

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Analyse qualitative de l'adoption d'un comportement de santé en faveur du One Health parmi les habitants du Brabant Wallon : l'alimentation en circuit court."

Auteur : Kemp, Pauline

Promoteur(s) : Antoine-Moussiaux, Nicolas

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/22645>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Analyse qualitative de l'adoption
d'un comportement de santé
en faveur du « One Health »
parmi les habitants du Brabant Wallon :
l'alimentation en circuit court**

Mémoire présenté par **Pauline Kemp**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Praticien de Santé Publique
Année académique 2024 - 2025

Analyse qualitative de l'adoption
d'un comportement de santé
en faveur du « One Health »
parmi les habitants du Brabant Wallon :
l'alimentation en circuit court

Mémoire présenté par **Pauline Kemp**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Praticien de Santé Publique
Année académique 2024 - 2025

Promoteur : **Antoine-Moussiaux Nicolas**
Chargé de cours, ULiège

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude pour cette opportunité d'explorer une problématique aussi vaste que l'alimentation. Ce défi m'a poussée à aller à la rencontre d'experts et de personnes engagées qui, chacune à leur manière, contribuent à la santé de tous. Je pense particulièrement à Monsieur Moussiaux, qui m'a sensibilisée au concept « One Health ». Dès ma première année master, et encore cette année, il m'a appris à penser la santé autrement, à adopter une approche systémique. Ce travail a éveillé en moi l'ambition de contribuer à la reconstruction de systèmes plus résilients.

À toutes ces personnes qui m'ont accueillie dans leur maison, qui ont généreusement offert de leur temps et partagé leurs savoirs, merci. Aux experts qui m'ont challengée, merci de m'avoir ouvert à certains angles d'une problématique aussi vaste. Cette expérience m'a formée à être chercheuse, à creuser les perspectives des bénéficiaires, des acteurs et des experts. J'ai compris que la collaboration est clé pour cheminer vers des solutions. Merci à Monsieur Voz, expert en promotion de la santé et en analyse qualitative, pour son accompagnement précieux dans la structuration de mes résultats et de ma discussion.

À toutes celles et ceux qui m'ont soutenue dans cette recherche. Merci de m'avoir permis de ne pas voir le monde uniquement sous l'angle de la fatalité. Je suis convaincue que toute découverte naît d'une remise en question portée par celles et ceux qui ont osé penser autrement. Ces deux années ont éveillé en moi une conscience face à des enjeux que je croyais déjà comprendre. A travers les rencontres, les lectures et les événements, j'ai été constamment bousculée. Chaque fois que je pensais avoir trouvé une direction, quelque chose venait la remettre en question. Ce cheminement a été traversé de doutes, d'ajustements, de réflexions nouvelles. C'est pourquoi finalement je dois remercier ma famille et ma maman qui ont cultivé en moi cette sensibilité pour la nature. Mes grands-parents, braves fermiers, qui m'ont transmis les valeurs du respect du vivant. À mon grand-père, désormais retourné à la terre qui l'a vu naître, qu'il a cultivée et aimée. Ce qu'il a semé, dans la terre et en nous, est en train de germer.

Merci à tous ceux qui ont croisé mon chemin pendant cette aventure.

Résumé

Introduction : Dans un contexte marqué par l'érosion des écosystèmes et les impacts sanitaires des régimes alimentaires occidentaux, ce mémoire s'intéresse à l'alimentation locale comme comportement de santé. L'approche One Health invite à penser la santé humaine, animale et environnementale comme interdépendantes. Le cadre conceptuel québécois des déterminants de santé et le modèle HAPA permettent d'interroger les motivations et obstacles au changement de comportement alimentaire. Cette recherche s'inscrit dans les objectifs du Plan Wallon de Prévention et de Promotion de la Santé (WAPPS), notamment dans l'axe visant à promouvoir une alimentation durable, de proximité et accessible.

Méthode : Dans cette étude qualitative, les entretiens semi-directifs ont été menés selon un guide d'entretien structuré autour des processus motivationnels et volitifs du modèle HAPA. L'analyse a suivi une démarche inductive et itérative selon les principes de Lejeune.

Résultats : Cette étude menée auprès de 11 habitants du Brabant wallon ayant adopté une alimentation principalement issue des circuits courts révèle que l'intention de changer émerge d'une prise de conscience liée à des enjeux de santé, écologiques, sociaux ou éthiques. L'auto-efficacité, la cohérence avec les valeurs, la perception des résultats (physiques, sociaux, émotionnels), et l'environnement favorable sont déterminants pour la mise en action et son maintien. Manger local est aussi perçu comme un levier citoyen et politique. Toutefois, ce comportement s'accompagne d'obstacles tels que la charge mentale, l'organisation familiale, le coût, le manque de temps ou encore l'offre limitée. La pression environnementale, les logiques de marché et les inégalités sociales influencent ces comportements, illustrant la nécessité de politiques publiques structurelles et cohérentes.

Conclusion : L'adoption d'une alimentation locale ne répond pas uniquement à un souci de santé personnelle mais s'inscrit dans une vision plus large de la santé du vivant. Ce mémoire montre la pertinence d'aborder la santé publique dans une logique systémique. Il propose de réorienter les politiques vers la promotion de la santé, tout en prenant en compte les attentes exprimées par les citoyens. Dans un contexte où des transformations sont devenues nécessaires, l'alimentation locale a été mobilisée ici comme objet d'analyse pour interroger les dynamiques de changement de comportement en santé.

Mots-clés : alimentation locale ; comportement de santé ; One Health ; déterminants sociaux ; promotion de la santé

Abstract

Introduction: In a context marked by ecosystem degradation and the health impacts of Western dietary patterns, this study focuses on local food consumption as a health behavior. The One Health approach invites us to consider human, animal, and environmental health as interdependent. The Quebec framework of health determinants and the HAPA model makes it possible to explore the motivations and barriers to dietary behavior change. This research aligns with the goals of the Walloon Plan for Health Prevention and Promotion (WAPPS), and its axis aiming to promote sustainable, local, and accessible food.

Method: In this qualitative study, semi-structured interviews were guided by an interview guide structured around the motivational and volitional processes of the HAPA model. The analysis followed an inductive and iterative approach based on Lejeune's principles.

Results: This study, conducted with 11 residents of Walloon Brabant who have adopted a diet primarily based on short food supply chains, reveals that the intention to change stems from a growing awareness of health, ecological, social, or ethical issues. Self-efficacy, alignment with personal values, perceived outcomes (physical, social, emotional), and a supportive environment are key determinants for initiating and maintaining change. Eating local is also perceived as a civic and political lever. However, this behavior is accompanied by obstacles such as mental load, family organization, cost, lack of time, and limited availability. Environmental pressure, market dynamics, and social inequalities influence these behaviors, underscoring the need for structural and coherent public policies.

Conclusion: Adopting a local food diet is not only a matter of personal health but reflects a broader vision of the health of all living beings. This thesis highlights the relevance of addressing public health through a systemic lens. It calls for reorienting policies toward health promotion, while also considering the expectations expressed by citizens. In a context where transformations have become necessary, local food has been used here as an analytical lens to explore the dynamics of health behavior change.

Keywords: local food, health behavior, One Health, social determinants, health promotion

Engagement de non-plagiat



Je soussignée Kemp Pauline

Matricule étudiant : s2307840

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement consciente que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kemp Pauline'.

Fait le 13.05.2025, Signature :

Ajout personnel concernant l'utilisation de l'intelligence artificielle :

Dans le cadre de la rédaction du présent mémoire, j'ai eu recours, de manière ponctuelle et réfléchie, à des outils d'intelligence artificielle (IA) exclusivement à des fins de reformulation, de résumé ou de traduction de documents. Cette utilisation a été réalisée en pleine connaissance des implications éthiques, méthodologiques et juridiques liées à ces technologies. Aucun contenu n'a été généré par l'IA. Par ailleurs, conformément au cours de méthodologie, aucun transfert de données personnelles ou sensibles n'a été effectué, dans le strict respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD). L'usage de l'IA a été limité au strict nécessaire, avec une attention particulière portée à la formulation des requêtes (prompts).

Listes des abréviations :

AUT	Aliments Ultra-Transformés
Apaq-W	L'Agence Wallonne pour la promotion d'une agriculture de qualité
FAO	L'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture
GES	Gaz à Effet de Serre
HAPA	The Health Action Process Approach Modèle du processus d'action de santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
WAPPS	Plan Wallon de Prévention et Promotion de la Santé

Table des matières

1. <i>Préambule</i>	1
2. <i>Introduction</i>	2
2.1 La promotion de la santé en Wallonie.....	2
2.2 L'alimentation, une condition préalable à la santé	2
2.3 Cadre conceptuel	3
2.4 Angle problématique : le concept « One Health »	4
2.4.1 Santé humaine	5
2.4.2 L'environnement et l'humain.....	5
2.4.3 L'animal, le végétal et l'humain.....	6
2.5 Vers une alimentation en cohérence avec le « One Heath »	7
2.5.1 Le régime occidental	7
2.5.2 Les écosystèmes et la santé humaine.....	7
2.5.3 Repenser le système alimentaire.....	8
2.5.4 Question de recherche	9
2.5.5 Objectif principal	9
2.5.6 Objectifs secondaires	9
3. <i>Méthode</i>	10
3.1 Type d'étude	10
3.2 Caractéristiques de la population étudiée	10
3.3 Échantillon	10
3.3.1 Les critères d'inclusion et d'exclusion :	10
3.3.2 Méthode d'échantillonnage.....	10

3.4	Paramètres étudiés.....	11
3.5	Outils de collecte des données	12
3.6	Cadre éthique et légal	12
3.7	Organisation et planification de la collecte des données	13
3.8	Traitement des données et méthodes d'analyse	13
4.	Résultats	14
4.1	Présentation de l'échantillon.....	14
4.2	Présentation des catégories analytiques	16
4.2.1	De la prise de conscience à l'action : percevoir les écosystèmes	16
4.2.2	Un engagement citoyen pour des transformations politiques	19
4.2.3	Réorganisation des priorités : équilibre entre valeurs et gestion du quotidien	20
4.2.4	L'éducation comme levier de compréhension et de changement.....	22
4.2.5	Environnement favorable à la santé : le rôle des influences	23
5.	Discussion.....	29
5.1	Retour sur le cadre conceptuel	29
5.2	Émergence d'un déclencheur à l'action	30
5.3	Axe 1 : Élaborer des politiques publiques qui permettent de favoriser des conditions favorables à des choix de santé	30
5.4	Axe 2 : Développer les aptitudes individuelles (informer et éduquer) pour permettre à chacun de faire des choix raisonnés.....	31
5.5	Axe 3 : Créer un environnement (milieux de vie, de travail, de loisirs) sûr et soutenant	32
5.6	Axe 4 : Renforcer l'action communautaire (impliquer les individus dans des décisions de santé)	33
5.7	L'analyse des biais, des limites, des forces et perspectives	34
5.8	Conclusion	35
6.	Bibliographie.....	36
7.	Annexe.....	41
	Guide d'entretien :	41
	Poster de recrutement :	46
	Formulaire de consentement éclairé :	47
	Réponse du comité d'éthique :	51
	Réponse du MSSS (Québec) pour l'utilisation du Cadre conceptuel :	52

Table des tableaux

Tableau 1 : Paramètres étudiés du modèle HAPA	11
Tableau 2: Analyse des verbatims selon Lejeune.....	14
Tableau 3 : Données sociodémographiques des participants.....	15

Table des figures

Figure 1 : Modèle de processus d'action en santé ¹ (11)	3
Figure 2 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (13)	4
Figure 3 : Les éléments de bascule qui régulent l'état de la planète et leurs interactions ² (16)	5

¹ Traduction du titre original : « Health action process approach »

² Traduction et version abrégée du titre original : « Tipping elements central in regulating the state of the planet, and identified interactions among them that, for humanity, could cause serious cascading effects and even challenge planetary stability (based on Steffen et al. 2018; Lenton et al. 2019). In addition, ocean acidification, deoxygenation, tropical cyclones, ocean heat waves, and sea level rise are challenging human wellbeing (Pörtner et al. 2019) »

1. Préambule

Une ergothérapeute n'isole jamais un patient de son environnement. Dès la formation, il nous est enseigné que toute prise en charge pertinente doit s'appuyer sur une anamnèse approfondie. Cette démarche vise à nourrir une vision holistique du patient, soutenue par des modèles théoriques. Les déterminants de santé peuvent agir comme des leviers ou, au contraire, comme des obstacles. Au fil de mes stages s'est imposé le besoin d'élargir mon champ d'action : ne plus accompagner mais prévenir. Lors de mon année diplômante, un cours consacré aux liens entre crises climatiques et santé a profondément marqué mon parcours. J'ai décidé de poursuivre mes études à l'Université de Liège afin de pouvoir combiner deux options qui m'étaient essentielles : la santé environnementale et la promotion de la santé.

Lors de ma première année de master, le concept « One Health » a été présenté avec l'exemple frappant de l'émergence du virus Nipah. Il illustre la manière dont une altération de l'environnement, en l'occurrence la déforestation, peut causer une menace majeure pour la santé des humains. Cela montre l'indissociabilité de l'Homme et de son environnement (1). J'ai découvert les conséquences dramatiques d'un bouleversement écosystémique et l'impact de nos modes de production. Notre consommation alimentaire s'est éloignée de la terre et des connaissances qui y sont liées. Ces savoirs, autrefois transmis de génération en génération se sont perdus avec les changements de nos modes de vie ces cinquante dernières années (2).

Les fermiers font face à de nombreux défis et conflits. La ferme de mes grands-parents veut pourtant évoluer : aujourd'hui, c'est mon oncle qui gère l'exploitation, et demain, ce sera son fils. La tâche n'est pas aisée et pour y parvenir, ils tentent, père et fils, de lancer des colis de viandes « Blanc bleu belge ». Dans cette transition, le consommateur occupe une place centrale : c'est à lui que s'adressent leurs efforts, et c'est aussi de lui que dépend en grande partie la pérennité du modèle. En 2020, la demande d'alimentation en circuit court a augmenté lors du confinement instauré face à la pandémie de COVID19 mais a rechuté tout aussi tôt après (3).

2. Introduction

2.1 La promotion de la santé en Wallonie

En novembre 1986, s'est tenue la première conférence internationale pour la promotion de la santé au cours de laquelle a été adoptée la Charte d'Ottawa. La promotion de la santé y est définie comme un ensemble d'actions visant à procurer aux individus les moyens d'améliorer leur santé (4). En 1997, la Communauté française de Belgique instaure un cadre juridique pour développer une politique de promotion de la santé, une avancée importante en Europe. Le décret permet de subventionner des associations et organismes afin de mettre en œuvre des actions de promotion de santé en Wallonie. En 2013, dans le cadre de la 6ème réforme de l'État, ces compétences sont transférées de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers les Régions. En 2016, la Wallonie crée sa structure : la Fédération Wallonne de Promotion de la Santé (5). Cette dernière a travaillé à la création de nouveaux outils tels que le Plan Wallon de Prévention et de Promotion de la Santé (WAPPS) en 2018. En 2022 le décret « Promotion de la Santé et Prévention » est voté et suivi d'un arrêté d'exécution. Depuis 2023 et jusqu'en 2027, le WAPPS oriente les activités en promotion de la santé (6). Il a défini cinq axes prioritaires pour la région sur base d'un diagnostic de santé. Le premier est de promouvoir des modes de vie favorables à la santé (*1.1 alimentation et activité physique*) (7).

2.2 L'alimentation, une condition préalable à la santé

« *Que ton alimentation soit ta première médecine* » Hippocrate

Une alimentation déséquilibrée est responsable d'environ un décès sur cinq dans le monde. Elle constitue un facteur de risque majeur de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers ou le diabète de type 2. L'alimentation joue également un rôle dans l'apparition de facteurs de risque intermédiaires, comme l'hypertension artérielle, qui participent au développement de ces maladies chroniques. (8). Les maladies chroniques sont la première cause de mortalité dans le monde et par conséquent, un problème de santé publique majeur. Pour réduire leur incidence, il faut cibler les modes de vie (sport, alimentation, tabac, santé mentale), l'obésité et les conditions sociales (9). Un régime alimentaire malsain induit une mortalité et une morbidité plus importantes que celles de l'alcool, du tabac, des drogues et des rapports sexuels non protégés réunis (10). Réduire l'incidence nécessite une stratégie de prévention en amont, notamment via de meilleures habitudes alimentaires. Toutefois, plusieurs freins sont identifiés dans la littérature (9).

2.3 Cadre conceptuel

Selon Schwarzer, les mauvaises habitudes alimentaires font partie des comportements nuisibles à la santé et pourtant difficiles à changer. Son modèle HAPA (Health Action Process Approach), permet de décortiquer l'adoption d'un comportement de santé. Il a été conçu pour comprendre et favoriser le passage à l'action. Il arrive qu'une intention ne se traduise pas en action, divers obstacles peuvent en entraver sa mise en œuvre. Le HAPA se distingue par l'analyse qu'il offre sur les mécanismes précédant la formation d'une intention et sa mise

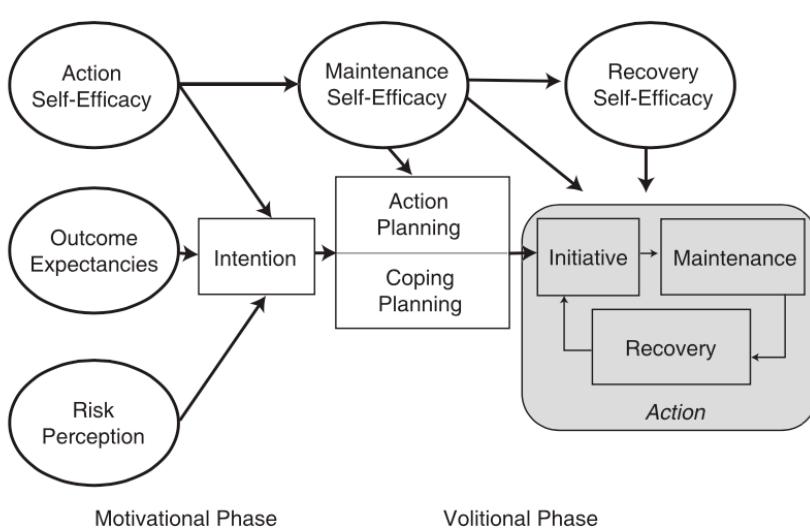


Figure 1 : Modèle de processus d'action en santé (11)

en œuvre. Le modèle dresse trois profils-types qui s'inscrivent dans deux grandes phases. Une phase motivationnelle où l'individu élabore une intention de changement et une phase volitive où cette

intention devient action. Le premier profil est celui du « non-intendant » : c'est celui qui n'a pas encore l'intention de modifier son comportement et pour lequel une prise de conscience est nécessaire si l'on souhaite initier un changement. Une fois cette prise de conscience acquise et l'intention de changer présente, il devient « intendant ». Pour finir, lorsqu'il passe à l'action et tente de maintenir son nouveau comportement, il devient acteur (11).

Cependant, le choix alimentaire ne dépend pas seulement d'un choix individuel mais s'inscrit dans un système, influencé par des facteurs interconnectés. Le régime alimentaire dépend de la production, des pratiques de transformation et de distribution (8). Pourtant la plupart des modèles de comportement en santé n'interrogent pas ces facteurs qui sous-tendent les choix et habitudes des individus, limitant ainsi leur capacité à expliquer certaines dynamiques de santé (12). Il apparaît dès lors que le modèle HAPA gagnerait à être utilisé en complément d'un autre cadre théorique.

Le « Cadre conceptuel québécois de la santé et de ses déterminants » perçoit la santé comme le produit de l'interaction de divers déterminants, divisés en quatre champs : les caractéristiques individuelles, le milieu de vie, les systèmes et le contexte global. Chaque champ est divisé par des pointillés car ils sont interpénétrables : ils s'influencent l'un les autres. Pour finir, le temps et l'espace sont pris en compte car ils influencent ces déterminants. Ce modèle est le résultat d'un travail interdisciplinaire qui favorise une vision d'ensemble de la santé et évite une analyse en silo.

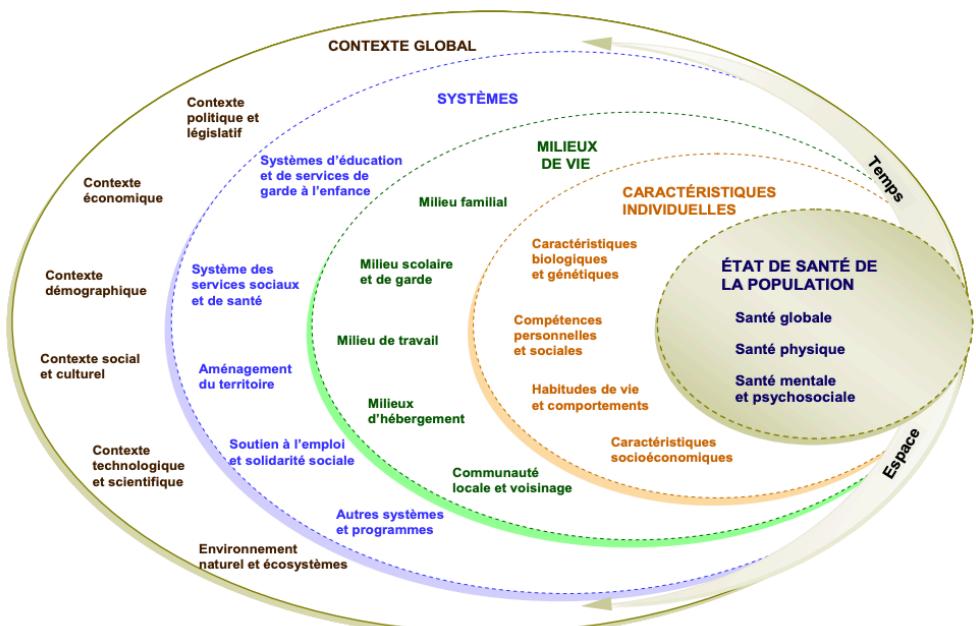


Figure 2 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (13)

Cette contextualisation permet d'orienter les actions de santé publique (13).

2.4 Angle problématique : le concept « One Health »

L'étude du *Global Burden of Disease* invite à penser la consommation comme maillon final d'un système alimentaire complexe (8). En 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation Mondiale de la Santé Animale et l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) ont proposé le concept « One Health » qui pose comme principe central l'indissociabilité de la santé humaine, environnementale et animale. Ce concept « One Health » y ajoute le constat que, dans l'intérêt de préserver la santé globale, il est essentiel de coordonner les efforts des instances nationales et internationales (14). Ce concept résonne avec le Cadre conceptuel québécois pour lequel l'environnement est un déterminant de la santé, affirmant que les écosystèmes « assurent le maintien de la vie sur terre (régulation des gaz, du climat, des eaux, pollinisation, etc.). Ils fournissent notamment la base de l'alimentation humaine par les sols cultivables, les sources d'eau de consommation, la biodiversité, les océans, etc. » (13).

2.4.1 Santé humaine

L'Homme a toujours été dépendant des services écosystémiques (air, eau, sols, pollinisation...). L'Holocène³ est la période géologique dans laquelle l'Homme a pu évoluer. Cette ère est caractérisée par une stabilité climatique d'une température moyenne globale d'environ 14 °C. Cette stabilité a permis l'essor de l'agriculture et par conséquent, des sociétés humaines. Avant cela et pendant 3 millions d'années, la température de la terre a oscillé entre environ -6 °C (périodes glaciaires) et +2 °C (périodes interglaciaires) par rapport à la moyenne préindustrielle. Or, aujourd'hui, on enregistre une augmentation rapide de la température attribuable aux activités humaines. Ce dérèglement menace les fondements de notre santé : qualité de l'air et de l'eau, sécurité alimentaire, prévention des maladies infectieuses... Tout dépend de la stabilité des écosystèmes (16).

2.4.2 L'environnement et l'humain

L'Holocène dépend de systèmes qui régulent l'état planétaire dans son ensemble. Ces systèmes sont des « géants endormis » qui, s'ils sont perturbés, pourraient provoquer des changements irréversibles avec des effets en cascade à l'échelle planétaire. La forêt amazonienne est un système endormi. Si 20-25 % de la forêt amazonienne est détruite, la



Figure 3 : Les éléments de bascule qui régulent l'état de la planète et leurs interactions (16)

couverture forestière ne permettrait plus une évapotranspiration suffisante ce qui pourrait rendre la forêt incapable de se régénérer. La forêt deviendrait source d'émissions de CO₂, émettant plus de carbone qu'elle n'en absorbe. Ce pourcentage de destruction est donc son point de bascule.

Neuf géants subissent actuellement des changements à grande échelle et pourraient franchir leur point de bascule. Parmi les conséquences déjà observées ou redoutées figurent la montée du niveau de la mer, la fonte des calottes glaciaires, l'effondrement des puits de carbone (des forêts, sols gelés, océans), l'acidification et la désoxygénéation des océans, ainsi que l'effondrement de la biodiversité (16).

³ L'Holocène est l'ère géologique la plus récente dans laquelle nous évoluons depuis ces 11 000 dernières années (15).

2.4.3 L'animal, le végétal et l'humain

Plus de 75 % des terres (hors zones glacées) sont déjà modifiées par les activités humaines, une grande partie pour devenir des écosystèmes de production (un écosystème simplifié et homogénéisé pour produire une ou quelques espèces) (16). L'empiétement des activités humaines sur les habitats naturels rapproche la faune sauvage du bétail et des humains ce qui favorise l'émergence de maladies zoonotiques. Le risque zoonotique ne peut être négligé : les zoonoses représentent environ 75 % des maladies infectieuses émergentes. De plus, la destruction des habitats naturels est la cause principale de l'extinction massive des espèces vivantes. Nous vivons la sixième extinction de masse recensée depuis le début des archives fossiles (17).

Bien que l'intensification des écosystèmes ait permis d'augmenter la production alimentaire à l'échelle mondiale (16) et que le commerce international puisse atténuer certaines formes de vulnérabilité, il apparaît crucial que ce système mondialisé devienne capable à la fois de s'adapter aux effets du changement climatique et de participer à son atténuation (18). En effet, l'intensification s'est accompagnée d'une simplification et d'une homogénéisation des écosystèmes réduisant ainsi leur résilience (16). Cette fragilité est accentuée par l'interdépendance croissante des systèmes alimentaires mondiaux qui tend à propager les répercussions d'un choc local (sécheresse, guerre ou épidémie végétale) à l'échelle planétaire (19). La production mondialisée masque aux yeux des consommateurs les signaux de cette perte de résilience (16). Selon le rapport « les plantes qui nourrissent la population mondiale » de la FAO, la diversification du contenu du panier alimentaire constitue un levier essentiel pour renforcer la sécurité alimentaire⁴. Or, le système alimentaire mondial repose actuellement sur un nombre restreint de cultures majeures, principalement le riz, le maïs et le blé (19). Améliorer la sécurité alimentaire, ne peut se résumer à la seule diversification des cultures : il est nécessaire d'adopter des exigences sur l'ensemble du système alimentaire (la production, la transformation, la distribution, les politiques publiques, la gouvernance et les comportements des consommateurs) (18).

⁴ Accès mondial garanti à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui permette de répondre aux besoins alimentaires et préférences afin d'adopter une vie saine et active (18)

2.5 Vers une alimentation en cohérence avec le « One Health »

2.5.1 Le régime occidental

Le régime alimentaire dit « occidental » est principalement adopté en Amérique du Nord, en Europe et en Océanie. Il se caractérise par une forte consommation d'aliments transformés (un aliment qui est passé par des procédés industriels afin d'augmenter sa durée de conservation, améliorer son goût ou sa texture : ajout de conservateurs, sucres, graisses, sel, arômes artificiels ou additifs), de viandes rouges, de produits riches en sucres ajoutés, en graisses saturées et en sel, ainsi que par une faible consommation de fruits, légumes, fibres et grains entiers (20). Ce régime est le produit d'une transformation des pratiques agricoles ayant débuté à la suite de la révolution industrielle au XVIII^e siècle, puis s'étant intensifié au XIX^e et XX^e siècles, avec l'essor de la mécanisation, la spécialisation des exploitations et la structuration des filières agroalimentaires. L'introduction de technologies après la première guerre mondiale, telles que le tracteur ou les pesticides, a permis d'augmenter la production, contribuant ainsi à nourrir une population mondiale en forte croissance au cours du XX^e siècle. Le développement des moyens de transport a facilité les échanges mondiaux, ce qui a accentué la recherche de productivité et encouragé la spécialisation des exploitations agricoles. A l'échelle internationale les pays ont concentré leur agriculture sur certaines cultures en fonction de leurs atouts climatiques et géographiques (21). Aujourd'hui, le système alimentaire représente 25 % des émissions mondiales de gaz à effet de serre (16) et est le principal responsable de la transgression des limites planétaires (22).

2.5.2 Les écosystèmes et la santé humaine

Une limite planétaire est un seuil à ne pas transgresser afin de continuer à vivre dans les conditions qui sont favorables à l'humain. Actuellement « le changement climatique, l'intégrité de la biosphère (biodiversité), la perturbation des cycles biochimiques de l'azote et du phosphore, les modifications de l'occupation des sols, et plus récemment les polluants chimiques et le cycle de l'eau douce » ont été dépassés (23). La prise de conscience de l'interdépendance entre santé humaine et écosystémique invite à critiquer le cadre conceptuel québécois précédemment présenté. L'environnement ne peut être considéré comme simple déterminant de santé mais comme un fondement essentiel à la vie humaine (24).

2.5.3 Repenser le système alimentaire

Le système alimentaire est au centre d'une série de défis interconnectés : « (i) la santé des écosystèmes et de la planète : épuisement des ressources naturelles, augmentation de nombreuses pollutions, érosion de la biodiversité, dérèglement climatique, (ii) notre santé : augmentation des maladies chroniques comme l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et cancers, mais aussi (iii) notre sécurité alimentaire qui diminue. » (23). La consommation alimentaire majoritairement adoptée dans les sociétés occidentales (et imitée dans les pays émergents) est responsable à la fois des dégâts environnementaux et des problèmes de santé (24). **Cette consommation s'inscrit dans un contexte et ne peut être pensée indépendamment du système alimentaire qui la conditionne** (8). Elle dépend de la disponibilité des produits, des habitudes de consommation, des contraintes budgétaires, du temps consacré à la préparation du repas, de la capacité à s'orienter dans un environnement informationnel (parfois complexe et contradictoire) (23).

Une alimentation « préventive et durable » repose sur une réduction des apports excessifs caractéristiques du régime alimentaire occidental. Elle privilégie les aliments bruts ou peu transformés issus de modes de production limitant l'usage d'intrants et la standardisation. Ce type de production encourage la diversification des cultures, notamment la réintroduction des légumineuses. La transformation des denrées devrait être assurée par des structures locales de taille moyenne, capables de s'adapter à la variabilité inhérente à des produits non standardisés (23).

Face à ces constats, explorer les conditions qui favorisent ou freinent l'adoption de modes de consommation locaux devient pertinent pour orienter les politiques de santé publique vers des modèles plus durables et préventifs. Le recours aux circuits courts représente, à cet égard, une alternative concrète. Une telle approche est en cohérence avec les finalités définies par l'objectif 1.1 du WAPPS qui est « de développer et de favoriser une offre en matière d'activité physique et d'alimentation équilibrée et durable, qui soit de proximité, adaptée et accessible financièrement, en prenant en considération les demandes et préoccupations formulées par ces publics. » (25).

2.5.4 Question de recherche

Quels ont été les processus motivationnels et volitifs qui ont amené certains habitants du Brabant Wallon à modifier leurs habitudes alimentaires pour adopter une consommation principalement de circuit court ?

2.5.5 Objectif principal

Comprendre les processus motivationnels et volitifs qui ont amené certains habitants du Brabant Wallon à modifier leurs habitudes alimentaires pour une alimentation principalement en circuit court.

2.5.6 Objectifs secondaires

- Identifier les facteurs motivationnels ayant conduit à une intention de modifier ses habitudes alimentaires pour une consommation principalement en circuit court :
(Ce qui fait qu'un individu passe d'un profil « non-intendant » à « intendant »)
 - La perception des risques liés au comportement alimentaire : la sévérité perçue de leurs conséquences et le sentiment de vulnérabilité face à ces conséquences.
 - Les attentes de résultats liées à l'adoption d'une alimentation en circuit court.
 - Le rôle de l'auto-efficacité perçue : tant dans la formation de l'intention (phase motivationnelle) que dans la capacité à surmonter les obstacles lors du passage à l'action et du maintien du comportement (phase volitive) (tenter d'identifier un certain profil plus susceptible d'adopter une alimentation en circuit court).
- Identifier les facteurs ayant poussé le passage à l'action :
(Ce qui fait qu'un individu passe d'un profil « intendant » à « acteur »)
 - Le contexte et les stratégies mobilisées (le « où », « quand », « comment ») autrement dit sa planification d'action (action planning)
 - Les barrières rencontrées et les stratégies mises en place pour y faire face autrement dit sa planification « à faire face » (coping planning)
- Identifier les facteurs qui permettent de maintenir l'action :
(ce qui fait qu'un individu reste « acteur »)
 - Son contrôle de l'action (compare son comportement au comportement souhaité)
 - Son autosurveillance (conscience des effort fournis pour atteindre ses objectifs)
- Explorer les déterminants de santé et les éléments contextuels influençant, conditionnant et orientant les choix et comportements alimentaires.

3. Méthode

3.1 Type d'étude

Pour répondre à cette question de recherche une approche qualitative a été choisie car elle est adaptée pour explorer les perceptions, les croyances, les attitudes ou les expériences des individus (26). L'étude repose sur un design inductif et exploratoire qui vise à comprendre comment certains habitants du Brabant wallon ont adopté une consommation alimentaire principalement issue des circuits courts. Des entretiens semi-directifs ont été menés afin de faire émerger, à partir du discours des participants, les processus motivationnels et volitifs impliqués dans ce changement (27). L'étude ne s'intéresse pas à la fréquence de l'adoption de cette consommation mais aux dynamiques (26).

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

La population ciblée pour cette étude se compose d'adultes, responsables de l'approvisionnement alimentaire du foyer, consommant majoritairement des produits locaux.

3.3 Échantillon

L'échantillon recruté pour cette étude était composé de francophones vivant dans une commune du Brabant Wallon.

3.3.1 Les critères d'inclusion et d'exclusion :

- Avoir plus de 18 ans,
- Être responsable des courses au sein du foyer,
- Avoir vécu un changement de comportement en matière de consommation,
- Résider dans le Brabant Wallon,
- Maîtriser le français ou l'anglais suffisamment pour participer à un entretien,
- Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude.

Le seul critère d'exclusion retenu était la présence d'un conflit d'intérêts.

3.3.2 Méthode d'échantillonnage

En recherche qualitative, les méthodes d'échantillonnage sont non probabilistes (26). Les participants ont été sélectionnés principalement selon une méthode d'échantillonnage de convenance, à l'aide de posters affichés dans divers lieux de vente, de leur format réduit (un quart de page A4) distribué à la main ou relayé via des canaux de communication en ligne. L'objectif était d'obtenir une diversité de points de vue et de profils. Afin d'atteindre un

nombre d'entretiens plus élevé, un échantillonnage en boule de neige a été utilisé. Ces méthodes d'échantillonnage visent à maximiser le recrutement tout en respectant les contraintes de temps et de ressources du projet (28).

3.4 Paramètres étudiés

Le modèle HAPA permet d'analyser les processus motivationnels et volitifs impliqués dans le changement de comportement alimentaire. Dès lors, les indicateurs sont d'intention ou de volition. Les indicateurs de la phase motivationnelle, vont permettre d'investiguer les moteurs de l'action. Les indicateurs de la phase volitive, vont permettre d'investiguer les mécanismes de mise en œuvre du changement de comportement. Des indicateurs issus d'autres modèles sont ajoutés pour contextualiser le comportement alimentaire.

Tableau 1 : Paramètres étudiés du modèle HAPA

Phase motivationnelle	Phase volitive
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception des risques liés à une consommation non locale ▪ Perception de la vulnérabilité face aux conséquences d'une alimentation non locale ▪ Attentes de résultats sociaux, physiques et émotionnels ▪ Perception de son auto-efficacité d'action 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des actions opérées ▪ Identification des obstacles internes (manque d'énergie, de motivation, etc.). ▪ Identification des obstacles externes (les contraintes temporelles etc.). ▪ Stratégies de gestion des obstacles (planification, solutions alternatives, l'inaccessibilité aux structures, etc) et identification des ressources. ▪ Perception de son auto-efficacité à faire face et de récupération

- Cadre conceptuel québécois : Les déterminants de santé qui influencent la consommation (caractéristiques individuelles, milieu de vie, systèmes et contexte global).
- Indicateur de temps afin de définir si le comportement est ancré (plus de six mois) ou doit encore se stabiliser (29).

3.5 Outils de collecte des données

Réalisation d'entretiens semi-directifs individuels (ou à deux avec le·s responsable·s des achats au sein du foyer) et en face-à-face ou à distance (26). L'entretien était structuré autour d'un guide qui reprenait : des questions ouvertes, l'objectif auquel la question devait répondre et des questions de relance (voir annexe). Cependant, l'entretien a permis de s'en détacher pour approfondir certaines dimensions (30). Si cette souplesse représente un atout, la qualité des données repose sur le déroulement de l'interaction. Pour assurer cette qualité, l'entretien doit respecter certains principes méthodologiques (31). Le guide d'entretien a été conçu pour les respecter. Le premier principe est d'adopter une attitude qui facilite l'échange : laisser émerger le discours, permettre des silences, s'abstenir de toute implication personnelle dans le contenu de l'entretien (posture de neutralité bienveillante, caractérisée par une écoute active et une faible directivité tout en maintenant le focus sur la problématique étudiée). Afin de générer ce cadre de bienveillance, les questions parfois perçues comme intrusives étaient abordées au fil de l'entretien (et non au début). La première question permettait d'aborder le thème central et la situation du participant. La question de clôture invitait l'interviewé à s'exprimer sur un aspect qui n'aurait pas encore été abordé (32). Le guide d'entretien a été construit autour des composantes du modèle HAPA. Il a été pré-testé de manière informelle puis modifié au fil des entretiens afin de réajuster certaines formulations et d'approfondir certaines dimensions émergentes des premiers entretiens. Cette évolution reflète la dimension itérative de l'approche qualitative (26). Les entrevues ont été retranscrites avec une réécoute des enregistrements audios, indispensable pour une analyse fidèle et complète tout en permettant de rester pleinement présent lors de l'entretien (32). Les entretiens se sont déroulés chez la personne, dans une pièce calme et propice à l'échange ou par WhatsApp (avec ou sans vidéo selon le débit internet de chacun) (33). La prise de note sur le guide d'entretien imprimé a enrichi la collecte de données, elle est conseillée pour structurer l'entretien et repérer les thèmes à approfondir (32).

3.6 Cadre éthique et légal

Conformément à la procédure de l'Université de Liège, une demande d'avis a été soumise au Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire. Sur base des objectifs, de la méthodologie non interventionnelle et du caractère non intrusif des données, le Comité a estimé que l'étude ne relevait pas de la loi du 7 mai 2004 sur les expérimentations humaines.

Celle-ci respecte néanmoins les principes éthiques de la recherche en santé publique et le RGPD. L'intelligence artificielle a été utilisée comme assistant linguistique, dans le respect de la Charte d'utilisation de l'ULiège, de manière réfléchie et critique. Les données ont été collectées de façon volontaire, pseudonymisée, avec consentement éclairé.

3.7 Organisation et planification de la collecte des données

Pour participer à ce mémoire, les consommateurs avaient l'occasion de se manifester de différentes façons. Un poster de recrutement (voir annexe) a été placé chez des vendeurs d'un marché local du Brabant Wallon. Ces maraîchers étant itinérants, ils ont relayé l'information dans les différents points de vente. Une présence hebdomadaire sur un marché a été assurée pendant trois semaines afin de faciliter la prise de contact. Ce poster a été affiché pendant ces trois semaines. Soit en format A4, soit en version réduite et alors distribuée (selon les possibilités d'affichage). Le responsable d'un potager en libre-cueillette sur abonnement a également partagé le poster au format numérique via son groupe WhatsApp, tandis qu'un producteur de viande en vente directe l'a diffusé sur son propre groupe de ventes. Sur le poster, deux moyens de contact étaient proposés : un numéro de téléphone et un QR code. Le QR code renvoyait à un mini-formulaire en ligne qui permettait de vérifier la conformité aux critères d'inclusion. Si les conditions étaient remplies, le participant était ensuite contacté selon le canal de communication qu'il avait sélectionné.

3.8 Traitement des données et méthodes d'analyse

Les méthodes d'analyse dans cette recherche reposent sur les principes proposés par Lejeune dans son « Manuel d'analyse qualitative » de 2019 (34). Sa méthode dépend d'une analyse qualitative rigoureuse visant à produire une compréhension approfondie et contextualisée de l'adoption d'un comportement de santé. Au début de la collecte des données, une micro-analyse a été réalisée : une analyse fine et détaillée des premiers matériaux recueillis sur le terrain. Les mots, les expressions et les contextes permettent d'attribuer un sens au discours, d'apparence caché. Lejeune souligne l'importance d'une micro-analyse pour percevoir des détails et apprécier au mieux le phénomène étudié. Cette démarche permet une lecture inductive fidèle à l'expérience des personnes interrogées. Lejeune suggère de mettre en évidence des verbatims pour rester au plus près du discours. Le codage intervient après une première lecture fine. Coder consiste à attribuer des étiquettes à un extrait de discours. Ces étiquettes permettent de nommer, regrouper et d'articuler les éléments du discours, pour

construire une compréhension du phénomène étudié. Au fur et à mesure des entretiens, les étiquettes sont rassemblées pour former des catégories.

Tableau 2: Analyse des verbatims selon Lejeune

Reference	Verbatim	Étiquette	Propriété	Catégorie
Provenance du verbatim	Extrait du discours	Description du contenu du verbatim	Identification des propriétés du phénomène pour interpréter leur signification	Regroupement de plusieurs propriétés sous une catégorie théorique qui émerge de l'analyse du chercheur issu du codage axial

Les catégories regroupent les propriétés théoriques des étiquettes. Pour identifier des propriétés théoriques, le travail s'est divisé en deux phases de codage. Le codage est nuancé, il y a le codage dit « ouvert » : l'étiquette est créée à partir des mots exacts utilisés dans le verbatim auquel il se rapporte. Tandis que d'autres étiquettes étaient de nature analytique : formulées par le chercheur dans le but de positionner l'extrait en lien avec la question de recherche et d'amorcer une conceptualisation. Dans cette phase, l'étiquette devait demeurer descriptive. Ce n'est que lors du codage dit « axial » qu'il a fallu rassembler les étiquettes sur la base des propriétés qu'elles partageaient. Ce travail a permis de surpasser une simple classification de thématique pour en tirer une véritable analyse de l'adoption d'un comportement alimentaire (le manger local) (34).

4. Résultats

4.1 Présentation de l'échantillon

L'échantillon de l'étude est constitué de 11 consommateurs en circuit court. On y découvre une diversité de situations sociales et professionnelles. Cette hétérogénéité permet de refléter les différents obstacles qui normalement entravent un changement de consommation alimentaire. Chaque personne interrogée apporte ainsi un regard unique, nourri par son vécu et les influences ayant contribué à ce changement.

Le tableau ci-dessous reprend les données sociodémographiques pertinentes pour comprendre le contexte des participants de l'étude.

Tableau 3 : Données sociodémographiques des participants

Sujet	Profession	Consommation principale	Composition du ménage	Adoption du comportement (raison principale)
Mme 1	Directrice d'un département de recherche sur les attentes des consommateurs	Marché	2 + 3 filles (15, 19 et 22 ans)	Depuis ± 5 ans (reconversion professionnelle et formation « Zéro Déchet »)
Mr 2 et Mme 3	Retraité (ex-directeur général d'une entreprise ferroviaire) Écrivaine	Magasin bio	2 + 1 fils (42 ans)	Depuis ± 30 ans (lorsqu'ils ont vécu en Afrique, où le local était une nécessité)
Mme 4	Infirmière	Auto-récolte	2	Depuis ± 20 ans (lorsqu'elle a vécu en Afrique, où le local était une nécessité)
Mme 5	Ergothérapeute	Potager privé	2 + 3 filles (3, 9 et 11 ans)	Depuis ± 10 ans (ses enfants)
Mr 6 et Mme 7	Retraité (ex-jardinier et professeur d'horticulture dans l'enseignement spécialisé) Professeure de français	Auto-récolte	2	Depuis ± 20 ans (ses cours d'horticulture) Depuis ± 5 ans (influence du milieu social et de la rencontre de son mari)
Mr 8	Retraité (ex-économiste et biologiste qui rédige un traité environnemental)	Marché	2	Depuis ± 10 ans (le temps libre de sa retraite lui permet de mener ses propres recherches systémiques)
Mme 9	Retraitee (ex-diététicienne)	Auto-récolte	1	Depuis ± 50 ans (ses études)
Mme 10	Retraitee (ex-laborantine	Auto-récolte	1	Depuis ± 2 ans (déménagement en zone rurale)
Mr 11	Fondateur d'une entreprise de skateboard	Auto-récolte	2 + 1 fils de 11 ans	Depuis ± 25 ans (milieu étudiant)

4.2 Présentation des catégories analytiques

4.2.1 De la prise de conscience à l'action : percevoir les écosystèmes

Manger en circuit court est défini communément comme une consommation issue d'une production plus ou moins proche de chez soi, avec un minimum d'intermédiaires. La raison de ce choix découle d'une **prise de conscience d'une menace et de sa sévérité (HAPA)**. Cette menace peut être écologique, économique, sociale, mais souvent multidimensionnelle et toujours interconnectée à la santé.

Mme 4 (infirmière) : Je suis convaincue que la santé, c'est le numéro un de tout et que si on n'a pas la santé, on ne sait pas travailler, on ne sait pas gagner de l'argent, on ne sait rien faire. J'ai deux enfants (...) quand ils étaient petits, pour moi, c'était important de cuisiner sainement avec des bons produits.

Un produit est considéré bon s'il est de saison, sans emballage plastique, il est le plus brut possible, sans pesticides, il respecte les humains, si possible d'une production d'agriculture à taille humaine qui respecte ses travailleurs et son environnement. Sa proximité géographique permet de ne pas émettre beaucoup de CO₂ par son transport, certains viendront même le chercher à vélo. Le comportement alimentaire sera dès lors perçu comme sain à plusieurs niveaux : le produit lui-même, l'activité physique d'aller l'acheter. Certains perçoivent l'achat comme un moment de plaisir, un moyen de prendre l'air, un lieu convivial propice au partage.

Mr 11 : ma vie, mes relations, ce que je fais de mes journées, ce que je fais de mon temps libre (...) aujourd'hui on parle beaucoup de charge mentale, de burnout et de choses comme ça mais en fait il y a des tas d'activités qui permettent de ne pas accumuler tant de charge mentale c'est pour ça que je parle d'un écosystème.

Le circuit court permet de remettre en question un mode de vie moderne qui a tendance à fragmenter. Dans cette manière de consommer, faire à manger et faire les courses deviennent des moments de plaisir, investis de sens. Consommer n'est plus perçu comme une simple tâche nourricière mais comme un élément d'un système. Au lieu de scinder balade à vélo de loisir et de percevoir les courses comme une tâche utilitaire, réunifier ces sphères permet de générer des synergies pour la santé mentale et physique. Ce choix alimentaire s'inscrit dans une vision globale du quotidien mais aussi de la menace pour la santé. Manger local est une réponse à un problème perçu comme plus ou moins complexe. Deux profils se

distinguent, ceux qui vont agir avec peu (ils cloisonnent pour agir) et ceux qui vont tenter de percevoir l'intégralité du tableau (ils relient pour comprendre).

Profil 1 : Cloisonner pour agir

Mme 4 : Des fois on n'a pas trop envie de gratter parce que on n'a pas toujours envie de tout savoir, (...) je pense que c'est le mieux de ce qu'on peut manger actuellement voilà.

En ayant identifié une problématique spécifique, ce profil décide d'agir dans son champ d'action. Il a besoin d'agir sans pour autant essayer de tout comprendre. Cloisonner permet de rendre les actions opérationnelles en maintenant un équilibre entre conscience du problème et capacité d'agir à un niveau individuel. Sous le même profil, d'autres centrent leur engagement sur une problématique et manger local s'inscrit comme un levier parmi d'autres.

Mme 1 : (travaillait pour une multinationale) : « Lorsqu'on sait qu'une couche bébé prend 500 ans pour se dégrader (si tout va bien), on se dit qu'on a un impact clairement négatif sur la planète quand on favorise ce genre de choses, donc je me suis dit qu'il fallait que je change de vie ».

Profil 2 : Relier pour appréhender l'écosystème

Mme 3 : « je suis un abonnement à des lettres santé, (...) ça m'aide dans mes choix. (...) pour tout ce qui est alternatif. »

Il agit en s'informant et change ses actions en fonction de ses nouvelles connaissances. Son engagement dépasse le manger local mais résonne dans toutes ses actions. Contrairement à l'approche cloisonnée, il a besoin de relier pour comprendre l'écosystème global et les répercussions de ses actions. Il a une posture engagée, critique et souvent évolutive. Cette posture implique un **contrôle de l'action (HAPA) particulièrement exigeant. Il compare son comportement réel à un standard élevé, ce qui génère un travail constant de réajustement.** Il tente de percevoir l'ensemble de la problématique et voudrait faire plus.

Mr 11 : J'ai un mode de vie plutôt peu consommateur. (...) J'ai vécu dans un milieu social où il y a beaucoup d'échanges sur le local et des pratiques moins polluantes comme les toilettes sèches (...) de la récup' de choses...

Les entretiens montrent une appréhension plus ou moins grande des fondements de la santé humaine. À travers les entretiens, il apparaît que **la santé est justement perçue comme dépendante** d'une multitude de facteurs interconnectés, tels que **les pratiques polluantes, la production de déchets ou les modes de transport. Cette vision rejoint la logique du cadre conceptuel québécois** qui envisage la santé comme un phénomène multidimensionnel et interconnecté.

Mme 5 : J'ai vraiment abordé ça comme un ensemble. (...) la noix de cajou, par exemple, est un aliment qui génère beaucoup de polémique, parce que pour la cueillir (...) c'est très douloureux au niveau des mains. C'est un travail très exigeant (...) les femmes qui font ça (...) ont des grosses séquelles.

Les résultats dépassent **le cadre conceptuel HAPA qui présuppose une vulnérabilité perçue pour induire un changement de comportement. Parfois ce comportement de santé ne s'inscrit pas dans une logique de préservation de l'intégrité personnelle mais celle d'autrui.** Le manger local devient un comportement de santé tourné vers l'autre : vers l'agriculteur exposé aux pesticides, vers le jeune qui veut se lancer, vers le travailleur sans statut stable hébergé sous tente dans une plantation en Espagne, vers un autre vivant. La santé ne se limite plus au soi mais inclut celle de l'autre vivant, humain ou non, impliqué directement ou indirectement par la chaîne de production alimentaire.

Mr 6 : Tout l'abus de la pharmacologie chez les bestiaux. (...) Et puis par rapport au mal-être animal, par rapport au fait que ces animaux sont nourris avec des farines animales et ce n'est pas encore fini (...) tu as de la déforestation massive dans les pays du Sud. (...) Et la chaîne continue (...) dans ces pays-là, il n'y a pas les mêmes normes (...)

La perception de la menace se déplace de la santé humaine à celles des vivants. Elle se détache parfois même d'une posture anthropocentrale : la personne ne s'inquiète pas des conséquences pour l'humain mais de celles qui affectent directement les animaux ou la nature en tant que telle. Son objectif est alors de soutenir « la protection des animaux, de la nature » (Mme 9).

Mr 8 : J'ai compris qu'il fallait très largement ouvrir cette réflexion sur les formes d'oppression des autres, (...) notre modèle économique n'est pas seulement fortement inégalitaire pour les gens manquant de dignité et de respect pour les droits envers l'être humain, mais il l'est

aussi pour le vivant non humain. (...) Moi j'ai connu en 1970 (...) le rapport Meadows où on faisait l'hypothèse, il y a quand même 50 ans, que le CO₂ accumulé par la pollution de nos activités anthropiques est la cause d'un changement climatique qui peut poser problème. (...) les gens vivent avec ça comme quelque chose de normal. C'est le moindre de leurs soucis. Moi, je suis certain, avec d'autres scientifiques évidemment, que là est la source dramatique d'un mauvais tournant de l'histoire que nous avons pris comme humanité par rapport à la nature, tu vois ? Et alors l'alimentation se trouve là-dedans.

4.2.2 Un engagement citoyen pour des transformations politiques

Face à cette prise de conscience des répercussions touchant l'ensemble des vivants, les gestes du quotidien prennent une dimension politique. Manger local devient un levier de transformation, un acte citoyen visant à faire évoluer les politiques. Ce geste n'est perçu comme tel que si le **consommateur croit en son auto-efficacité d'action (HAPA)**. Les entretiens révèlent une conviction selon laquelle l'offre peut être régulée par la demande, du moins que les politiques sont attentifs aux mouvements collectifs. Dès lors, chacun est nécessaire au changement.

Mme 9 : Je suis de la génération 68. (...) c'était là que j'ai pris conscience qu'on avait un pouvoir. On a un pouvoir. Le consommateur a un pouvoir. Le pouvoir d'acheter ça ou ça. (...) c'est le principe du colibri. (...) le colibri (...) c'est le plus petit oiseau au monde. (...) Il y avait un incendie dans la forêt. Le colibri allait chercher de l'eau à la rivière (...). Et puis il venait mettre sa goutte sur l'incendie. Ses autres copains lui disaient mais tu es complètement dingue, ta goutte, elle ne fera rien. Et il a répondu oui, mais moi j'aurai fait ma part.

Consommer devient un acte conscient, une façon de choisir qui l'on décide de financer. **Cette attente de résultat est plutôt d'ordre émotionnelle (HAPA)**. Opter pour une alimentation en circuit court permet d'agir de manière cohérente avec ses valeurs : **réduire les intermédiaires, éviter de rétribuer les multinationales, assurer un financement à l'agriculteur et à des pratiques plus cohérentes**. L'objectif est de soutenir une économie plus juste et durable en s'émancipant du modèle capitaliste fondé sur la marchandisation, où les besoins essentiels, comme se nourrir ou se soigner, deviennent sources de profit.

Mme 4 : Une mutuelle disait, les hôpitaux essaient toujours de faire du profit, de gagner de l'argent et donc on enlève les infirmières, (...). On réfléchit de travers parce que si on traitait la base, il y aurait moins de malades, (...) tout est à l'envers.

L'alimentation est perçue comme un problème et comme une solution : identifiée comme un déterminant majeur de santé, elle peut dès lors devenir un levier de promotion de la santé. Il s'agit d'un appel à une réorientation politique, perçue comme une alternative moins onéreuse pour la société. La consommation est un acte qui permet de reprendre la main sur sa santé et son économie.

Mr 8 : Le modèle agroécologique est probablement un modèle bien adapté au local et il permettrait pour les pays dits en voie de développement d'avoir une meilleure sécurité alimentaire que celle offerte par le modèle actuel sur lequel on parie. (...) Puisque c'est une agriculture de type capitaliste, elle est extrêmement inégalitaire et peut conduire à une production excessive. On vend en Afrique pour trois fois rien parce que chez nous, (...) il y en a trop. (...). Et nos paysans ? (...) Ils vendent le lait à perte.

L'agroécologie est abordée comme une voie alternative, une transformation des pratiques pour une production plus juste et durable. Elle remet en cause un système industriel mondial qui profite à une minorité. Pourtant, **soutenir ces initiatives implique un changement dans la planification de l'action et à faire face (HAPA)** : cela nécessite un engagement collectif vers plus de sobriété, de reconstruire du temps à la préparation des repas et d'accepter la saisonnalité et les aléas naturels.

Mme 4 : On n'est plus habitué à vivre avec les saisons (...). Je lui ai dit (...) on mange ce que la nature va nous offrir (...) si tu n'as pas de radis, on mangera autre chose. Et l'agriculteur, il était (...) soucieux de finalement correspondre à ce que tout le monde attend.

4.2.3 Réorganisation des priorités : équilibre entre valeurs et gestion du quotidien

Le choix d'une consommation en circuit court va de pair avec une certaine charge mentale qui pèse sur la santé. Manger local est difficile à intégrer dans un quotidien. **C'est un comportement de santé qui se heurte à de nombreux obstacles externes (HAPA)** : il requiert plus d'organisation et de temps que ce soit pour l'achat des denrées alimentaires ou pour la préparation du repas.

Mr 8 : (...) les gens qui te disent moi je n'ai pas le temps (...). Tu as le même temps que les autres, mais ça veut dire que ça ne t'intéresse pas. (...) que tu préfères faire autre chose.

Le temps est une facette essentielle de la vie moderne. Le temps n'est pas uniquement une question de disponibilité mais de choix. Manger local est un choix qui s'inscrit dans un système de priorités, il implique une réorganisation du quotidien.

Mr 11 « (...) c'est plutôt la quantité d'argent qu'on est prêt à mettre dans son panier d'alimentation. Ça c'est un obstacle sur lequel on ne va pas tous être d'accord, même à la maison. A quoi on consacre l'argent qui dépasse les achats de base ? À se faire du bien en allant en vacances au ski ou à passer l'hiver à aller à vélo au potager, à marcher dans la boue ? J'ai fait mon choix. »

Manger plus localement est un choix de vie qui exige de renoncer à une série d'activités pour dégager les moyens de financer ce choix. Il engage un degré d'investissement variable selon le mode de consommation choisi et le contexte de chaque consommateur. L'auto-récolte dans le potager de l'agriculteur par exemple implique de se rendre soi-même sur place pour cueillir ses légumes. **Ce degré d'investissement expose à un plus grand nombre d'obstacles internes et externes qui exigent une forte planification à faire face (HAPA).** Il faut s'adapter à la météo (s'équiper en conséquence, s'organiser), à la terre (légumes, mains, habits sales) ou à la disponibilité des récoltes (multiplier les points de vente). En ce sens, le manger local s'apparente à un sacrifice pour le responsable des achats alimentaires, au vu des nombreux obstacles et contraintes, mais aussi pour le reste de la famille, c'est un choix qui n'est pas toujours possible.

Mme 7 : Je me suis retrouvée seule avec mes enfants. J'étais dans la survie. (...) quand c'est comme ça, ben on n'a pas beaucoup le temps de faire attention à ce qu'on mange. (...) Puis ils ont grandi. Et puis j'ai eu un peu plus de temps (...) progressivement, à l'écoute d'amis, (...) j'ai été dans un groupement d'achat de légumes, c'est comme ça que j'ai commencé. (...) avec la venue de mon mari... ça s'est tout à fait confirmé (...) il est jardinier, donc il m'a appris à faire pousser des choses et donc j'ai eu un intérêt. Mon intérêt a grandi pour les choses qu'on peut faire, qu'on peut manger soi-même, qu'on peut cultiver soi-même. »

Les parents insistent sur l'importance d'impliquer l'ensemble de la famille dans cette démarche, afin de favoriser l'adhésion.

Mme 5 (mère de 3 filles – vivent ensemble) : Elles grandissent, les goûts changent et ce n'est pas toujours facile d'avoir leur consentement sur mes expérimentations et mes méthodes.

Il est essentiel que cette transformation ne soit pas ressentie comme imposée. Il est important que le changement se fasse progressivement. Les objectifs doivent s'atteindre par échelon. Un changement trop brusque peut conduire à un retour en arrière tandis **qu'un changement progressif permet de maintenir un contrôle de l'action positif (HAPA) : l'individu a une comparaison positive de son comportement actuel par rapport au comportement souhaité. Cette perception de progrès nourrit son sentiment d'auto-efficacité d'action.**

Mme 4 : (...) quand on a commencé à sensibiliser la famille, on s'est donné des objectifs. Alors on ne sait pas tout faire. Donc on commence par quoi ? (...) Au début, on avait une grande poubelle par semaine et finalement maintenant on a une petite poubelle pour deux (...). Alors l'idéal, ce serait de ne plus rien avoir, mais ça ce n'est pas possible.

4.2.4 L'éducation comme levier de compréhension et de changement

La mise en place d'objectifs doit s'accompagner d'une sensibilisation, d'un travail de communication au sein du foyer. Selon les mères de famille, l'éducation joue un rôle central dans la compréhension de la démarche. L'adhésion des autres membres au projet est importante mais leur intégration favorise leur implication et permet le partage des responsabilités.

Mme 1 (Son objectif « 0 déchet » a dû être revu à la baisse, elle n'a que peu d'aide de son mari) : L'autre obstacle c'est donc de convaincre le restant de la famille. Parce que le problème c'est que si on est tout seul, on prend toute la charge sur soi et donc c'est très lourd. En général c'est comme ça. Heureusement avec l'éducation, les jeunes sont sensibilisés (...) et vont supporter ces démarches mais quant à dire que ces mêmes jeunes vont organiser la chose, ça pas. (...) l'école en premier lieu et puis il y a aussi toute une série d'influenceurs (...) mais il y a des choses qui sont vraies, d'autres moins et alors avec l'intelligence artificielle on serait capable de leur servir des choses qui ne sont pas vraies.

Pour une maman, **l'éducation est perçue comme le fondement de la compréhension de la menace (HAPA)**. L'essor de nouvelles technologies et l'accès libre à la parole sur les réseaux

peuvent devenir des obstacles à l'éducation. Il ne s'agit plus seulement de savoir utiliser les outils numériques, mais d'identifier les sources fiables. **Cela induit des inégalités étroitement liées aux conditions dans lesquels un individu naît, grandit, vit, travaille et vieillit (cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé).**

Mr 8 : Dire « c'est normal tu as travaillé pour ». Non, il faut arrêter ces conneries. (...) Et si j'ai fait tant d'études, moi qui suis de parents et grands-parents ouvriers et paysans, c'est parce que je suis né ici. (...) je vis dans un milieu dans lequel idéologiquement on donne sa préférence à des valeurs libérales, c'est-à-dire des valeurs de liberté d'entreprendre qui sont en réalité des valeurs matérialistes. (...) C'est quelque chose d'injuste parce qu'il conduit à l'inégalité trop forte, exagérée. On a, chez nous, des gens qui ne savent pas compter le nombre de yachts qu'ils ont.

L'éducation n'est possible que si l'environnement y est favorable. L'éducation n'est pas que le fruit d'un mérite individuel isolé, mais le résultat d'un contexte favorable. Le mérite individuel devient une justification hypocrite des priviléges socio-économiques des sociétés libérales qui camouflent leurs logiques inégalitaires et matérialistes. Ces inégalités ne sont plus justifiées par l'effort individuel, mais par un déséquilibre structurel qui dépasse les déterminants provenant des caractéristiques individuelles. L'éducation dépend du système et des valeurs qu'il prône. Le circuit court constitue une forme de brèche dans ce modèle économique dominant, qui permet aux producteurs de se soustraire à la domination des grandes structures économiques jugées comme inéquitables.

4.2.5 Environnement favorable à la santé : le rôle des influences

Mme 5 : Je pense que notre système d'économie est vraiment arrivé un peu à ses bouts (...) valoriser les gens qui travaillent dans le coin, c'est aussi valoriser le réseau. (...) c'est Rob Hopkins qui m'a beaucoup inspiré sur ça. (...) faire confiance à la communauté, à l'entraide, au partage qui est indispensable pour survivre.

La création d'une communauté de proximité est tantôt une attente de résultat (HAPA) tantôt un facteur nécessaire à la création d'environnement favorable à la santé. Les personnes rencontrées ont développé une intention à partir d'une **prise de conscience, elle-même influencée par des relations, des rencontres et des interactions.**

Mr 6 : Des gens qui disent « mais enfin tu es fou ou quoi » etc. On prend un peu conscience du monde dans lequel on vit et on y accorde une importance qu'on n'y accordait pas auparavant, on commence à savoir ce que c'est un écosystème. On observe. On comprend.

Les entretiens révèlent que la perception d'une menace (HAPA) se construit à partir d'informations reçues. Ici c'est à partir de son réseau social / professionnel. Il travaillait comme ouvrier jardinier. C'est en suivant des cours d'horticulture qu'il a rencontré des professionnels de ce nouveau milieu, qui lui ont apporté un nouveau regard et l'ont amené à questionner ses pratiques. La remise en question de pratiques ancrées est facilitée lorsque l'information provient d'une figure perçue comme experte, crédible ou légitime.

Mr 6 : J'ai une amie qui a une maladie auto-immune. (...) après des analyses beaucoup plus fines son immunologue lui a dit « Madame, vous devez remanger de la viande. » (...) Elle prend sa viande chez un boucher, elle sait que le boucher produit proprement avec le moins d'intrants possible.

Un message de santé par exemple semble avoir un impact fort lorsqu'il est transmis directement et si la personne **perçoit déjà une vulnérabilité** comme un âge avancé, un risque de cancer ou de récidive, un excès de poids (**HAPA**). Il attribue alors plus facilement une importance aux recommandations et outils transmis. Dans ce cas de figure, **l'attente de résultat (HAPA) est à la fois d'ordre physique** (amélioration de la santé, perte de poids, développement sain d'un enfant, etc) **et d'ordre social**, en favorisant le contact et la confiance au sein de la communauté. La proximité entre vendeur et acheteur permet de poser des questions et d'obtenir des réponses. C'est une vraie confiance qui se construit. Elle découle du désir de revaloriser les relations commerciales et de ne plus faire d'un aliment, un produit.

Mme 1 : (...) on parle aux gens, ils nous connaissent... Moi ça fait longtemps que je vais chez les mêmes artisans et du coup il y a une vraie relation qui s'installe et ça pour moi c'est important car c'est quelque chose qui se perd dans nos sociétés actuelles et ça a de la valeur pour moi.

La relation permet de recréer du lien entre la terre, le travail humain, et l'alimentation. La qualité de l'aliment ne réside plus seulement dans son goût ou sa fraîcheur, mais dans le soin, le temps et l'énergie que le producteur y a investi. Cette revalorisation du geste alimentaire

invite à consommer différemment, à gaspiller moins. Dans le système d'auto-récolte, cette logique est omniprésente. En venant sur le champ, une responsabilité partagée se construit : ce que je prends l'autre ne l'aura pas, donc je prends uniquement ce dont j'ai besoin. Mme 9 pense plus loin, elle ne prend que les légumes les moins attirants. Elle veut laisser les plus beaux aux autres, persuadée que leur qualité incitera l'adhésion de nouveaux consommateurs. Cette volonté de susciter l'adhésion est de norme : montrer sa récolte, raconter sa visite ou venter la qualité des produits devient une manière d'inviter les proches à s'y intéresser. **Motivées par les retombées positives, les proches construisent à leur tour des attentes de résultats (HAPA).** Le bouche à oreille et l'environnement agissent comme des vecteurs puissants d'adhésion et de transmission.

Mme 9 : Moi, je sensibilise mes petits-enfants. Mes enfants, ils sont moins ouverts à l'idée mais ma belle-fille, je pense bien qu'un jour elle ira à l'auto-récolte. On est allé à la porte ouverte avec la petite (...). C'est bien pour les jeunes couples. Ils peuvent venir avec les enfants et déjà sensibiliser les enfants. Oui, une carotte ça pousse dans la terre et pas dans le plastique du magasin. C'est tout petit déjà qu'on sensibilise. Et quand ils voient que la carotte elle vient de la terre et qu'en plus elle est super fraîche et super sucrée, c'est bingo !

L'idée est de reconnecter le consommateur à l'aliment. Il s'agit de réapprendre à apprécier la fraîcheur, le goût de la haute teneur en vitamines, des saveurs non artificielles d'un aliment brut. Il est question de développer une alimentation plus intuitive en se concentrant sur les qualités organoleptiques d'aliments n'ayant pas été conservés ou modifiés de manière artificielle. Pour parvenir à consommer de cette manière, l'aménagement territorial est tout aussi important.

Mme 10 : Je n'allais pas dans toutes ces fermes avant. Il y avait moins de fermes donc c'était moins possible, j'allais plus en grandes surfaces. Tandis que dans mon village ici, c'est très facile pour manger local. (...) l'une fait de la glace, des yaourts, l'autre des légumes et pommes de terre, et puis des fromages, des jus de fruits (...).

Ce mode de consommation ne peut se développer que si des agriculteurs sont à proximité, capables de proposer une diversité de produits et de les vendre sans passer par des grandes chaînes de distribution.

Mme 4 : Il y a moins de transport. Il y a moins d'emballage. Il y a moins de manipulation. En fait il y a moins de consommation : on n'est pas obligé de prendre une barquette avec dix trucs. (...) le fait de cueillir, de faire par soi-même (...) ça donne du sens.

Ce rapport à la terre véhicule du sens et s'oppose aux grandes industries alimentaires perçues comme impersonnelles, motivées avant tout par le profit et négligeant la qualité ou la santé du consommateur. La méfiance vis-à-vis de cette industrie s'adresse aussi aux autorités publiques, notamment en matière de régulation sanitaire. Les réglementations de l'AFSCA, par exemple, sont jugées inopérantes face aux manquements constatés sur le terrain.

Mme 1 : (...) il y a parfois des manquements dans l'industrie alimentaire. J'ai été chez Carrefour et il y avait un stock de produits surgelés en dehors des congélateurs, des palettes sans personne autour. J'ai été dire à l'accueil que ça ne donnait pas confiance, un produit décongelé ne peut pas être recongelé. Donc quand on achète un truc chez Carrefour, en réalité, c'était peut-être recongelé. Qui nous le dit ? Personne. Il y a des dangers en dehors des circuits courts. Les dangers des circuits courts, (...) le lait : si je vais le chercher à la ferme (...) il faut le bouillir avant de le boire (...). Je viens d'une famille de fermiers et quand j'étais petite, on le faisait.

Cette méfiance vise à la fois les promesses de sécurité alimentaire, perçues comme faillibles, et les cadres réglementaires qui, paradoxalement, empêchent les petits exploitants de se lancer ou de perdurer. Au contraire, les consommateurs engagés dans les circuits courts expriment une plus grande confiance dans leur capacité à gérer leur alimentation et se montrent moins méfiants à l'égard de produits issus de savoir-faire plus humains avec des pratiques plus manuelles, relationnelles et artisanales. Ceux-ci s'opposent à la robotisation que l'on retrouve dans les supermarchés, portée par une logique d'efficience et de centralisation de l'offre.

Mr 11 : (...) on nous dit toujours qu'on gagne du temps et tout ça mais en fait, (...) quand on parle de charge mentale, de burn-out, je pense que ça joue (...). Est-ce que je ne ferais pas mieux de travailler un jour de moins par semaine et de faire à manger chez moi en m'intéressant à des recettes.

La charge mentale peut s'atténuer en trouvant des synergies (sport, prendre l'air, relations, alimentation), en redonnant du sens au quotidien, en se réappropriant les choses. Mais cette

« philosophie » suppose des choix et des priorités. D'autres vont tenter de préserver le même mode de vie, leur environnement devient alors trop pesant.

Mme 1 : (...) je fais beaucoup de choses, mon travail, mes enfants, la maison, le repas, je suis active dans des associations, j'ai des biens que je mets en location. (...) Il est vrai que le changement au niveau de l'alimentation requiert une fameuse dose de volonté et d'organisation.

La charge qu'elle soit mentale ou organisationnelle est toujours abordée comme barrière externe inévitable (HAPA). N'étant pas le mode de consommation dominant, l'environnement n'est pas favorable à cette consommation. Elle implique :

- **Une planification de l'action (HAPA) : préparer sa liste de courses (aliments bruts), consacrer du temps au repas, prévoir des contenants...**
- **Une planification à faire face (HAPA) : multiplication des lieux d'achats, ajustement des recettes, recherche d'informations...**

Les obstacles sont nombreux et pour parvenir à son adoption, ces nouvelles habitudes doivent pourvoir s'inscrire dans les relations, les rythmes, les valeurs, les ressources et les contraintes qui structurent la vie d'un foyer.

Mme 5 : Il y a cette question d'avoir des enfants aujourd'hui qui (pour beaucoup de couples) se pose pour des questions environnementales ou sociales, ou du monde dans lequel on vit, etc. On a très à cœur de pouvoir accompagner nos enfants en agissant comme on pense, qui est juste (selon nous aujourd'hui) pour qu'elles puissent à leur tour vivre des vies en lien avec quelque chose de plus aligné en terme environnemental, (...). Je crois aussi qu'on a trop de choix aujourd'hui (...) trop de choix alimentaires (...) trop d'accès à l'info. Nous, notre choix, c'est de vivre une sobriété à ce niveau-là aussi.

Dans un environnement saturé d'informations et de sollicitations, chacun doit s'adapter. C'est cette abondance de choix qui déconnecte l'Homme des écosystèmes naturels en créant l'illusion que la production peut croître indéfiniment. Dans l'alimentation, la création de saveurs riches en additifs, sucres ou sels altèrent la perception des saveurs authentiques et déconnectent progressivement les individus de leurs besoins fondamentaux. L'alimentation devient un acte dicté par des stimuli externes (publicitaire, tentation, facilitation).

Mr 6 : Le couple qui n'est pas bombardé tout le temps par les publicités à la télévision aura très probablement une autre manière de manger que celui qui est bombardé par les images qui tendent à dire : « ça c'est le must ». (...) De plus, quand tu vas dans les champs, tu ne passes pas dans 14 rayons qui vont t'attirer à autre chose.

Aller directement chez le producteur, c'est avoir le choix de consommer sans être influencé ou sans céder aux achats impulsifs. C'est, en ce sens, une façon d'exercer un choix plus libre. Si la première barrière à une alimentation locale est généralement le coût, ce mode de consommation limite les achats superflus, le gaspillage, les soins de santé, les sacs poubelles...

Mr 11 : (...) un jambon industriel il pèse 400 g de plus qu'un jambon qui est fait artisanalement, et c'est de la flotte. (...) en fait on a l'impression d'acheter moins cher mais en fait on achète plus d'eau. (...) le fait d'avoir des échanges, de pouvoir mieux connaître les produits, c'est une sorte d'écosystème intéressant (...). C'est incroyable de se dire qu'on achète des produits hyper labellisés qui nous disent « ça, c'est un shampoing », « ça c'est un conditionneur ». (...) Au final, on a un shampoing qui fonctionne très bien et qui n'est pas un produit très compliqué à faire.

Dans le « manger local », l'environnement social permet un partage d'informations mais surtout, il participe à la construction d'une identité collective. Les pratiques alternatives dont le « manger local », sont rassurantes pour l'individu qui perçoit une menace.

Mme 9 : Mes parents, (...) ils n'étaient pas trop sensibilisés. On ne parlait pas de bio, des emballages et tout ça. (...) mais les emballages étaient beaucoup plus simples que maintenant. Tout est tellement suremballé en plastique.

Le contexte de consommation a évolué. Le consommateur d'aujourd'hui est face à de nouveaux enjeux, que les générations précédentes n'avaient ni à identifier, ni à gérer. Il ne s'agissait pas tant d'un manque de sensibilisation mais d'un environnement qui exposait moins l'Homme à des pratiques polluantes. Cette réalité met en lumière une facette qui n'était pas abordée dans les cadres conceptuels : dans une problématique systémique, certains éléments échappent au contrôle direct des individus.

Mme 5 : À un niveau citoyen comme le mien ou n'importe qui, c'est très difficile d'avoir un impact large, quoi. On n'est pas politicien, on n'est pas une multinationale, on n'est pas des gens qui avons des grands moyens à déployer. On est juste nous. (...)

Comme le colibri, chacun reconnaît sa petitesse face à l'ampleur du problème. « Manger local » devient une manière d'agir non pas pour satisfaire une simple attente émotionnelle, mais pour répondre à un besoin existentiel de cohérence et de contribution : celui d'avoir le sentiment d'avoir fait sa part.

Mr 8 : (...) je garde à cœur de me dire « je suis un être humain ici sur Terre et si je n'ai pas d'égard pour l'autre, je n'ai pas beaucoup de valeurs ici sur Terre ».

5. Discussion

Ces résultats apportent des éléments utiles en santé publique, dans la mesure où le modèle HAPA constitue un cadre permettant d'adapter les interventions aux différents profils de changement de comportement (non-intendant, intendant, acteur). La comparaison aux données de la littérature demeure difficile car, bien que ce modèle ait été mobilisé pour analyser des comportements alimentaires, le risque perçu y était plutôt d'ordre biomédical : cholestérol, tension artérielle, indice de masse corporelle... (11). Dans ce mémoire, le risque perçu s'inscrivait dans une logique plus systémique, liée aux enjeux environnementaux, sociaux et éthiques de l'alimentation.

5.1 Retour sur le cadre conceptuel

Les entretiens ont montré que la décision de consommer local émergeait principalement lorsqu'un danger était perçu, soit pour soi-même, soit pour autrui (même en l'absence de perception de vulnérabilité pour soi). Cette intention était motivée par trois types d'attente :

<u>Physique :</u>	<u>Sociale :</u>	<u>Emotionnelle :</u>
Pour protéger sa santé et celles d'autres vivants	Pour soutenir un écosystème plus respectueux	Pour agir en cohérence avec ses valeurs et ses convictions

L'intention d'adopter une alimentation locale se forme lorsqu'étaient réunis ces deux indicateurs du modèle HAPA : **la perception d'un risque et l'attente d'un résultat positif**. À cela devait s'ajouter un **sentiment d'auto-efficacité** (selon la littérature), indispensable pour initier l'action mais aussi pour en assurer la continuité. Ce sentiment d'auto-efficacité, tout

comme la mise à l'action (qu'il s'agisse de **la planification de l'action ou des stratégies pour faire face aux obstacles**) dépendaient des ressources disponibles, des connaissances détenues, ainsi que du contexte familial et social. La mise en perspective de ces éléments souligne **l'influence des déterminants de santé** sur l'adoption d'un comportement de santé.

Toutefois, les résultats issus des entretiens apportent des contributions empiriques complémentaires au modèle HAPA. Le profil 2, animé par une attente de résultat systémique, se distingue des profils décrits dans la littérature (davantage centrés sur des attentes de résultats individuels et tangibles). Son engagement s'inscrit dans une logique de transformation structurelle (réduction des déchets, des intrants, des inégalités, etc.) initiée par des choix quotidiens de consommation. Le décalage entre les efforts et les effets escomptés (souvent imperceptible) tend à réduire l'auto-efficacité perçue et donc fragiliser le maintien de l'action. Le maintien de l'action repose alors essentiellement sur l'attente d'un résultat émotionnel : celui de cohérence entre la prise de conscience, les valeurs personnelles et le sentiment de devoir agir. La vulnérabilité perçue ne s'oriente pas vers soi, marquant une singularité dans les dynamiques motivationnelles recensées dans la littérature. Cependant, l'affaiblissement de l'auto-efficacité perçue constitue un frein supplémentaire à la mise en œuvre de l'action. Ceux qui agissent ont une croyance en la nécessité d'un engagement individuel pour impulser un changement collectif.

5.2 Émergence d'un déclencheur à l'action

Les entretiens illustrent un sentiment d'impuissance. Ce sentiment freine le déclenchement de l'action. Pierre Peyretou conceptualise ce phénomène et le nomme le « triangle de l'inaction ». Les trois grands acteurs de la société (citoyens, entreprises et pouvoirs publics) se déresponsabilisent en se rejetant la faute (35). Les actions de santé publique apparaissent comme vitales pour briser cette paralysie collective. Dès lors, analyser les choix alimentaires permet de concevoir des politiques efficaces (36). Les politiques de promotion de la santé doivent s'articuler autour des axes définis par la charte d'Ottawa (4).

5.3 Axe 1 : Élaborer des politiques publiques qui permettent de favoriser des conditions favorables à des choix de santé

Une étude de Sciensano en 2023 déclare, sur base d'un échantillon représentatif de francophones Belges, que 61% d'entre eux émettent une intention de consommer davantage

en circuit court. Selon l'enquête de L'Agence wallonne pour la Promotion d'une Agriculture de Qualité (Apaq-W), les plus grands freins sont le prix, le temps, l'offre limitée, les points de vente peu accessibles (37). Le Belge est favorable à la majorité des politiques publiques qui permettent de promouvoir une alimentation saine. La seule action qui n'obtient pas un soutien majoritaire est la taxation d'aliments défavorables à la santé. La politique qui récolte le plus large soutien (93 % des personnes interrogées) est l'éducation des enfants aux habitudes alimentaires favorables à la santé (38).

5.4 Axe 2 : Développer les aptitudes individuelles (informer et éduquer) pour permettre à chacun de faire des choix raisonnés

Si l'éducation à l'école bénéficie d'un large soutien, la diffusion d'informations sur une alimentation saine, elle, ne recueille l'adhésion que de 49 % des Wallons. Cette contradiction marquante mérite de s'y attarder pour réellement cerner les attentes vis-à-vis des politiques de santé : le soutien envers cette diffusion par le biais de campagnes, de recommandations nutritionnelles révèle une disparité territoriale dans les attentes (taux d'adhésion observé en Flandre (72 %) et à Bruxelles (66 %)). Ce faible niveau d'adhésion, en comparaison avec d'autres régions, questionne l'efficacité et l'adéquation des dispositifs de prévention déployés en Wallonie. L'adhésion est corrélée au capital éducatif : le niveau d'adhésion est le plus faible parmi les personnes sans diplôme ou n'ayant suivi que l'enseignement primaire ou secondaire (58.6 %), 65,4 % pour les diplômés de type court et 73,9 % chez ceux de type long (38). Une corrélation est également établie entre une mauvaise santé et un faible niveau de littératie en santé (39).

Un Belge sur trois a une faible littératie en santé (39). La littératie en santé est : « les connaissances, la motivation et les compétences de l'individu à accéder à une information de santé, la comprendre, l'évaluer et l'appliquer, afin de porter un jugement et de prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant ses soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, dans le but de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie tout au long de la vie. »⁵ (40). La littératie alimentaire permet d'aligner les choix alimentaires aux informations de santé. En Wallonie, le score de littératie lié à la consommation d'aliments est

⁵ Traduction libre de l'auteur d'après la revue systématique de Sørensen et al. (2012) qui propose une définition intégrée de la littératie en santé à partir de 17 définitions et 12 modèles conceptuels.

de 44%. Ce score indique une faible capacité à intégrer les recommandations de santé lors des repas : faible sensibilité aux habitudes alimentaires favorables à la santé et difficulté à maintenir une alimentation équilibrée (41). Bien qu'il soit généralement difficile d'évaluer l'efficacité d'interventions en littératie en santé, des recommandations européennes sont mises en place : adapter l'intervention aux besoins, aux compétences (l'outil peut être simple ou animé) et à l'accessibilité (numérique ou hybride) (42). Un exemple de programme ayant eu des effets immédiats sur la consommation de ceux l'ayant suivi (en fruits, légumes, fast-foods et boissons sucrées) est le Food Sensations®. Le programme était divisé en quatre séances en groupe. La séance repose sur une approche expérientielle et participative : ateliers de cuisine, modules interactifs sur la planification des repas, lecture des étiquettes nutritionnelles... Adapté aux capacités des participants, le programme renforce la motivation, la confiance en soi et l'auto-efficacité. Ce programme était financé par le département de la Santé de l'État d'Australie-Occidentale et a été suivi par 2 628 participants. Avec près de 70 % des participants initialement en faible littératie alimentaire ayant progressé (43) le programme souligne l'impact capital des choix de financement en matière de promotion de la santé publique. L'approche systémique de renforcement des systèmes de santé invite à s'interroger sur les types d'intervention, leur complexité de mise en œuvre et leur potentiel à produire des effets à l'échelle du système (44). Les résultats de cette étude soulignent davantage l'efficacité des outils transmis de manière directe et personnalisée : formation en prévention du cancer, conseils médicaux, pictogrammes explicatifs, ou encore apprentissage du « faire soi-même ». À l'inverse, les programmes à grande échelle sont évoqués comme des éléments de l'environnement, pouvant favoriser la prise de conscience, mais ne sont pas perçus comme des ressources concrètement mobilisables dans le quotidien des participants.

5.5 Axe 3 : Créer un environnement (milieux de vie, de travail, de loisirs) sûr et soutenant

Afin de soutenir un choix alimentaire en faveur de la santé publique, les politiques sont appelées à diminuer le marketing alimentaire pour les enfants et à intégrer les produits ultratransformés dans leurs directives alimentaires. Ils sont aussi invités à travailler sur la racine du problème en modifiant l'offre alimentaire (ce qui est vendu, servi dans les écoles ou hôpitaux, fabriqué par l'industrie) en instaurant des cadres réglementaires (45). L'étude de Sciensano montre que toute politique visant à encadrer l'alimentation des jeunes jouit

d'un grand soutien (repas scolaires équilibrés, vente limitée de boissons sucrées dans les établissements publics ou interdiction de publicité ciblant les enfants pour des produits alimentaires malsains) (38). Les jeunes (-18 ans) sont dans une période qui est la base des futures habitudes alimentaires. Alors que près de la moitié des pays de la Région européenne de l'OMS ont déclaré la mise en place de mesures limitant le marketing alimentaire sur les enfants, la Belgique ne dispose toujours pas de cette réglementation (46).

L'offre limitée et l'accessibilité restreinte des points de vente constituent également des freins importants (37). La pérennité de cette consommation dépend de l'aménagement territorial. Comme on l'entend à travers les entretiens, il faut des fermes autour de chez soi, qui vendent en direct. Selon la littérature, cette gestion doit être assurée par des ateliers locaux de taille moyenne (23). Pourtant, le modèle actuel en Belgique permet aux grandes exploitations (>100 hectares) d'augmenter en nombre, avec la disparition progressive des plus petites structures. Le nombre total d'exploitations a ainsi été réduit de moitié au cours des 30 dernières années (47). Dans ce contexte, les terres agricoles belges sont particulièrement convoitées par les agriculteurs cherchant à étendre leur surface, mais aussi par des investisseurs. Cette pression alimente une logique de spéculation foncière (acheter pour revendre à un prix plus élevé) qui désavantage les petites exploitations (48). En France, l'État gère la société d'aménagement foncier et d'établissement rural afin de valider les projets d'utilisation des terres dans un intérêt général (49).

5.6 Axe 4 : Renforcer l'action communautaire (impliquer les individus dans des décisions de santé)

L'objectif même de ce mémoire s'inscrit dans cet axe : en interrogeant directement des consommateurs ayant orienté leurs pratiques vers une alimentation plus locale. Il s'agit ainsi de faire émerger leur point de vue afin qu'il puisse contribuer à orienter les décisions de santé publique qui les concernent. Cette étude confronte les parcours de consommateurs ayant adopté une alimentation locale aux données de la littérature portant sur le consommateur belge. En ce sens, cette recherche contribue à ajuster les politiques publiques aux besoins exprimés. Ce mémoire défend une vision intégrée de la promotion de la santé, dans laquelle les individus sont reconnus comme des acteurs à part entière.

5.7 L'analyse des biais, des limites, des forces et perspectives

Biais de désirabilité sociale (50) : Les participants peuvent chercher à se présenter sous un jour favorable, parfois au détriment d'un retour sur les pratiques ou motivations réelles.

Force : Se rendre au domicile du participant donne accès à son cadre de vie, révélant des éléments implicites et favorisant un échange plus authentique. De plus, la flexibilité de l'entretien semi-directif permet d'adapter le questionnement aux situations rencontrées (26).

Limites : Le lieu devenait une source de distractions (animaux de compagnie, interruptions téléphoniques...). Il ne correspond pas au cadre spatio-temporel optimal (calme, isolé, propice à l'écoute et à la concentration (32)). La qualité de l'échange dépend de ce cadre (31).

Biais de sélection (50) : L'échantillonnage en boule de neige tend à recruter des individus issus d'un même réseau, limitant la diversité des profils. La saturation perçue reste donc relative à une population homogène, composée majoritairement de consommateurs très engagés (pas d'un échantillon aux points de vue diversifiés face à la question étudiée (26)).

Limite de cette étude : Bien que les profils sociodémographiques soient variés, la moitié des participants s'approvisionnait au même point de vente en auto-récolte, partageant une vision du « manger local » et des habitudes similaires. Cette homogénéité peut limiter la portée des résultats à ce type de contexte d'approvisionnement.

Perspective : Modifier le focus : Les programmes en promotion de la santé doivent être pensés selon le public qu'ils ciblent (42). Poursuivre cette recherche en ciblant des populations rurales ou urbaines, aux profils sociaux et économiques spécifiques, permettrait de mieux orienter les interventions selon le principe d'universalisme proportionné. Les résultats permettraient de contribuer à la réduction des inégalités (51) en cohérence avec les engagements de la promotion de la santé (4).

Modifier l'outil : Une étude qui pense en système gagnerait en richesse si elle pouvait inclure un éventail d'acteurs. Les actions de santé publique ne peuvent se limiter à une évaluation de leur efficacité théorique : leur faisabilité et leurs effets collatéraux doivent également être pris en compte. Les mesures discutées, telles que la taxation, la régulation ou l'aménagement de l'environnement, ont des répercussions sur d'autres secteurs comme l'affectation des finances publiques et le développement industriel du territoire. Dans le cadre de ce mémoire, des échanges informels ont été organisés avec divers acteurs (un toxicologue, un hydrologue, une psychologue, une médecin, une experte en santé publique, un agriculteur et un dirigeant d'entreprise agroalimentaire) et plusieurs conférences ont été suivies. Ces apports, bien

qu'ayant réellement contribué à l'évolution de la compréhension du système, n'ont pu être discutés car ils dépassent le périmètre méthodologique, la question de recherche et l'espace rédactionnel alloué. Une étude future pourrait réunir divers acteurs pour réfléchir ensemble aux enjeux, modéliser les effets de l'intervention, puis ajuster celle-ci en fonction des retours et des dynamiques du système (52).

5.8 Conclusion

Signée en 1986, la charte d'Ottawa a posé les principes de promotion de la santé. Aujourd'hui, dans une ère qualifiée de « complexe », l'enjeu est de transformer la santé publique pour qu'elle puisse répondre aux ambitions portées par cette charte. Il est temps de ne plus percevoir la santé dans une approche linéaire (53). Le WAPPS incarne la mise en œuvre des principes de promotion de la santé et cette recherche y contribue en apportant une information sur l'alimentation équilibrée et durable et une réflexion sur son accessibilité et sur le soutien aux dynamiques communautaires (7). Les principaux résultats issus de cette recherche peuvent être synthétisés sur base du modèle HAPA ainsi :

Phase motivationnelle : La littératie alimentaire conditionne la capacité du consommateur à percevoir le danger (en accédant à l'information) et dès lors, à se forger des attentes de résultats. Elle accroît son sentiment d'auto-efficacité en lui donnant les outils pour comprendre, évaluer et appliquer l'information. Les entretiens permettent de questionner les interventions en littératie en santé car les outils personnalisés se sont révélés plus mobilisateurs tandis que les programmes généraux ont surtout contribué à créer un environnement propice à la prise de conscience, soulignant la nécessité d'adapter les interventions en santé publique aux besoins perçus des individus.

Phase volitive : L'environnement et les déterminants de santé jouent un rôle capital dans la planification de l'action et l'élaboration de stratégies pour surmonter les obstacles.

L'auto-efficacité (dans les deux phases) est parfois faible lorsque les attentes de résultats sont trop systémiques ce qui freine le passage à l'action. En tant que l'un des trois acteurs clés, la santé publique peut contribuer à rompre le triangle de l'inaction en investissant dans la prévention en amont et en adoptant une approche systémique des systèmes de santé.

6. Bibliographie

1. Antoine-Moussiaux N. One Health. Cours presented at; 2023 Feb 14; Uliege.
2. Riquet S. L'éducation à la santé familiale. Cours presented at; 2024 Nov 12; Uliege.
3. Focke G. Débat sans langue de bois avec les agriculteurs locaux. Conférence presented at; 2023 May 16; Lasne.
4. Organisation mondiale de la santé, Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social, Association canadienne de santé publique. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [Internet]. Ottawa, Canada: Gouvernement du Canada; 1986 Nov. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
5. Fédération Wallonne de Promotion de la Santé. Qui sommes-nous ? [cited 2024 Dec 13]. FWPS. Available from: <https://www.fwpsante.be/fwps/>
6. Fédération Wallonne de Promotion de la Santé. Processus de concertation avec la Région Wallonne. [cited 2024 Dec 13]. WAPPS et décret. Available from: <https://www.fwpsante.be/projets/wapps-et-decret/>
7. Gouvernement wallon. Plan de prévention et de promotion de la santé en Wallonie. Partie 2 : Référentiel pour l'action. Horizon 2030 [Internet]. Service Public de Wallonie (ou Gouvernement wallon); 2018. Available from: https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2022-02/wapps-partie-2.pdf
8. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2019 May 11;393(10184):1958–72.
9. Wang Y, Hu B, Zhao Y, Kuang G, Zhao Y, Liu Q, et al. Applications of System Dynamics Models in Chronic Disease Prevention: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis*. 2021 Dec 23;18:E103.
10. Rapport EAT-Lancet : Une alimentation saine grâce à des systèmes alimentaires durables (2019, 2024) – Boîte à outils ICDA sur la durabilité [Internet]. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://icdasustainability.org/fr/report/rapport-eat-lancet-une-alimentation-saine-grace-a-des-systemes-alimentaires-durables/>
11. Schwarzer R. Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Appl Psychol: Int Rev*. 2008;57(1):1–29.
12. Schwarzer R. Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actualidades en Psicología*. 2016 Dec 5;30(121):119–30.
13. Émond A. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants - Résultat d'une réflexion commune. Québec, Canada: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS); p. 36.

14. Parodi AL. Le concept « One Health », une seule santé : réalité et perspectives. *Bull Acad Natl Med.* 2021 Aug;205(7):659–61.
15. Actu-Environnement [Internet]. Actu-environnement; [cited 2025 May 8]. Définition de Holocène. Available from: https://www.actu-environnement.com/ae/dictionnaire_environnement/definition/holocene.php4
16. Folke C, Polasky S, Rockström J, Galaz V, Westley F, Lamont M, et al. Our future in the Anthropocene biosphere. *Ambio.* 2021 Apr;50(4):834–69.
17. Mace JL, Knight A. Influenza risks arising from mixed intensive pig and poultry farms, with a spotlight on the United Kingdom. *Frontiers in Veterinary Science* [Internet]. 2023 Dec 21 [cited 2024 May 18];10. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/veterinary-science/articles/10.3389/fvets.2023.1310303/full>
18. Erickson PJ, Ingram JSI, Liverman DM. Food security and global environmental change: emerging challenges. *Environmental Science & Policy.* 2009 Jun 1;12(4):373–7.
19. Newsroom [Internet]. [cited 2025 May 2]. Les plantes qui nourrissent la population mondiale. Available from: <https://www.fao.org/newsroom/story/The-plants-that-feed-the-world/fr>
20. Clemente-Suárez VJ, Beltrán-Velasco AI, Redondo-Flórez L, Martín-Rodríguez A, Tornero-Aguilera JF. Global Impacts of Western Diet and Its Effects on Metabolism and Health: A Narrative Review. *Nutrients.* 2023 Jun 14;15(12):2749.
21. Daviron B. Aux origines de l'agriculture industrielle. In: Bricas N, Conaré D, Walser M, editors. *Une écologie de l'alimentation* [Internet]. Quæ. éditions Quæ; 2021 [cited 2025 Mar 5]. p. 71–81. Available from: <https://www.quae-open.com/extract/646>
22. Willett W, Rockström J. Une alimentation saine issue de production durable *Alimentation Planète Santé* [Internet]. Oslo: EAT-Lancet Commission; 2019 p. 30. Available from: https://eatforum.org/content/uploads/2019/07/EAT-Lancet_Commission_Summary_Report_French.pdf
23. Duru M. « One-health » : une approche pour refonder notre système alimentaire. *Encyclopédie du développement durable* [Internet]. 2023 février; Available from: <https://encyclopedie-dd.org/encyclopedie/economie/4-2-les-conditions-de-travail/one-health-une-approche-pour.html>
24. Graham H, White PCL. Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives. *Public Health.* 2016 Dec;141:270–8.
25. WAPPS (Plan wallon de prévention et de promotion de la santé) [Internet]. [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://www.aviq.be/sites/default/files/2021-10/Plan%20Horizon%2030%20partie%202-FICH.pdf>

26. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives*. 2014;(4):67–82.
27. Anadón M, Guillemette F. La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? *Rech Qualit*. 2007;5:26–37.
28. Strel S. Méthodologie de la recherche : méthodes d'échantillonnage. Cours presented at; 2023 May 10; B35a Welsch ULiège.
29. Équipe pédagogique U de L MOOC santé publique; 2024. Agir pour sa santé [Internet]. Université de Liège; 2024. Available from: <https://lms.fun-mooc.fr/courses/course-v1:ulg+108005+session06/courseware/cef4c75e0e1a45d0bc99d206e2302b75/2187c3887c024b169591bd4c11810a8d/>
30. Marquet J, Van Campenhoudt L, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2022. 352 p. (Collection U; vol. 6e éd.). Available from: <https://www.cairn.info/manuel-de-recherche-en-sciences-sociales--9782200633950.htm>
31. Marquet J, Van Campenhoudt L, Quivy R. Panorama des principales méthodes de recueil des informations. In: *Manuel de recherche en sciences sociales* [Internet]. Armand Colin; 2022. Available from: <https://www.cairn.info/manuel-de-recherche-en-sciences-sociales--9782200633950.htm>
32. Marquet J, Van Campenhoudt L, Quivy R. Les entretiens exploratoires. In: *Manuel de recherche en sciences sociales* [Internet]. Armand Colin; 2022. Available from: <https://www.cairn.info/manuel-de-recherche-en-sciences-sociales--9782200633950.htm>
33. Tétreault S. Entretien de recherche. In: *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur; 2014.
34. Lejeune C. Chapitre 3 : Étiqueter : des propriétés aux catégories. In: *Manuel d'analyse qualitative* [Internet]. De Boeck Supérieur; 2019 [cited 2025 Apr 25]. p. 57–95. Available from: <https://shs.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582-page-61>
35. Guzniczak B. Climat, pollution et inégalités sociales:De l'inaction au changement. *Les Cahiers Dynamiques*. 2023 Dec 14;82(1):26–32.
36. Rampalli KK, Blake CE, Frongillo EA, Montoya J. Why understanding food choice is crucial to transform food systems for human and planetary health. *BMJ Glob Health*. 2023 May;8(5):e010876.
37. Baromètre de consommation de produits locaux et issus des circuits courts | l'Apaq-W [Internet]. [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://www.apaqw.be/fr/node/11388>
38. Actions attendues du gouvernement | sciensano.be [Internet]. [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://www.sciensano.be/fr/resultats-de-l'enquête-nationale-de->

consommation-alimentaire-2022-2023/determinants-des-choix-alimentaires/actions-attendues-du-gouvernement

39. 848. Vers une Belgique en bonne santé. 2020 [cited 2025 Jan 13]. Littératie en santé. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/litteratie-en-sante>
40. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012 Jan 25;12:80.
41. sciensano.be [Internet]. [cited 2025 Jan 13]. Résultats de l'Enquête nationale de consommation alimentaire 2022-2023. Available from: <https://www.sciensano.be/fr/resultats-de-l'enquete-nationale-de-consommation-alimentaire-2022-2023>
42. Visscher BB, Steunenberg B, Heijmans M, Hofstede JM, Devillé W, van der Heide I, et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health.* 2018 Dec 29;18(1):1414.
43. Begley A, Paynter E, Butcher LM, Dhaliwal SS. Effectiveness of an Adult Food Literacy Program. *Nutrients.* 2019 Apr 7;11(4):797.
44. De Savigny D, Adam T. Chapitre 1 : approche systémique du renforcement des systèmes de santé : Introduction [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2009 [cited 2025 Apr 25] p. 27–38. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44252>
45. Vandevijvere S, Pedroni C, De Ridder K, Castetbon K. The Cost of Diets According to Their Caloric Share of Ultraprocessed and Minimally Processed Foods in Belgium. *Nutrients.* 2020 Sep;12(9):2787.
46. Conseil Supérieur de la Santé [Internet]. [cited 2025 Apr 27]. RÉDUIRE L'EXPOSITION DES ENFANTS, Y COMPRIS DES ADOLESCENTS, AUX ALIMENTS MALSAINS PAR LE BIAIS DES MÉDIAS ET DU MARKETING EN BELGIQUE. Available from: <https://www.hgr-css.be/fr/la-promotion-des-aliments-malsains-aupres-des-enfants-est-elle-acceptable>
47. SPW. Etat de l'Agriculture Wallonne. [cited 2024 Apr 8]. Exploitations agricoles. Available from: http://etat-agriculture.wallonie.be/cms/render/live/fr/sites/reaw/contents/indicatorsheets/EAW-A_II_b_1-1.html
48. Gallez Z. Terre-en-vue. 2025 [cited 2025 Apr 28]. Enjeux. Available from: <https://terre-en-vue.be/presentation/article/constats>
49. Safer [Internet]. [cited 2025 Apr 28]. Qu'est-ce qu'une Safer ? Available from: <https://www.safer.fr/les-safer/quest-ce-qu'une-safer/>
50. Tétreault S. Appropriation d'une terminologie scientifique. In: Guide pratique de recherche en réadaptation [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014

- [cited 2024 May 20]. p. 53–68. (Méthodes techn et outils d'intervention). Available from: <https://www.cairn.info/guide-pratique-de-recherche-en-readaptation--9782353272679-p-53.htm>
51. Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé [Internet]. [cited 2025 May 13]. Universalisme proportionné. Available from: <https://rrapps-bfc.org/node/830>
 52. De Savigny D. Chapitre 5 : Approche systémique du renforcement des systèmes de santé : la voie à suivre [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2009 [cited 2025 Apr 25] p. 93–100. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44252>
 53. Breton É. La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? Santé Publique. 2016 Dec 29;28(6):721–7.

7. Annexe

Guide d'entretien :

Introduction :

Bonjour, tout d'abord merci de participer à mon étude sur les circuits courts, je vais commencer par me présenter je suis Pauline, étudiante en master à l'université de Liège en santé publique. J'ai deux sœurs et je vis dans le Brabant Wallon. Et vous, qui êtes-vous ?

Ces informations sont importantes dans cette étude qui vise à comprendre le contexte dans lequel une personne modifie sa manière de consommer. Ensemble, nous allons explorer les raisons de ce changement ainsi que les aides et obstacles rencontrés en pratique afin que les actions en promotion de la santé puissent soutenir ce changement. N'hésitez pas à répondre honnêtement car il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Je tiens à vérifier avec vous que le document relatif au consentement éclairé a bien été signé. Maintenant que l'entretien a démarré, nous pouvons entrer dans le vif du sujet, je tiens à rappeler qu'il durera environ 30 à 45 minutes et que je prendrai des notes afin de garantir la fidélité de vos propos. Avez-vous une question avant de débuter ?

C'est quoi, selon vous, consommer en circuit court ?

Phase sans intention

Question générale	Question complémentaire	Objectif / indicateur
1. Pouvez-vous me parler de vos habitudes alimentaires avant de commencer à acheter en circuits courts ?	Les aliments principalement consommés (aliments bruts, plats préparés, plats surgelés...) Les raisons principales de cette consommation (praticité, coût, goût, habitudes familiales, rapidité...)	Comprendre la situation avant le changement (phase sans intention)

Phase motivationnelle

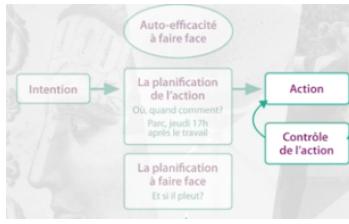
Question générale	Question complémentaire	Objectif / indicateur
Qu'est-ce qui vous a poussé à changer vos habitudes alimentaires ?	Provenance de l'influence (personnelles, sociales, environnementale...)	Comprendre les motivations derrière le changement d'habitude alimentaires pour identifier la provenance de l'influence et en dégager des enseignements utiles en promotion de la santé.

Question générale	Question complémentaire	Objectif / indicateur
Associez-vous des risques à une consommation moins locale ? Vous sentez-vous personnellement vulnérable face à une mauvaise alimentation ?	Provenance de ces informations ?	<p>Étape du modèle : Perception des risques et sa provenance pour comprendre comment agir.</p> <p>Sévérité des conséquences du comportement de santé</p> <p>Vulnérabilité face à ces conséquences</p> <pre> graph TD A[La perception des risques Sévérité Vulnérabilité] --> B[Les attentes de résultats] C[L'auto-efficacité d'action] --> D[Intention] B --> D </pre>

Question générale	Question complémentaire	Objectif / indicateur			
Quelles étaient vos attentes en choisissant des produits issus de circuits courts ?	<table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 5px;"> <tr><td>Soc.</td><td>Phys.</td><td>Émot.</td></tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Considérations écologiques - Fraîcheur et vitamines des produits - Economie locale - Provenance - conservateurs et additifs - emplois locaux - agriculture familiale 	Soc.	Phys.	Émot.	<p>Étape du modèle : Les attentes de résultats</p>  <p>Les attentes sociales, physiques et émotionnelles suite au changement.</p>
Soc.	Phys.	Émot.			
Qu'est-ce qui vous a convaincu que vous pouviez réussir à adopter une alimentation en circuit court ?	<ul style="list-style-type: none"> - Êtes optimiste ou pessimiste ? - Capacités organisationnelles ? - Volonté ? 	<p>Étape du modèle : Auto-efficacité (phase intention) / (phase volitive) face aux barrières.</p>  <p>L'objectif est de déterminer s'il existe un profil de personnes plus susceptible de changer de comportement (sur quel public cibler quelles actions).</p>			

Phase volitive - planification du comportement

Question générale	Question complémentaire	Objectif / indicateur				
Quelles actions avez-vous mises en place pour consommer local	Où ? Quand ? Comment ?	<p>Étape du modèle :</p> <p>En identifiant le contexte et les stratégies utilisées pour adopter ces comportements, il est dès lors possible de proposer des pistes d'actions pour soutenir ce type de consommation.</p>				
Quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez lorsqu'il s'agit de consommer des produits locaux ?	<table border="1"> <tr> <td>Interne :</td> <td>Externe :</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Êtes-vous informé(e) des précautions nécessaires pour assurer la sécurité alimentaire lorsque vous mangez en circuit court ?</p>	Interne :	Externe :			<p>Étape du modèle : Planification à faire face : barrières et stratégies</p> <p>Identifier les barrières afin d'examiner comment les stratégies peuvent les atténuer.</p>
Interne :	Externe :					

Question générale	Question complémentaire	Objectif / indicateur
Comment gérez-vous ces obstacles ?	Avez-vous suivi des formations pour augmenter vos connaissances ? (planification, solutions alternatives)	<p>Étape du modèle : Planification à faire face : barrières et stratégies</p>  <p>Objectif similaire, comprendre les facilitateurs et ressources disponibles et en quoi la santé publique peut soutenir ceux-ci.</p>
De quoi avez-vous ou auriez-vous eu besoin pour soutenir votre consommation locale.		<p>Étape du modèle : Autosurveillance - conscience de l'effort fourni pour atteindre les objectifs.</p>  <p>Définir avec la personne les aides qui faciliteraient la mise en place/maintien de ce comportement afin d'agir sur ces points en promotion de la santé.</p>

Poster de recrutement :



ÉTUDE SUR L'ALIMENTATION EN **CIRCUIT COURT**

PARTICIPEZ À MON MÉMOIRE

EN PARTAGEANT **VOTRE EXPÉRIENCE**, NOUS POURRONS
SOUTENIR UNE CONSOMMATION PLUS RESPONSABLE
AFIN DE PROMOUVOIR LA SANTÉ.



LE CONSOMMATEUR, LA RACINE DU CHANGEMENT POUR UNE ALIMENTATION DURABLE

Je m'appelle Pauline, je suis étudiante en sciences de la santé publique, et je mène une étude sur les facteurs qui encouragent ou freinent un consommateur à passer à une alimentation en circuit court.

Mon but est de comprendre le contexte de chacun afin de chercher des pistes d'actions en promotion de la santé.

POUR QUI?

- Je réside dans le Brabant Wallon
- J'ai modifié mes habitudes alimentaires et je privilégie désormais une alimentation en circuit court
- J'ai plus de 18 ans
- Je suis responsable des courses au sein du foyer



L'ENTRETIEN

Durée : 30-45 minutes
À convenir selon vos disponibilités
(en ligne ou dans un lieu à convenir)

COMMENT PARTICIPER ?

Vous pouvez : scanner
ce QR code



ou me contacter directement au :

0470.10.31.12

Formulaire de consentement éclairé :



Formulaire d'information et de consentement RGPD pour un travail de fin d'étude

Ver. 1.1 du 10/11/2024 -Consommation en circuit court dans le Brabant wallon : analyse des facteurs motivant et soutenant ce changement comportemental pour agir en promotion de la santé

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est :

ANTOINE-MOUSSIAUX Nicolas

nantoine@uliege.be

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est :

Kemp Pauline

Pauline.kemp@student.uliege.be

Master en Sciences de la Santé Publique

Description de l'étude

Cette étude a pour objectif principal d'explorer le parcours de personnes ayant adopté une alimentation en circuits courts. Une analyse permettra de mettre en évidence les conditions qui favorisent ou freinent ce comportement de santé. Une réflexion approfondie visera à définir les actions en promotion de la santé susceptibles de soutenir ce comportement de santé dans le Brabant Wallon.

La méthodologie repose sur des entretiens individuels semi-directifs réalisés auprès de consommateurs de circuits courts dans le Brabant Wallon. En amont, des entretiens seront organisés avec des experts en promotion de la santé. Bien que ces derniers ne soient pas inclus dans les résultats, ils serviront à orienter le guide d'entretien, la recherche, et les propositions d'actions que l'investigateur pourrait formuler. En aval, des entretiens avec des agriculteurs ou des vendeurs locaux pourraient être organisés afin de définir la faisabilité des actions en pratique.

Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2024-2025.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

1. Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

2. Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées sont de nature qualitative. Elles portent sur vos expériences personnelles et vos perceptions. Plus précisément, nous examinerons les étapes de votre changement de comportement alimentaire vers une alimentation en circuit court, ainsi que les motivations, obstacles ou facilitateurs liés à ce changement. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

3. À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifiques de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

4. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

5. Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

Étape 1 : Récolte de données lors d'entretiens individuels.

L'étudiante enregistre les entretiens à l'aide d'un magnétophone sur smartphone. Les enregistrements seront transférés sur un support sécurisé (PC) protégé par un mot de passe, puis supprimés du smartphone (magnétophone). Des notes seront également prises et conservées dans une armoire fermée à clé.

Étape 2 : Pseudonymisation des données.

Les données de contact et les réponses aux questions seront placées dans deux fichiers distincts. Les réponses pourront être reliées aux données de contact via un code. Les fichiers seront conservés uniquement sur le OneDrive avec le contrat Office 365 de l'ULiège.

Étape 3 : Traitement des réponses.

Une fois les données de contact devenues inutiles, le fichier contenant ces informations sera supprimé. Les réponses resteront alors totalement anonymes.

Étape 4 : Rédaction du TFE.

Le mémoire sera rédigé à partir des réponses désormais anonymes.

6. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Dans le cadre de cette étude, les données à caractère personnel concernant les participants seront pseudonymisées. Cela signifie que vos données ne seront plus directement liées à votre nom ou prénom. À la place, elles seront associées à un code. Pour garantir une sécurité optimale, la table de correspondance entre les codes et les identités sera conservée séparément des données, et celles-ci seront stockées sur un support sécurisé, conformément aux normes en vigueur. Les données seront rendues anonymes dès la retranscription du matériel et ne seront conservées que pour la durée strictement nécessaire à la réalisation de l'étude et à l'analyse des résultats.

7. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

8. Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

9. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

10. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- s'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

11. Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement à participer à l'étude

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur : Antoine-Moussiaux, Nicolas

Date : 27/11/24



Signature :

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : Kemp Pauline

Date : 2/12/24

Signature :



Réponse du comité d'éthique :

RE: Dossier pour un mémoire à présenter en juin



E

✉ Ethique <ethique@chuliege.be>
To: ✉ Kemp Pauline; Antoine-Moussiaux Nicolas

Friday, 6 December 2024 at 12:15

Bonjour,

Votre étude n'est pas soumise à la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et puisque vous ne souhaitez pas la publier, il n'est pas nécessaire de la soumettre au Comité d'Ethique.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL

Secrétariat Administratif

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Route 562, Porte 166

Avenue de l'Hôpital, 1

4000 Liège

Tel: +32 4 323 21 58

ethique@chuliege.be



Réponse du MSSS (Québec) pour l'utilisation du Cadre conceptuel :

RE: 25-26-019 Demande d'autorisation d'utilisation du Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants_Kemp Pauline



MSSS - Propriété intellectuelle <propriete.intellectuelle@msss.gouv.qc.ca>
To: Kemp Pauline

😊 ← ↵

Friday, 23 May 2025 i



Bonjour,

Votre demande est autorisée. Nous vous enverrons l'autorisation la semaine prochaine.

Cordialement,