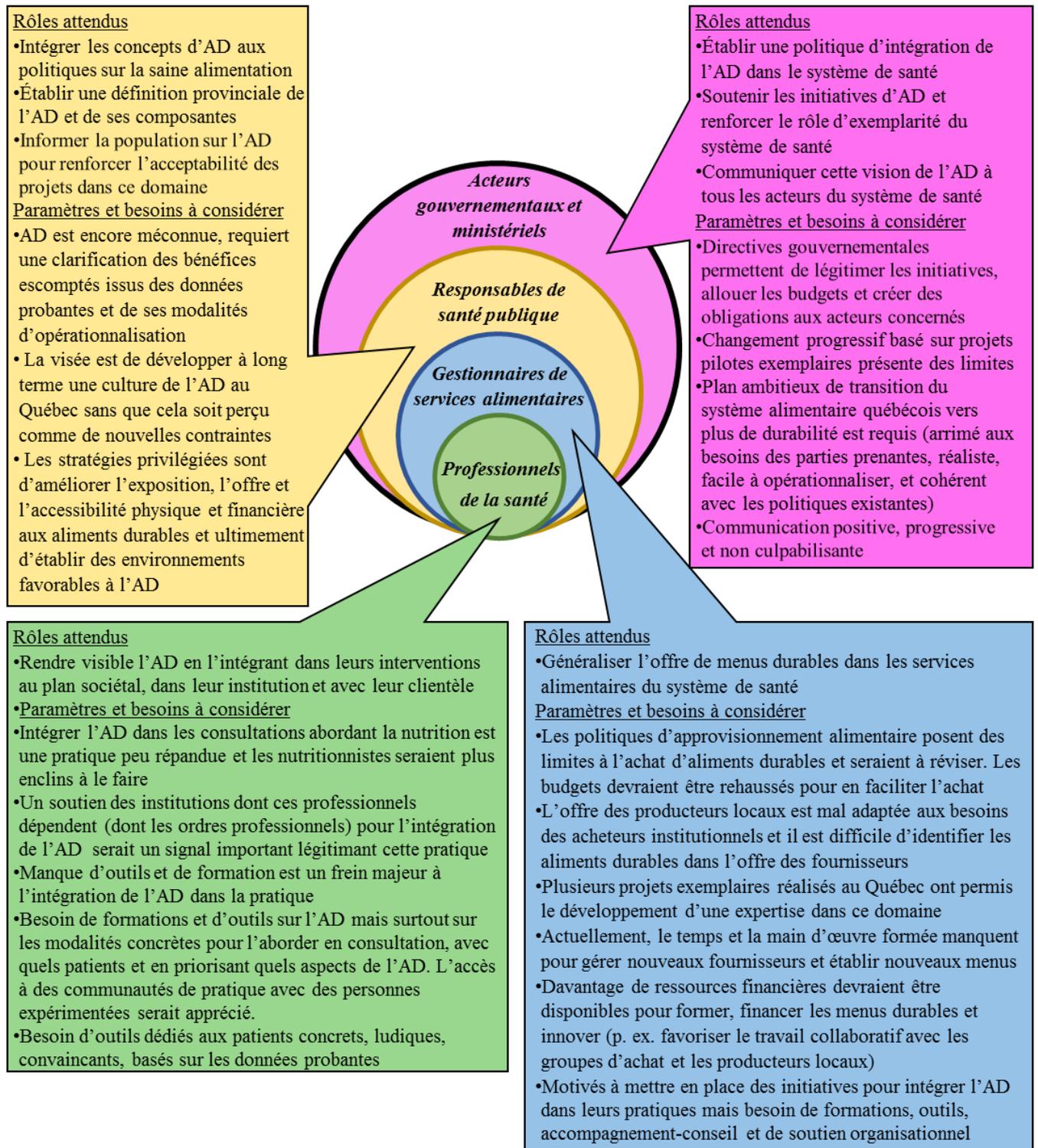
Tableau 4. Principales propositions pour l'intégration de l'alimentation durable dans la pratique des responsables de santé publique, des gestionnaires des services alimentaires et des professionnels de la santé

<p><i>Pour les responsables de santé publique : Établir une stratégie d'intégration de l'AD aux politiques et aux programmes nutritionnels existants</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette stratégie devrait inclure l'élaboration d'une définition de l'AD basée sur les données probantes, d'en clarifier les bénéfices pour le Québec et le Canada. Cela donnera une légitimité aux acteurs souhaitant mettre en place des initiatives dans ce domaine et constituera la référence commune aux différents acteurs du système de santé. • Cette stratégie devrait décrire les modalités d'intégration ou de mise en valeur de l'AD dans les politiques et programmes nutritionnels déjà existants. Des cibles pourraient être établies pour les mises jour des plans d'actions régionaux. La vision sous-tendant cette stratégie devrait être clarifiée (p. ex. favoriser des environnements favorables à l'AD, la transition du système alimentaire sur le long terme) ainsi que les priorités pour y parvenir (p. ex. soutenir des projets pilotes, faciliter l'accessibilité physique et financière à l'AD). Ce plan pourrait inclure de souligner l'AD dans les campagnes de communication nutritionnelles déjà existantes, mais plusieurs avis contradictoires ont été émis à ce sujet. • Ultiment, cela favorisera le développement d'une culture de l'AD au Québec et contribuera aux engagements gouvernementaux en matière de développement durable
<p><i>Pour les gestionnaires des services alimentaires de santé publique : Mettre en place des services d'accompagnement pour l'intégration de l'AD</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces services d'accompagnement peuvent prendre différentes formes (p. ex. formation, mentorat, programme de reconnaissance, communauté de pratique). • Cela inclut différents services (p. ex. analyse des menus, soutien à l'identification et au travail en partenariat avec les producteurs locaux et les groupes d'achat) et outils (répertoires d'aliments durables, recettes durables, algorithmes d'aide à la décision, outil d'optimisation de la tarification des choix durables et de contrôle des coûts, outil d'évaluation de la qualité des aliments et du changement, outils de communication destinés à la clientèle, guide de rédaction d'appels d'offres) • Ces services doivent être accessibles, simples, rapides et particulièrement soutenant pour les services qui en sont à leurs débuts. Ils doivent favoriser un sentiment de compétence et d'appartenance. Ils doivent également donner un bénéfice en termes d'image et valoriser les champions. Des récompenses financières des efforts pourraient être envisagées. • Le roulement des gestionnaires est anticipé par une gestion du changement en équipe.
<p><i>Pour les professionnels de la santé : Élaborer un guide pratique sur l'intégration de l'AD dans les consultations cliniques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour établir ce guide, un groupe de travail devrait étudier l'arrimage des recommandations environnementales aux recommandations de santé à l'aide des données probantes disponibles, mener des études pilotes dans ce domaine pour développer une expertise, et documenter les effets des interventions cliniques suggérées. • Ce guide devrait inclure une définition de l'AD, s'arrimer aux autres outils existants (p. ex. Guide alimentaire Canadien), renseigner sur l'impact de l'AD à l'aide de données probantes, et présenter comment intégrer l'AD dans une consultation, auprès de qui,

quand et les composantes de l'AD à aborder (p. ex. porter des messages positifs, intégrer l'AD dans ses conseils sans nécessairement l'aborder explicitement).

- Ce guide devrait inclure des outils d'enseignement destinés à la clientèle, concrets, ludiques, convaincants et basés sur les données probantes. Ils informeraient sur les pratiques favorables à l'AD, sur ses bénéfices et prendrait en compte les barrières du coût, les déserts alimentaires ainsi que les habitudes alimentaires et culturelles.
- Ce guide devrait être conçu pour faciliter l'intégration de l'AD dans les référentiels de compétences et dans les formations initiales et continues des professionnels de la santé, et en particulier des diététistes-nutritionnistes.
- Un travail préliminaire est donc requis avant que ce guide puisse être endossé par des institutions légitimes (p. ex. ordres professionnels) pour standardiser de nouvelles pratiques.

Figure 1. Cadre conceptuel des facteurs d'intégration de l'alimentation durable dans le système de santé québécois



Références

1. HLPE. *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security*. Rome 2017.
2. Willett W, Rockström J, Loken B, et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*. 2019;393(10170):447-492.
3. Poore J, Nemecek T. Reducing food's environmental impacts through producers and consumers. *Science*. 2018;6392:987-991.
4. Gerber PJ, Steinfeld, H., Henderson, B., Mottet, A., Opio, C., Dijkman, J., Falcucci, A. & Tempio, G.. *Tackling climate change through livestock : a global assessment of emissions and mitigation opportunities*. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO);2013.
5. Ritchie H. Environmental impacts of food production. 2020; <https://ourworldindata.org/environmental-impacts-of-food>. Accessed July, 2020.
6. Heller MC, Selke SEM, Keoleian GA. Mapping the Influence of Food Waste in Food Packaging Environmental Performance Assessments. *Journal of Industrial Ecology*. 2019;23(2):480-495.
7. Bala A, Laso J, Abejón R, Margallo M, Fullana-i-Palmer P, Aldaco R. Environmental assessment of the food packaging waste management system in Spain: Understanding the present to improve the future. *Sci Total Environ*. 2020;702.
8. Erik P, Bernhard W, Victoria H, Manfred T. Assessing the Environmental Sustainability of Food Packaging: An Extended Life Cycle Assessment including Packaging-Related Food Losses and Waste and Circularity Assessment. *Sustainability*. 2019;3:925.
9. Klemeš Ji Jr, Fan YV, Tan RR, Jiang P. Minimising the present and future plastic waste, energy and environmental footprints related to COVID-19. *Renew Sust Energ Rev*. 2020;127.
10. Hale RC, Song B. Single-Use Plastics and COVID-19: Scientific Evidence and Environmental Regulations. *Environ Sci Technol*. 2020;54(12):7034-7036.
11. Sharma HB, Vanapalli KR, Cheela VRS, et al. Challenges, opportunities, and innovations for effective solid waste management during and post COVID-19 pandemic. *Resour Conserv Recycl*. 2020;162.
12. FAO; IFAD; UNICEF; WFP and WHO. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns*. Rome: FAO;2019.
13. The Lancet Global H. Food insecurity will be the sting in the tail of COVID-19. *The Lancet Global health*. 2020;8(6):e737.
14. Devereux S, Béné C, Hoddinott J. Conceptualising COVID-19's impacts on household food security. *Food Secur*. 2020;1-4.
15. Buheji M, da Costa Cunha K, Beka G, et al. The extent of covid-19 pandemic socio-economic impact on global poverty. a global integrative multidisciplinary review. *Am J Econ*. 2020;10(4):213-224.
16. Woodward A, Smith KR, Campbell-Lendrum D, et al. Climate change and health: on the latest IPCC report. *The Lancet*. 2014;383(9924):1185-1189.
17. Woodward A, Porter JR. Food, hunger, health, and climate change. *The Lancet*. 2016;387(10031):1886-1887.
18. Springmann M, Mason-D'Croz D, Robinson S, et al. Global and regional health effects of future food production under climate change: a modelling study. *The Lancet*. 2016;387(10031):1937-1946.

19. Searchinger T, Waite R, Hanson C, Ranganathan J. *Creating a sustainable food future*. World Resources Institute;2019.
20. World Health Organization. Obesity and overweight. 2020; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Accessed July, 2020.
21. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 2019;393(10173):791-846.
22. Ministère de l'environnement et lutte contre les changements climatiques. Agriculture; Impact des activités agricoles sur l'environnement. 2020; http://www.environnement.gouv.qc.ca/milieu_agri/agricole/impacts-activites.htm. Accessed July, 2020.
23. Comité de gestion intégrée des ressources en milieu agricole (COGIRMA). *La biodiversité en milieu agricole au Québec : État des connaissances et approches de conservation*. Ministère des Ressources naturelles et de la Faune, Faune Québec;2010.
24. Commission sur l'avenir de l'agriculture et de l'agroalimentaire québécois. *Agriculture et agroalimentaire québécois : assurer et bâtir l'avenir*. 2008.
25. Ministère de l'environnement et de la lutte contre les changements climatiques. *Inventaire québécois des émissions de gaz à effet de serre en 2017 et leur évolution depuis 1990*. Québec: Ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, Direction générale de la réglementation carbone et des données d'émission;2019.
26. Équiterre. *Les impacts négatifs de notre système alimentaire actuel*. 2007.
27. Équiterre. Pourquoi manger local. n.d.; <https://www.equiterre.org/solution/pourquoi-manger-local>. Accessed July, 2020.
28. Direction générale de la sécurité et du camionnage. *Portrait statistique et économique - Le camionnage au Québec*. Québec: Ministère des transports;2018.
29. Éco Entreprises Québec. La relation des Québécois avec l'emballage : L'importance des critères environnementaux dans les habitudes de consommation de produits d'achat courant. 2015; <https://www.eeq.ca/la-relation-des-quebecois-avec-lemballage-limportance-des-criteres-environnementaux-dans-les-habitudes-de-consommation-de-produits-dachat-courant/>. Accessed July, 2020.
30. Gouvernement du Canada. *Portrait sectoriel du Québec 2018-2020 : Agriculture : cultures agricoles, élevage et aquaculture*. Guichet-Emplois;2018.
31. Meloche. J-P, Debailleul. G. *Acquisition des terres agricoles par des non agriculteurs au Québec; Ampleur, causes et portée du phénomène*. Montréal: Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations;2013.
32. Institut national de santé publique du Québec. *Accessibilité géographique aux commerces alimentaires au Québec : analyse de situation et perspectives d'interventions*. 2013.
33. Institut national de santé publique du Québec. *Inégalités sociales de santé - Insécurité alimentaire dans les ménages*. 2018.
34. Ministère de la santé et des services sociaux. Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec. 2018; <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/evolution-de-la-population-touchee-par-l-obesite/>. Accessed July, 2020.
35. HLPE. *Food Losses and Waste in the Context of Sustainable Food Systems. A Report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security*. Rome2014.

36. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). *Sustainable Diets and Biodiversity: Directions and solutions for policy, research and action*. Rome 2012.
37. Fischer CG, Garnett T. *Plates, pyramids, and planets: developments in national healthy and sustainable dietary guidelines: a state of play assessment*. Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2016.
38. Harmon A, Lapp JL, Blair D, Hauck-Lawson A. Teaching food system sustainability in dietetic programs: Need, conceptualization, and practical approaches. *J Hunger Environ Nutr*. 2011;6(1):114-124.
39. Rose D, Heller MC, Roberto CA. Position of the Society for Nutrition Education and Behavior: the importance of including environmental sustainability in dietary guidance. *J Nutr Educ Behav*. 2019;51(1):3-15. e11.
40. Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff E. A Global Review of Food-Based Dietary Guidelines. *Adv Nutr*. 2019;10(4):590-605.
41. Santé Canada. *Guide Alimentaire Canadien 2019*. Ottawa: Santé Canada; 2019.
42. Dyal JW. *COVID-19 Among Workers in Meat and Poultry Processing Facilities—19 States, April 2020*. MMWR. Morbidity and mortality weekly report;2020.
43. Weersink A, Massow M, McDougall B. Economic thoughts on the potential implications of COVID-19 on the Canadian dairy and poultry sectors. *Can J Agric Econ*. 2020;68(2):195-200.
44. Jones AD, Hoey L, Blesh J, Miller L, Green A, Shapiro LF. A Systematic Review of the Measurement of Sustainable Diets. *Adv Nutr*. 2016;7(4):641-664.
45. Wickramasinghe K, Scarborough P, Goldacre M, Rayner M. Defining sustainable diets by comparing greenhouse gas emissions from different food groups: a systematic review. *The Lancet*. 2013;382.
46. Environnement et Changement climatique Canada. *Indicateurs canadiens de durabilité de l'environnement : Progrès vers la cible de réduction des émissions de gaz à effet de serre du Canada*. Gatineau: Gouvernement du Canada;2020.
47. Garnett T. Food sustainability: problems, perspectives and solutions. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 2013;72(1):29-39.
48. Alexander P, Brown C, Arneith A, Finnigan J, Moran D, Rounsevell MDA. Losses, inefficiencies and waste in the global food system. *Agric Syst*. 2017;153:190-200.
49. Food and Agriculture Organisation of the United Nations (FAO). *Global food losses and food waste: Extent, causes and prevention*. 2011.
50. Kummu M, de Moel H, Porkka M, Siebert S, Varis O, Ward PJ. Lost food, wasted resources: global food supply chain losses and their impacts on freshwater, cropland, and fertiliser use. *Sci Total Environ*. 2012;438:477-489.
51. Drewnowski A. Healthy diets for a healthy planet. *The American journal of clinical nutrition*. 2014;99(6):1284-1285.
52. Masset G, Vieux F, Verger EO, Soler L-G, Touazi D, Darmon N. Reducing energy intake and energy density for a sustainable diet: a study based on self-selected diets in French adults. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(6):1460-1469.
53. Aleksandrowicz L, Green R, Joy EJ, Smith P, Haines A. The Impacts of Dietary Change on Greenhouse Gas Emissions, Land Use, Water Use, and Health: A Systematic Review. *PloS one*. 2016;11(11):e0165797.
54. Clune S, Crossin E, Verghese K. Systematic review of greenhouse gas emissions for different fresh food categories. *Journal of Cleaner Production*. 2017;140:766-783.
55. Kreslake JM, Sarfaty M, Roser-Renouf C, Leiserowitz AA, Maibach EW. The Critical Roles of Health Professionals in Climate Change Prevention and Preparedness. *Am J Public Health*. 2018;108(S2):S68-S69.

56. Carlsson L, Callaghan E, Broman G. How Can Dietitians Leverage Change for Sustainable Food Systems in Canada? *Canadian journal of dietetic practice and research : a publication of Dietitians of Canada = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en dietetique : une publication des Dietetistes du Canada*. 2019;80(4):164-171.
57. Dietitians of Canada. *Dietary Guidance and Food Guide Consultation, Phase 1- Feedback from Dietitians of Canada*. 2016.
58. Canadian Federation of Nurses Unions (CFNU). *Climate change and health : It's time for nurses to act*. Ottawa2019.
59. Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization. *Sustainable healthy diets - Guiding principles*. Rome2019.
60. EAT-Lancet Commission. *EAT-Lancet Commission brief for Healthcare Professionals*. Stockholm: EAT-Lancet Commission;2019.
61. Sulda H, Coveney J, Bentley M. An investigation of the ways in which public health nutrition policy and practices can address climate change. *Public health nutrition*. 2010;13(3):304-313.
62. Carino S, Porter J, Malekpour S, Collins J. Environmental Sustainability of Hospital Foodservices across the Food Supply Chain: A Systematic Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2020;120(5):825-873.
63. Wilson ED, Garcia AC. Environmentally friendly health care food services: a survey of beliefs, behaviours, and attitudes. *Canadian journal of dietetic practice and research : a publication of Dietitians of Canada = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en dietetique : une publication des Dietetistes du Canada*. 2011;72(3):117-122.
64. Dauner K, LaCaille L, Schultz J, et al. Implementing Healthy and Sustainable Food Practices in a Hospital Cafeteria: A Qualitative Look at Processes, Barriers, and Facilitators of Implementation. *J Hunger Environ Nutr*. 2011;6:264-278.
65. Montague J, Wilcox J, Harmon AH. Sustainable hospital food service: restoring health and prosperity to rural Montana. *Austin J Nutri Food Sci*. 2014;2(2).
66. Lollar D, Hartman B, O'Neil C, et al. Healthy Land, Healthy People: Building a Better Understanding of Sustainable Food Systems for Food and Nutrition Professionals: A Primer on Sustainable Food Systems and Emerging Roles for food and Nutrition Professionals. 2007.
67. Ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation. *Plan d'action de développement durable 2015-2020*. Gouvernement du Québec;2018.
68. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action de développement durable 2016-2020*. Gouvernement du Québec;2017.
69. Ministère de l'agriculture des pêcheries et de l'alimentation. *Cadre de référence pour l'achat d'aliments dans le marché institutionnel*. Québec: Gouvernement du Québec;2018.
70. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées*. Québec: Gouvernement du Québec 2009, revu en 2020.
71. Gouvernement du Québec. Loi sur le développement durable chapitre D-8.1.1. 2020; <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/D-8.1.1.pdf>. Accessed July, 2020.
72. Guillaumie L, Boiral O, Baghdadli A, Mercille G. Integrating sustainable nutrition into health-related institutions: A systematic review of the literature. *Can J Public Health*. 2020;accepted.

73. Kimmons J, Jones S, McPeak HH, Bowden B. Developing and Implementing Health and Sustainability Guidelines for Institutional Food Service. *Advances in nutrition (Bethesda, Md)*. 2012;3(3):337-342.
74. Kennedy EH, Beckley TM, McFarlane BL, Nadeau S. Why we don't "walk the talk": Understanding the environmental values/behaviour gap in Canada. *Human Ecology Review*. 2009:151-160.
75. Heidelberger L, Smith C, Robinson-O'Brien R, Earthman C, Robien K. Registered Dietitian Nutritionists' Perspectives on Integrating Food and Water System Issues into Professional Practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2017;117(2):271-277.
76. Fontaine N, Jouis S, Martin A, Otis F. *L'agriculture urbaine, Guide de bonnes pratiques sur la planification territoriale et le développement durable*. Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation, coll. «Planification territoriale et développement durable»;2020.
77. Huang E, Gregoire MB, Tangney C, Stone MK. Sustainability in Hospital Foodservice. *Journal of Foodservice Business Research*. 2011;14(3):241-255.
78. Wegener J, Seasons M, Raine KD. Shifting from vision to reality: Perspectives on regional food policies and food system planning barriers at the local level. *Canadian Journal of Urban Research*. 2013;22(1):93-112.
79. Raison B, Scheer SD. Potential of local food use in the Ohio health care industry: An exploratory study. *J Agric Food Syst Community Dev*. 2015;5(3):131–147-131–147.
80. Robinson R, Smith C. Integrating issues of sustainably produced foods into nutrition practice: A survey of Minnesota Dietetic Association members. *J Am Diet Assoc*. 2003;103(5):608-611.
81. Lemay J-F. *Étude de cas sur l'approvisionnement en fruits et légumes locaux dans les établissements de santé au Québec*. Équiterre;2013.
82. Dagenais B. *The adoption of sustainable menu practices in healthcare institutions in Quebec: a study of feasibility*. Montréal: Nutrition, Université de Montréal; 2019.
83. Landman K, Blay-Palmer A, Kornelsen S, et al. Models and best practices for building effective local food systems in Ontario. *Report prepared for OMAFRA*. 2009.
84. Boulianne M, Bissardon P, Bach R. *Vers une alimentation territorialisée et durable. Le système alimentaire de la grande région de Québec, de la production agricole à la gestion des résidus : enjeux, questions, portrait. Rapport de recherche*. Québec: Université Laval;2019.
85. Marshall MN. The key informant technique. *Fam Pract*. 1996;13(1):92-97.
86. Kendall M, Murray SA, Carduff E, et al. Use of multiperspective qualitative interviews to understand patients' and carers' beliefs, experiences, and needs. *BMJ*. 2009;339(oct14 3):b4122.
87. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assess*. 1998;2(16):1-274.
88. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002.
89. Miles M, Huberman A, Saldaña J. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2013.
90. Creswell JW. *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2013.
91. Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.

92. Irvine A, Drew P, Sainsbury R. 'Am I not answering your questions properly?' Clarification, adequacy and responsiveness in semi-structured telephone and face-to-face interviews. *Qual Res.* 2013;13(1):87-106.
93. Stephens N. Collecting data from elites and ultra elites: telephone and face-to-face interviews with macroeconomists. *Qual Res.* 2007;7(2):203-216.
94. W.K. Kellogg Foundation. *Logic Model Development Guide.* Michigan: W.K. Kellogg Foundation;2004.
95. Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers.* Thousand Oaks: SAGE Publications; 2009.
96. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* 2nd ed. Paris: Armand Colin; 2003.
97. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-357.
98. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res.* 1999;34(5 Pt 2):1189-1208.
99. Ogbeide GCA, Harrington RJ. The relationship among participative management style, strategy implementation success, and financial performance in the foodservice industry. *Int J Contemp Hospit Manag.* 2011.
100. Bommert B. Collaborative innovation in the public sector. *Int Public Manag J.* 2010;11(1):15-33.
101. Bilodeau A, Allard D, Francoeur D, Chabot P. L'exigence démocratique de la planification participative: le cas de la santé publique au Québec. *Nouvelles pratiques sociales.* 2004;17(1):50-65.
102. Ballet M, Dotsey CK, Martin D. *La coopération entre élus et porteurs d'initiatives au service d'une alimentation durable et locale, Le cas de la Communauté de Communes du Pays de Bourgueil.* France: École d'ingénieurs polytechnique, Université de Tours; 2015.
103. Van den Hove S. *Approches participatives pour la gouvernance en matière de développement durable: une analyse en termes d'effets.* Bâle/Geneva/Munich: Helbing & Lichtenhahn; 2001.
104. Bérard C. Les démarches participatives en matière de politiques publiques: le cas de la propriété intellectuelle des innovations biotechnologiques. *Politiques et management public.* 2013;30(1):51-73.
105. Khan AR. Policy implementation: Some aspects and issues. *Journal of Community Positive Practices.* 2016(3):3-12.
106. Mthethwa R. Critical dimensions for policy implementation. *AJPA.* 2012.
107. Nourish - The future of food in health care. n.d.; <https://www.nourishhealthcare.ca/>. Accessed July, 2020.
108. Ministère du Développement durable de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. *Plan d'action de développement durable 2015-2020.* Québec: Gouvernement du Québec;2015.
109. Deschamps E. L'état exemplaire : slogan ou nouveau principe ? *RFAP.* 2012;143(3):829-845.
110. Ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation. *Stratégie de positionnement des aliments du Québec sur le marché institutionnel.* Québec: Gouvernement du Québec 2013.
111. Ministère du Développement durable de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. *Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020.* Québec: Gouvernement du Québec;2015.

112. Worsley A, Droulez V, Ridley S, Wang W. Dietitians' Interests in Primary Food Production: Opportunities for Greater Involvement in the Promotion of Environmental Sustainability. *J Hunger Environ Nutr.* 2014;9(1):64-80.
113. Wegener J, Fong D, Rocha C. Education, practical training and professional development for public health practitioners: a scoping review of the literature and insights for sustainable food system capacity-building. *Public health nutrition.* 2018;21(9):1771-1780.
114. Innes S, Shephard K, Furnari M, et al. Greening the Curriculum to Foster Environmental Literacy in Tertiary Students Studying Human Nutrition. *J Hunger Environ Nutr.* 2018;13(2):192-204.
115. Granvik M, Joosse S, Hunt A, Hallberg I. Confusion and Misunderstanding— Interpretations and Definitions of Local Food. *Sustainability.* 2017;9(11).
116. Gustafson D, Gutman A, Leet W, Drewnowski A, Fanzo J, Ingram J. Seven Food System Metrics of Sustainable Nutrition Security. *Sustainability.* 2016;8(3).
117. Chaudhary A, Gustafson D, Mathys A. Multi-indicator sustainability assessment of global food systems. *Nat Commun.* 2018;9(1):848.
118. Testa F, Boiral O, Iraldo F. Internalization of Environmental Practices and Institutional Complexity: Can Stakeholders Pressures Encourage Greenwashing? *J Bus Ethics.* 2018;147(2):287-307.
119. Laufer WS. Social Accountability and Corporate Greenwashing. *Journal of Business Ethics.* 2003;43(3):253-261.
120. Delmas MA, Burbano VC. The Drivers of Greenwashing. *California Management Review.* 2011;54(1):64-87.
121. Programme des Nations Unies pour l'environnement. *Directives relatives à la fourniture d'informations sur la durabilité des produits.* 2017.
122. Ministère de l'environnement et de la lutte contre les changements climatiques. Consultez le Répertoire des écoétiquettes. n.d.; <http://www.environnement.gouv.qc.ca/developpement/ecoetiquette/index.asp>. Accessed July, 2020.
123. Aji HM, Sutikno B. The Extended Consequence of Greenwashing: Perceived Consumer Skepticism. *IJBI.* 2015;10(5).
124. Grunert KG. Sustainability in the Food Sector: A Consumer Behaviour Perspective. *Int J Food System Dynamics.* 2011;2(3):207-218.
125. Environnement et Changement climatique Canada. *Bilan des activités : Réduire la perte et le gaspillage alimentaire au Canada.* Gatineau: Gouvernement du Canada;2019.
126. Ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation. *Politique bioalimentaire 2018-2025 Alimenter notre monde* Québec: Gouvernement du Québec 2018.
127. Ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation. *Plan d'action 2018-2023 Pour la réussite de la politique bioalimentaire* Québec: Gouvernement du Québec 2020.
128. La Tablée des Chefs. Histoire. n.d.; <https://www.tableedeschefs.org/fr/histoire/>. Accessed July, 2020.
129. Semaine québécoise de réduction des déchets. n.d.; <https://sqrd.org/>. Accessed July, 2020.
130. J'aime manger pas gaspiller Canada. J'aime manger pas gaspiller Canada. 2018; <https://lovefoodhatewaste.ca/fr/a-propos/jaime-manger-pas-gaspiller-canada/>. Accessed July, 2020.
131. Agriculture et Agroalimentaire Canada. *Politique alimentaire pour le Canada; Tout le monde à table.* Gouvernement du Canada;2019.
132. The Monday Campaigns. About Meatless Monday. n.d.; <https://www.mondaycampaigns.org/meatless-monday/about>. Accessed July, 2020.

133. SV Group. One Two We : Portrait. n.d.; <https://www.one-two-we.ch/fr/onetwowe/#!portrait>. Accessed July, 2020.
134. Ministère de la santé et des services sociaux. Vision de la saine alimentation : L'environnement alimentaire. 2017; <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/promotion-de-la-sante/vision-de-la-saine-alimentation/l-environnement-alimentaire/>. Accessed July, 2020.
135. Ministère de la santé et des services sociaux. *Vision de la saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé*. Gouvernement du Québec;2010.
136. Hansen PG, Skov LR, Skov KL. Making Healthy Choices Easier: Regulation versus Nudging. *Annual review of public health*. 2016;37:237-251.
137. Hansen PG, Schilling M, Malthesen MS. Nudging healthy and sustainable food choices: three randomized controlled field experiments using a vegetarian lunch-default as a normative signal. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2019.
138. Vandebroele J, Vermeir I, Geuens M, Slabbinck H, Van Kerckhove A. Nudging to get our food choices on a sustainable track. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 2020;79(1):133-146.
139. Masset G, Soler LG, Vieux F, Darmon N. Identifying sustainable foods: the relationship between environmental impact, nutritional quality, and prices of foods representative of the French diet. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114(6):862-869.
140. Goulding T, Lindberg R, Russell CG. The affordability of a healthy and sustainable diet: An Australian case study. *BMC*. 2020.
141. Barosh L, Friel S, Engelhardt K, Chan L. The cost of a healthy and sustainable diet--who can afford it? *Aust N Z J Public Health*. 2014;38(1):7-12.
142. Hirvonen K, Bai Y, Headey D, Masters WA. Affordability of the EAT–Lancet reference diet: a global analysis. *Lancet Glob Health*. 2020;8(1):e59-e66.
143. Macdiarmid JI, Kyle J, Horgan GW, et al. Sustainable diets for the future: Can we contribute to reducing greenhouse gas emissions by eating a healthy diet? *The American journal of clinical nutrition*. 2012;96(3):632-639.
144. Sabaté J, Harwatt H, Soret S. Environmental Nutrition: A New Frontier for Public Health. *American journal of public health*. 2016;106(5):815-821.
145. Graham H, White PCL. Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives. *Public Health*. 2016;174:270-278.
146. Ordre professionnel des diététistes du Québec. *Guide des compétences professionnelles*. 2017.
147. Dietitians of Canada. Sustainable Food Systems. 2020. Accessed July, 2020.
148. M.L. Li A. Health Promotion of Sustainable Diets: Key for Obesity Epidemic and Environmental Sustainability. *J Nutr Health Food Eng*. 2016;4(2).
149. Fischer CG, Garnett T. *Plates, pyramids, and planets: Developments in national healthy and sustainable dietary guidelines: a state of play assessment*. Food and Agriculture Organization of the United Nations and The Food Climate Research Network at The University of Oxford;2016. 9251092222.
150. Food and Agriculture Organisation of the United Nations. Food-based dietary guidelines - Denmark. n.d.; <http://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/countries/denmark/en/>. Accessed July, 2020.
151. University of California San Francisco - Office of Sustainability. Greening the Health System - Resource Library. n.d.; https://sustainability.ucsf.edu/greening_the_health_system/resource_library. Accessed July, 2020.

152. One Blue Dot. *Eating patterns for health and environmental sustainability : A reference guide for dietitians*. British Dietetic Association;2018.
153. Wyatt M, Martinez C, Pope B, et al. Sustainable diets: Understanding nutrition educator perceptions. *FASEB J*. 2015;29(1).
154. Nourrir la santé - L'avenir de l'alimentation dans les soins de santé. Transformer les repas dans les hôpitaux du point de vue de la durabilité. 2018; <https://www.nourishhealthcare.ca/blogue/2018/7/17/transformer-les-repas-dans-les-hopitaux-du-point-de-vue-de-la-durabilit>. Accessed July, 2020.
155. Équiterre. Les institutions mangeront local encore en septembre! 2020; <https://www.equiterre.org/actualite/les-institutions-mangeront-local-encore-en-septembre>. Accessed July, 2020.
156. Alimens du Québec au menu. Aliments du Québec au menu : Institution. n.d.; <https://alimentsduquebecaumenue.com/en-institution/le-programme/>. Accessed July, 2020.
157. Équiterre. Des aliments locaux et bio au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM). n.d.; <https://www.equiterre.org/des-aliments-locaux-et-bio-au-centre-hospitalier-universitaire-de-montreal-chum>. Accessed July, 2020.
158. Ministère de la santé et des services sociaux. *Fiche descriptive d'une initiative en développement durable, Le développement durable du Délipapilles CHU Sainte-Justine*. Québec: Gouvernement du Québec;2019.
159. CHU de Québec. *Politique alimentaire du CHU de Québec*. 2013.
160. Dagenais B, Guillaumie L, Mercille G. Les interventions et politiques visant l'intégration de l'alimentation durable dans l'offre alimentaire des établissements de santé : Une recension des écrits. Rencontre d'échanges sur un plan d'action québécois de promotion de l'alimentation durable dans les organisations de santé. Montréal: Université de Montréal; 21 octobre 2019.