

LES INÉGALITÉS SOCIALES EN ALIMENTATION

FASCICULE SUR L'ÉQUITÉ

EN ALIMENTATION



Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat à la prévention et à la santé publique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : Quebec.ca/publications-santé-services-sociaux

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-95047-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2025

AUTRICES

Amélie Bergeron, Dt.P., M. Sc., conseillère scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Joanie Lefebvre, Dt.P., M. Sc., conseillère scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Éric Robitaille, Ph. D., conseiller scientifique spécialisé, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Chantal Blouin, cheffe d'unité scientifique (maintenant conseillère scientifique spécialisée à la Direction du développement des individus et des communautés), Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Caroline Delisle, cheffe d'unité scientifique (maintenant cheffe de secteur à la Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie), Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Pierre-Henri Minot, chef d'unité scientifique par intérim, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Marie-Claude Paquette, Dt.P., Ph. D., conseillère scientifique spécialisée, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Laurie Plamondon, Dt.P., M. Sc., conseillère scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Léa Laflamme, conseillère – saines habitudes de vie, Direction des saines habitudes de vie, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Carmen Baci, conseillère – équité et territoires en santé, Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Geneviève Chénier, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, CISSS de la Montérégie

RÉVISEURS

Marie-Hélène Senay, M. Sc., conseillère scientifique, Direction de la valorisation scientifique et de la qualité, Institut national de santé publique du Québec

Aurélie Maurice, M. D., M. Sc., FRCPC, médecin spécialiste, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Patrick Morency, M. D., Ph. D., FRCPC, médecin spécialiste, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Rosanne Blanchet, Dt.P. Ph. D., professeure adjointe, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal

RÉVISION LINGUISTIQUE

Marilou Gagnon-Thibault

Les autrices n'ont pas de conflit d'intérêts à déclarer. Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version provisoire de cette publication et, en conséquence, n'ont pas révisé ni endossé le contenu définitif

AVANT-PROPOS

Cette production est réalisée par l'équipe Alimentation de la Direction du développement des individus et des communautés à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Elle vise à définir ce que sont les inégalités sociales en alimentation, à en identifier les causes et à en nommer des conséquences. La production présente aussi un cadre conceptuel qui illustre comment des facteurs structuraux, intermédiaires et individuels peuvent générer des inégalités sociales en matière d'alimentation saine et suffisante.

Cette production vise à soutenir les intervenants de santé publique œuvrant en sécurité alimentaire et en saine alimentation, ainsi que leurs partenaires.

C'est dans le cadre des travaux du groupe de travail sur l'équité en alimentation, mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux et regroupant des professionnelles du Ministère, de l'INSPQ et de directions régionales de santé publique, que ce document de transfert de connaissances a été élaboré. Il fait partie d'une collection de fascicules et d'outils publiés par le Ministère sur l'équité en alimentation. Le cadre conceptuel, quant à lui, a été élaboré en collaboration avec des membres désignés du groupe de travail sur l'équité en alimentation. Le projet est financé par l'entente spécifique Prévention et promotion de la santé – Prévention des maladies chroniques et des traumatismes.

MISE EN CONTEXTE

Ce fascicule s'appuie sur une recherche documentaire de la littérature grise et scientifique sur les déterminants des inégalités sociales en alimentation. Il présente une introduction à ce que sont les inégalités sociales en matière d'alimentation saine et suffisante et aux façons dont elles sont générées. Il offre un aperçu des déterminants des inégalités sociales en alimentation (déterminants structuraux, intermédiaires et individuels). Certaines conséquences des inégalités sociales en alimentation sur la santé sont également abordées, de même que l'influence des interventions en alimentation sur leur réduction ou leur exacerbation, qui est présentée sommairement.

Il est largement démontré que certaines caractéristiques du statut socioéconomique (p. ex. : position sociale, revenu, niveau de scolarité) sont des facteurs associés aux inégalités sociales en alimentation, c'est pourquoi plusieurs exemples présentés dans le fascicule portent sur ces caractéristiques. Toutefois, il est à noter que d'autres facteurs pourraient être associés aux inégalités sociales en alimentation, mais ils sont encore peu étudiés (p. ex. : appartenance à une communauté autochtone, aux groupes LGBTQ+) et n'ont donc pas été inclus dans ce fascicule.

Dans ce fascicule, le terme socioéconomique est utilisé pour englober les aspects sociaux et économiques tels que l'état civil, la composition du ménage, le lieu de résidence, le niveau de scolarité ou le revenu.

TABLE DES MATIÈRES

1	QUE SONT LES INÉGALITÉS SOCIALES EN ALIMENTATION ET POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?.....	1
2	COMMENT LES DÉSAVANTAGES PEUVENT-ILS S'ACCUMULER AU COURS DE LA VIE ET GÉNÉRER DES INÉGALITÉS SOCIALES EN ALIMENTATION?.....	2
3	QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DES INÉGALITÉS SOCIALES EN ALIMENTATION?.....	5
	3.1 Déterminants structuraux des inégalités sociales en alimentation.....	5
	3.1.1 Influence des déterminants structuraux : exemple de l'insécurité alimentaire	6
	3.2 Déterminants intermédiaires des inégalités sociales en alimentation	7
	3.2.1 Conditions de vie et coût des biens et des services essentiels	7
	3.2.2 Environnement alimentaire	8
	3.3 Déterminants individuels	10
4	QU'EST-CE QUE LE GRADIENT SOCIAL EN ALIMENTATION	11
5	COMMENT LES INÉGALITÉS SOCIALES EN ALIMENTATION PEUVENT-ELLES INFLUENCER LA SANTÉ?	12
	5.1 Zoom sur les conséquences sur la santé d'une inégalité sociale en alimentation : l'insécurité alimentaire, un déterminant important de la santé	12
6	COMMENT CERTAINES INTERVENTIONS EN ALIMENTATION PEUVENT-ELLES EXACÉRBER LES INÉGALITÉS?	13
	ANNEXE 1 : MÉTHODOLOGIE	15
	BIBLIOGRAPHIE.....	32

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Exemples d'accumulation des désavantages au cours de la vie	3
Figure 2. Proportion des élèves du secondaire en situation d'obésité au Québec, selon le quintile de défavorisation.....	4
Figure 3. Cadre conceptuel des déterminants des inégalités sociales en alimentation	5
Figure 4. Gradient social	11
Figure 5. Exemple de gradient social dans la consommation de boissons sucrées chez les Québécois de 15 ans et plus, selon les quintiles de défavorisation.....	11

1 QUE SONT LES INÉGALITÉS SOCIALES EN ALIMENTATION ET POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

Notre alimentation est influencée par une multitude de facteurs qui interagissent entre eux à l'échelle collective et individuelle, ainsi qu'au cours de la vie et entre les générations (Friel et al., 2015), ce qui explique les variations dans la composition et la qualité de l'alimentation. Parmi ces variations, on observe des inégalités sociales en alimentation qui, tout comme les inégalités sociales de santé, ne relèvent pas de choix individuels, mais découlent plutôt, en bonne partie, de la façon dont les ressources financières et sociales sont distribuées dans la population (Friel et al., 2015; Turrell et Vandevijvere, 2015).

Définition : Les inégalités sociales en alimentation¹ renvoient aux différences dans l'alimentation liées à un désavantage structurel et social*. Les inégalités sociales en alimentation sont enracinées dans les conditions sociales, économiques et environnementales et dans les déséquilibres des pouvoirs. Cela expose les groupes de population déjà en situation de défavorisation à un risque accru de ne pas pouvoir accéder à une alimentation saine, en quantité suffisante.

* Voir le Cadre conceptuel des déterminants des inégalités sociales en alimentation présenté à la page 5.

Cette définition est adaptée de celle des inégalités sociales de santé du Réseau francophone international pour la promotion de la santé et du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2022).

Par exemple, l'insécurité alimentaire, caractérisée par un accès inadéquat ou incertain aux aliments, principalement en raison d'un manque de ressources financières (Institut national de santé publique du Québec, 2018b; Santé Canada, 2020), est une inégalité sociale en alimentation. Les différences observées entre certains sous-groupes de population dans les apports et les comportements alimentaires, par exemple la consommation de fruits et légumes, la consommation de boissons sucrées ou l'habitude de cuisiner ses repas, peuvent aussi dépendre des caractéristiques des environnements économique, physique, socioculturel et politique. Ces conditions, plus ou moins adverses selon la position qu'occupe une personne ou un sous-groupe dans la société, façonnent favorablement ou défavorablement les opportunités dont elle ou il dispose de répondre adéquatement à ses besoins alimentaires (quantité, qualité, préférences, etc.). Les différences dans les apports et les comportements alimentaires observées dans la population peuvent donc également constituer des inégalités sociales en alimentation.

L'alimentation influençant grandement la santé (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020), moins d'opportunités de bénéficier d'une alimentation saine et suffisante pourrait se traduire en un risque plus important de ne pas pouvoir accéder à un état de santé optimal. Autrement dit, les inégalités sociales en alimentation peuvent produire et entretenir des inégalités sociales de santé et de bien-être observées dans la population. Viser à ce que tous les individus aient la possibilité d'accéder à une alimentation saine et suffisante et à un état de santé optimal, peu importe leurs caractéristiques socioéconomiques (p. ex. : sexe, origine ethnique, revenu, niveau d'éducation),

¹. Pour en savoir plus, voici quelques ressources d'intérêt :

- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé* : <https://nccdh.ca/fr/glossary/>.
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *Inégalités de santé* : <https://www.ccnpps.ca/102/Publications.ccnpps>.
- Institut national de santé publique du Québec, *Surveillance des inégalités sociales de santé* : <https://www.inspq.qc.ca/analyses-de-l-etat-de-sante-de-la-population/surveillance-des-inegalites-sociales-de-sante>.

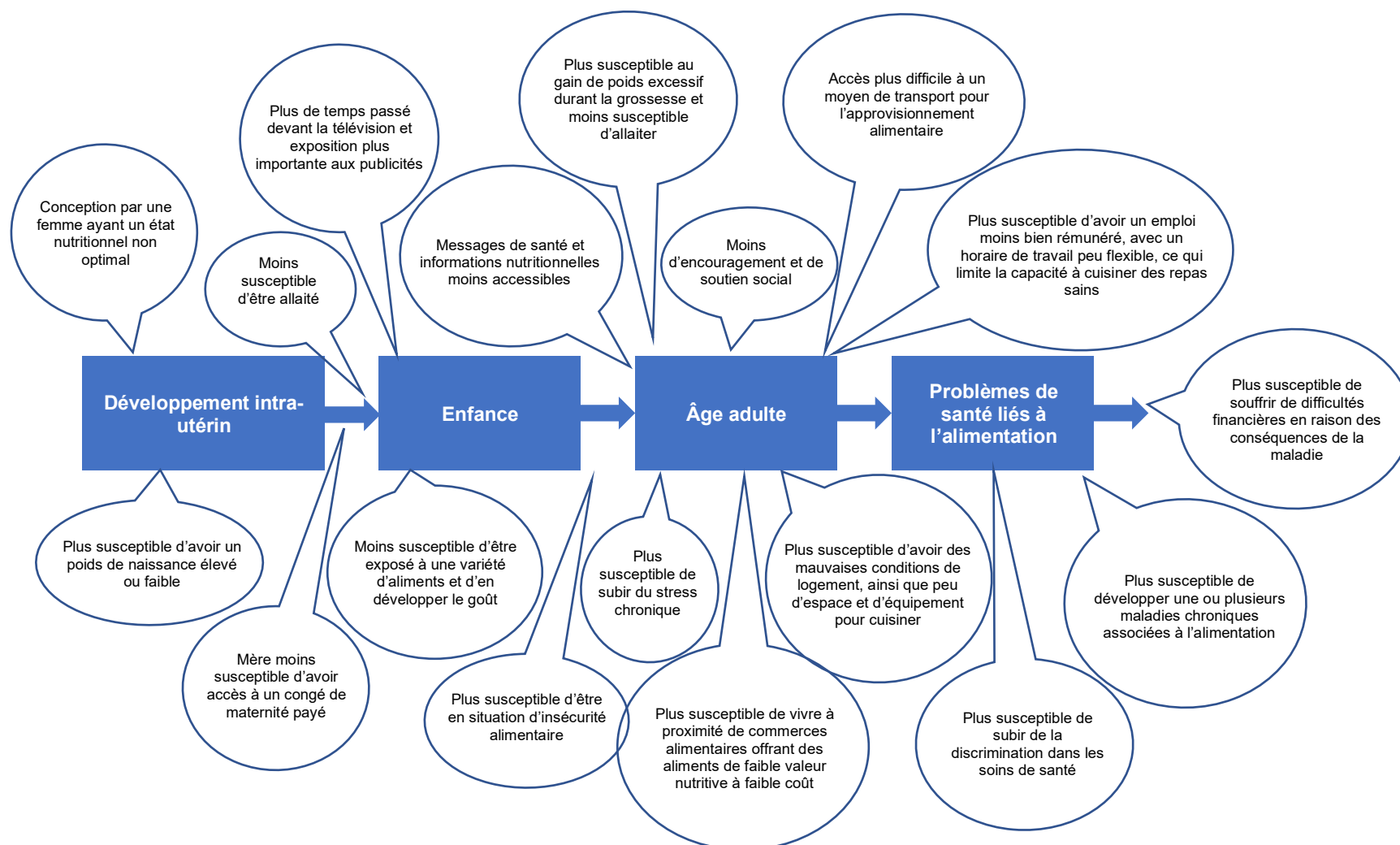
pourrait permettre la réduction des inégalités sociales en alimentation, et donc des inégalités sociales de santé, comme proposée par la Politique gouvernementale de prévention en santé (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016).

En effet, afin d'assurer un meilleur état de santé pour toute la population, il faut viser à réduire et, mieux, à éliminer les écarts dans les possibilités d'adopter une alimentation saine et suffisante, surtout dans un contexte où les défis liés à l'alimentation se multiplient : changements climatiques et leurs répercussions sur les systèmes alimentaires, difficultés d'approvisionnement, pénurie de main-d'œuvre, augmentation du prix des denrées alimentaires et du logement, crise économique et accès à l'eau potable, entre autres.

2 COMMENT LES DÉSAVANTAGES PEUVENT-ILS S'ACCUMULER AU COURS DE LA VIE ET GÉNÉRER DES INÉGALITÉS SOCIALES EN ALIMENTATION?

La figure 1 présente des exemples de désavantages qui peuvent affecter les personnes moins favorisées socioéconomiquement. La figure illustre comment, au-delà de leur conséquence isolée, les désavantages et leurs effets peuvent s'accumuler au fil de la vie, influencer la santé et accroître les inégalités sociales de santé liées à l'alimentation.

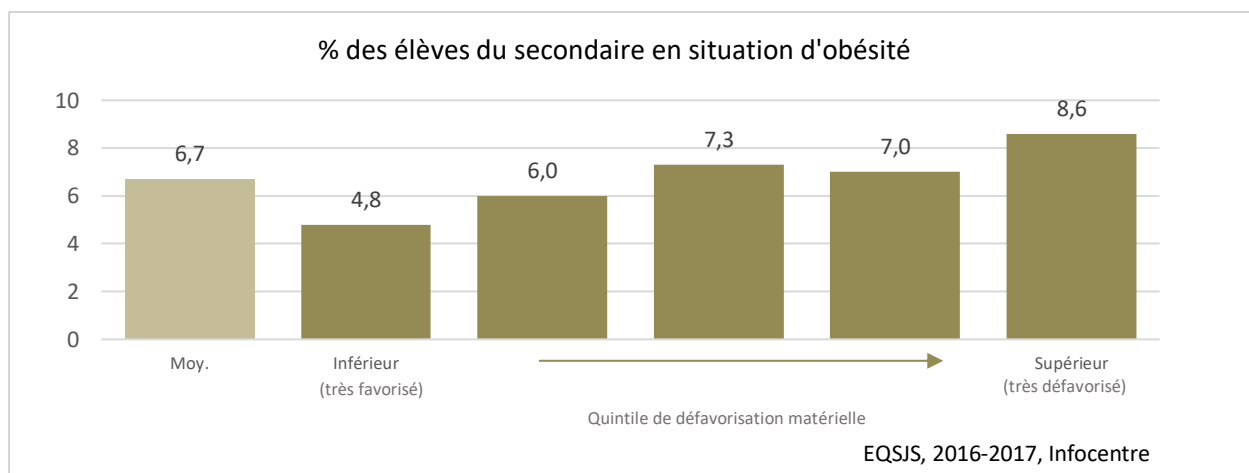
Figure 1. Exemples d'accumulation des désavantages au cours de la vie



Adapté de Loring et Robertson (2014), traduction libre.

Les désavantages peuvent s'accumuler au cours de la vie, notamment en raison de contraintes financières (p. ex. : coût du loyer trop élevé par rapport au revenu familial), matérielles (p. ex. : manque d'équipement ou d'espace pour préparer les aliments ou pour entreposer de grandes quantités de denrées achetées au rabais), sociales (p. ex. : monoparentalité) et de temps (p. ex. : travailler à temps plein au salaire minimum et devoir s'occuper des enfants). Des contraintes financières peuvent entraîner des contraintes matérielles ou sociales, et vice-versa. Un cercle vicieux de détérioration des conditions de vie, dont il peut être difficile de se sortir, peut s'installer.

Figure 2. Proportion des élèves du secondaire en situation d'obésité au Québec, selon le quintile de défavorisation



Ces désavantages et les conséquences qui en découlent peuvent également se transmettre et se perpétuer entre générations. Par exemple, les enfants de familles défavorisées sont plus susceptibles de développer de l'obésité, notamment en raison de conditions sous-optimales survenues au cours de leur développement foetal et à la petite enfance (Loring et Robertson, 2014).

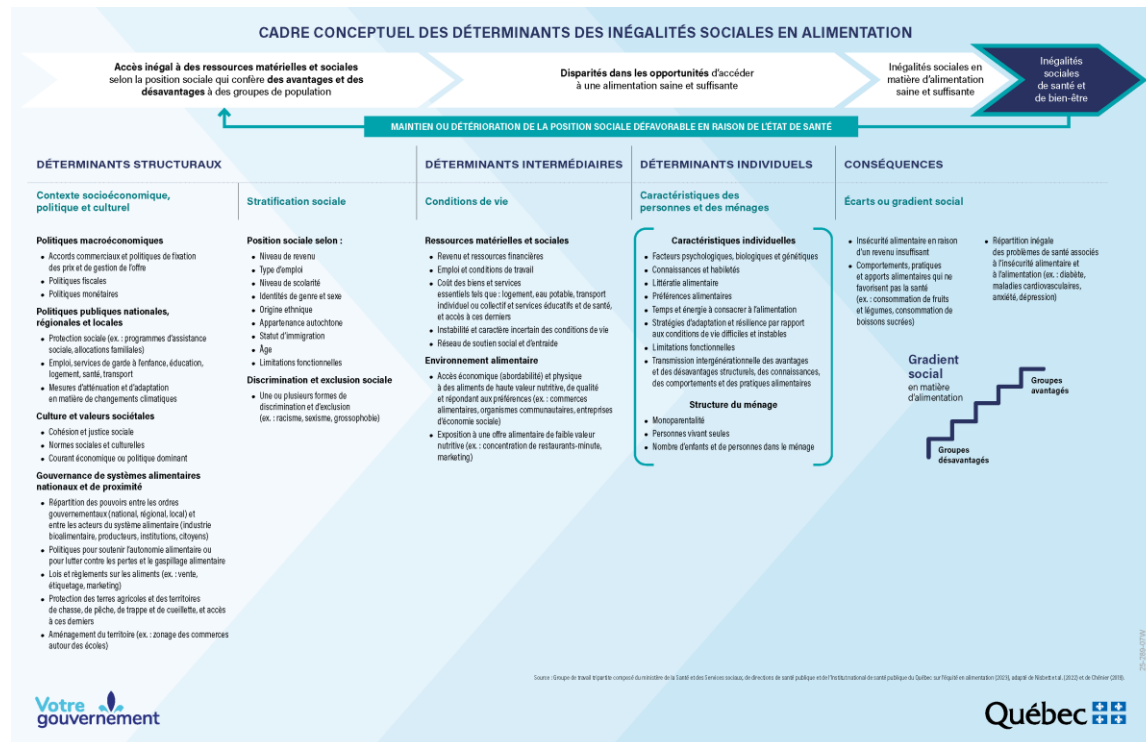
La figure 2 indique qu'au Québec, une plus grande proportion des élèves du secondaire issus de milieux très défavorisés sont en situation d'obésité (8,6 %), comparativement aux élèves issus de milieux très favorisés (4,8 %).

Notons que l'obésité est associée non seulement à l'alimentation, mais à de multiples facteurs, dont le niveau d'activité physique. Celui-ci varie également en fonction du revenu du ménage et du niveau de scolarité : on observe que les jeunes et les adultes ayant des caractéristiques socioéconomiques moins favorables ont en moyenne un niveau d'activité physique plus faible (Camirand et al., 2016; Traoré et al., 2018).

3 QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DES INÉGALITÉS SOCIALES EN ALIMENTATION?

Le cadre conceptuel suivant (figure 3) montre comment les inégalités sociales en alimentation découlent des déterminants structuraux, intermédiaires et individuels.

Figure 3. Cadre conceptuel des déterminants des inégalités sociales en alimentation



Source : Groupe de travail tripartite (ministère de la Santé et des Services sociaux, directions de santé publique et INSPQ) sur l'équité en alimentation (2023), adapté de Nisbett et al. (2022) et de Chénier (2019).

Les trois sections suivantes présentent les différents types de déterminants des inégalités sociales en alimentation : 1) déterminants **structuraux**; 2) déterminants **intermédiaires**; 3) déterminants **individuels**. À noter que le fascicule ne détaille pas tous les éléments du cadre conceptuel, mais se concentre sur ceux qui ont été recensés par les résultats issus de la stratégie de recherche documentaire utilisée.

3.1 Déterminants structuraux des inégalités sociales en alimentation

Les déterminants structuraux, relatifs aux milieux de vie et aux contextes socioéconomique, politique et culturel de notre société, influencent les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, apprennent, travaillent et vieillissent. Ces conditions auront à leur tour un effet sur les capacités à adopter une saine alimentation.

Comme présenté à la figure 3, les déterminants structureaux, notamment les politiques macroéconomiques, les politiques publiques et les valeurs sociétales, ont une incidence sur la stratification sociale, sur les conditions de vie et sur les milieux de vie. Ces déterminants structureaux influencent les ressources dont disposent les individus et agissent donc indirectement sur l'alimentation.

D'autres déterminants structureaux ont un effet plus direct sur l'environnement alimentaire à travers la gouvernance du système alimentaire, comme les lois et règlements encadrant l'industrie bioalimentaire, les politiques de fixation des prix et la gestion de l'offre. La production, la distribution, la transformation et le marketing alimentaires, qui déterminent quels aliments sont accessibles et offerts, où et à quel prix, sont donc régis par ces facteurs.

De façon générale, comparativement aux groupes de population mieux nantis, les groupes de population ayant des positions sociales perçues comme moins favorisées selon les valeurs sociétales sont désavantagés dans leur capacité à accéder aux ressources et quant aux opportunités qui s'offrent à eux. Ces ressources et ces opportunités peuvent être, par exemple, sociales (p. ex. : soutien social) et matérielles (p. ex. : salaire, conditions de logement, accès aux aliments sains).

3.1.1 Influence des déterminants structureaux : exemple de l'insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire² est un exemple d'inégalité sociale en alimentation. En utilisant les données de différentes provinces canadiennes aux fins de comparaison, une étude a suggéré qu'un salaire minimum plus élevé, qu'un taux d'imposition plus faible pour les personnes avec un faible revenu et qu'un taux de chômage plus faible seraient associés à un moindre risque d'insécurité alimentaire chez les ménages avec enfant (Men, Urquia et al., 2021).

Il n'en demeure pas moins qu'au Québec, en 2021, 49,9 % des ménages en situation d'insécurité alimentaire avaient un emploi rémunéré comme source de revenus principale (Tarasuk et al., 2022). Ainsi, avoir un emploi n'empêcherait pas nécessairement de se retrouver en situation d'insécurité alimentaire; le salaire et les conditions de travail influenceraient aussi ce risque (McIntyre et al., 2014).

Par ailleurs, des politiques publiques de protection sociale, notamment celles destinées aux personnes âgées et aux familles avec enfants, permettraient de réduire le risque d'insécurité alimentaire chez les ménages à faible revenu. Par exemple, une fois l'âge de 65 ans atteint, le risque d'insécurité alimentaire des adultes célibataires ayant un faible revenu serait diminué de moitié, car ils deviennent admissibles aux pensions publiques pour aînés (McIntyre et al., 2016). Ces revenus sont fiables, prévisibles et ils sont supérieurs aux montants fournis par l'aide sociale (PROOF Food Insecurity Policy Research, s. d.).

². L'insécurité alimentaire est caractérisée par un accès inadéquat ou incertain aux aliments, principalement en raison d'un manque de ressources financières (Statistique Canada.(2024). Les tendances associées à l'insécurité alimentaire des ménages tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017 à 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2024010/article/00002-fra.htm>)

En somme, les déterminants structuraux ont une influence sur l'insécurité alimentaire, un exemple d'inégalité sociale en alimentation.

Bref, les déterminants structuraux des inégalités sociales en alimentation s'inscrivent dans la façon dont notre société et notre système alimentaire sont gouvernés. Les contextes socioéconomique, politique et culturel, ainsi que le système de position sociale qui en découle, façonnent les conditions de vie et l'environnement alimentaire des personnes.

3.2 Déterminants intermédiaires des inégalités sociales en alimentation

Les déterminants intermédiaires des inégalités sociales en alimentation, comme les conditions de vie et les milieux de vie, le coût des biens et services essentiels ainsi que l'environnement alimentaire, sont influencés par les déterminants structuraux, situés en amont. Les déterminants intermédiaires faisant partie des conditions de vie et du coût des biens et services essentiels incluent entre autres le revenu, l'emploi, les conditions de travail et de logement, l'accès à l'eau potable et le soutien social. Les déterminants intermédiaires en lien avec l'environnement alimentaire, quant à eux, incluent entre autres l'accès physique et économique régulier à des aliments de haute valeur nutritive et répondant aux préférences alimentaires personnelles ainsi que l'exposition à une offre alimentaire de faible valeur nutritive. À leur tour, les déterminants intermédiaires influenceraient les possibilités de faire des choix sains et, ultimement, l'état de santé.

3.2.1 Conditions de vie et coût des biens et des services essentiels

Dans un budget déjà serré, les achats alimentaires représentent une dépense compressible, contrairement au paiement du loyer, de l'électricité et du transport pour le travail, qui sont incompressibles. Les conditions de vie des individus ainsi que le coût des biens et services essentiels influencent la capacité à se nourrir et à choisir des aliments sains. En situation de défavorisation matérielle, l'achat, l'entreposage et la conservation d'aliments sains, notamment en grosses quantités, et la préparation de repas nutritifs peuvent être difficiles.

En 2019, selon des données de Statistique Canada, les ménages québécois des deux quintiles de revenu les plus faibles ont consacré environ 17 % de leurs dépenses annuelles aux dépenses alimentaires. Cela correspond environ à 4 700 \$ et à 7 600 \$, en moyenne, respectivement pour les ménages des premiers et deuxième quintiles ayant les revenus les plus bas (Statistique Canada, 2021). Les ménages québécois du quintile de revenu le plus élevé ont, quant à eux, consacré environ 9 % (environ 15 100 \$) de leurs dépenses annuelles aux dépenses alimentaires (Statistique Canada, 2021). Comparativement aux ménages à revenu élevé, les ménages à faible revenu allouent une proportion plus importante de leur revenu aux achats alimentaires, bien que le montant dépensé soit inférieur (Sawyer et al., 2021).

Le coût des aliments influence aussi fortement les achats et la consommation chez les ménages moins nantis (Mackenzie et al., 2019; Sawyer et al., 2021). Au Québec, en 2013-2014, le prix moyen du litre de lait (1,78 \$/l) était deux fois plus élevé que celui des boissons gazeuses

régulières (0,85 \$/l) (Plamondon et al., 2016). Les aliments de faible valeur nutritive sont généralement moins coûteux. L'exposition à ces aliments peut entretenir chez des personnes une préférence pour ceux-ci et en normaliser la consommation (Sawyer et al., 2021).

De plus, pour se déplacer afin de se procurer des aliments, les ménages à plus faible revenu ont généralement un accès limité à un véhicule personnel et peuvent dépendre des transports en commun, lorsqu'ils sont disponibles (Sawyer et al., 2021). L'offre de transport en commun peut être chère ou peu efficace dans les quartiers plus défavorisés, et l'environnement n'est pas toujours propice à la marche (Sawyer et al., 2021). Une faible accessibilité à des aliments de haute valeur nutritive à proximité du domicile peut aussi contribuer à la réduction de la fréquence d'achat et de consommation de ceux-ci (Sawyer et al., 2021).

3.2.1.1 Perception de contrôle sur l'alimentation, incertitude et stress associés aux conditions de vie

Il n'en demeure pas moins que manger sainement est considéré comme important et désirable chez la plupart des personnes qui ont un faible statut socioéconomique (van der Heijden et al., 2021). Cependant, le sentiment de contrôle sur l'alimentation varie notamment selon le temps et le budget attribués à d'autres besoins et responsabilités (van der Heijden et al., 2021). Répondre à ces autres besoins primaires personnels et familiaux devient parfois prioritaire par rapport à la qualité de l'alimentation (Thompson, 2021). Par ailleurs, une incertitude chronique entourant, par exemple, les conditions de logement et la stabilité de l'emploi et du revenu serait caractéristique de la pauvreté (Thompson, 2021). Dans de telles conditions, manger sainement peut être d'autant plus difficile à prioriser. L'expérience de la pauvreté et l'incertitude associée à cette situation compliqueraient l'adoption d'une alimentation saine : de la planification à la préparation des repas et à la prise de repas en famille, en passant par la budgétisation, l'approvisionnement et le stockage des aliments sains (Thompson, 2021). Donc, au-delà de l'effet des déterminants sociaux de l'alimentation, l'incertitude entourant ceux-ci serait aussi en soi un facteur déterminant ayant une incidence sur l'alimentation, et donc sur la santé (Thompson, 2021).

De plus, les grands bouleversements sociétaux tels qu'une récession, des catastrophes naturelles ou des crises sanitaires génèrent d'importantes perturbations dans les conditions de vie. Or, les groupes de population désavantagés, dont les individus ayant un faible statut socioéconomique (Thompson, 2021), subissent davantage de répercussions associées à ces bouleversements. Par exemple, au Canada, six mois après le début de la pandémie de COVID-19, ce sont surtout les travailleurs à faible revenu qui avaient perdu leur emploi (Statistique Canada, 2020). De tels bouleversements peuvent contribuer à creuser davantage les inégalités sociales en alimentation (Thompson, 2021).

3.2.2 Environnement alimentaire

3.2.2.1 Accessibilité physique aux aliments

Les possibilités d'accéder à une alimentation saine et suffisante ne sont pas équivalentes pour tous. Par exemple, selon des données de 2018, les résidents de la Côte-Nord devaient parcourir 9 km en moyenne, et jusqu'à 38 km, pour se rendre au commerce d'alimentation le plus proche, comparativement à une moyenne de 5 km pour les résidents de l'ensemble du Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2018a).

Par ailleurs, 23 % des résidents de la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madelaine habitaient dans une zone qualifiée de désert alimentaire, soit un secteur offrant un faible accès à un commerce d'alimentation et étant défavorisé sur le plan socioéconomique, comparativement à 5 % de la population québécoise (Robitaille, 2018).

Dans les secteurs urbains canadiens, on observerait davantage le phénomène de marais alimentaires. Ces derniers sont des secteurs défavorisés caractérisés par un important accès physique aux commerces alimentaires offrant des aliments de faible valeur nutritive (Minaker, 2016). Par exemple, dans la région de Montréal, en 2018, la distance moyenne au restaurant-minute le plus proche était de 597 m dans les secteurs les plus favorisés, alors qu'elle était près de deux fois plus courte (320 m) dans les secteurs les plus défavorisés (Institut national de santé publique du Québec, 2018a). Un autre phénomène observable en milieu urbain est celui des mirages alimentaires : un secteur offrant une bonne accessibilité physique aux aliments sains, mais qui sont peu abordables (Minaker, 2016).

La présence de commerces alimentaires et la qualité de leur offre dans l'environnement alimentaire seraient des déterminants de l'alimentation. Toutefois, selon le contexte, une multitude d'autres déterminants peuvent aussi influencer les comportements et les pratiques alimentaires. Une étude montréalaise menée auprès d'environ 400 adultes résidants dans un quartier à faible revenu a observé que la situation d'insécurité alimentaire était associée à une plus faible consommation de fruits et légumes, indépendamment du nombre de commerces alimentaires dans le quartier et de la perception d'accès aux aliments sains (Drisdelle et al., 2020). Par ailleurs, les limitations fonctionnelles influençant la capacité à se procurer les aliments, comme des difficultés à soulever et à transporter les achats, étaient aussi associées à une plus faible consommation de fruits et légumes (Drisdelle et al., 2020). Ainsi, au-delà de l'environnement alimentaire, d'autres facteurs, comme l'insécurité alimentaire et des contraintes de mobilité pour se procurer les aliments, restent des barrières à la saine alimentation pour certains groupes de population plus fragilisés (p. ex. : faible revenu, aînés, personnes ayant une limitation physique).

3.2.2.2 Accessibilité économique aux aliments

Tout comme l'accès physique, l'accès économique aux aliments n'est pas similaire pour tous. Au Québec, le prix moyen pour un kilogramme de légumes frais varierait selon les régions (Plamondon et al., 2019). Le coût, calculé par l'organisme Alima, d'un panier à provisions nutritif, c'est-à-dire un panier composé d'aliments sains, peu coûteux et permettant de répondre aux besoins nutritionnels, varie aussi en fonction de la région de résidence au Québec (Vinet-Lanouette et Godin, 2017). En effet, selon des données collectées en 2016, le coût du panier à provisions nutritif pour une semaine pour une famille composée de deux parents et de deux enfants était de 322 \$ dans l'Eeyou Istchee, de 276 \$ aux Îles-de-la-Madeleine et de 226 \$ dans la région de Montréal (Vinet-Lanouette et Godin, 2017).

En somme, des disparités dans l'environnement alimentaire peuvent contribuer aux inégalités sociales en alimentation, car tous n'ont pas un accès physique et économique égal aux aliments de haute et de faible valeur nutritive.

Bref, les déterminants intermédiaires des inégalités sociales en alimentation renvoient à des facteurs qui influencent le contexte de vie quotidienne des individus, et donc les opportunités de se nourrir sainement. Les différences dans l'environnement alimentaire et dans les conditions de vie ainsi que le coût des biens et services essentiels peuvent générer des inégalités sociales en alimentation.

3.3 Déterminants individuels

Finalement, certaines caractéristiques individuelles ou des ménages peuvent également influencer l'alimentation et constituer des déterminants individuels des inégalités sociales en alimentation. Qui plus est, ces caractéristiques peuvent atténuer ou amplifier l'influence des déterminants structuraux et intermédiaires des inégalités sociales en alimentation.

Les liquidités disponibles pour permettre l'achat de grandes quantités d'aliments au rabais, les compétences culinaires pour cuisiner à partir d'aliments de base et l'acceptabilité des aliments au sein du ménage dans un souci d'éviter le gaspillage, par exemple, peuvent influencer les achats alimentaires, notamment les achats d'aliments frais. Chez les populations ayant un faible revenu, d'autres caractéristiques des aliments telles que la durée de conservation ou le potentiel de rassasiement peuvent aussi entrer en ligne de compte lors du choix des achats alimentaires (Sawyer et al., 2021).

D'autres éléments personnels pourraient expliquer les différences dans les comportements alimentaires observées selon la position socioéconomique (Mekonnen et al., 2020). Par exemple, chez les enfants et les adolescents, certains éléments se rattachant aux individus pourraient expliquer, en partie, les associations entre la position socioéconomique et la consommation d'aliments de haute et de faible valeur nutritive comme les fruits et légumes, les boissons sucrées et les collations de faible valeur nutritive (Mekonnen et al., 2020). Ces éléments incluent le sentiment d'efficacité personnelle à adopter une alimentation saine, les préférences alimentaires, les connaissances, le modèle parental, ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des aliments à domicile (Mekonnen et al., 2020).

Ne pas être financièrement en mesure de se procurer des aliments sains peut affecter la perception de valeur morale que les personnes ont d'elles-mêmes (p. ex. : la perception d'être une « bonne personne »), puisque les aliments sains sont considérés comme moralement supérieurs (van der Heijden et al., 2021). Par ailleurs, se sentir stigmatisé peut engendrer du stress et entraîner des comportements compensatoires, notamment des troubles alimentaires ou des comportements visant à camoufler la caractéristique stigmatisée (Earnshaw et Karpyn, 2020). Pensons par exemple à des jeunes qui refuseraient un repas scolaire offert gratuitement afin de ne pas montrer qu'ils bénéficient d'un programme de repas gratuit (Earnshaw et Karpyn, 2020; Yu et al., 2019).

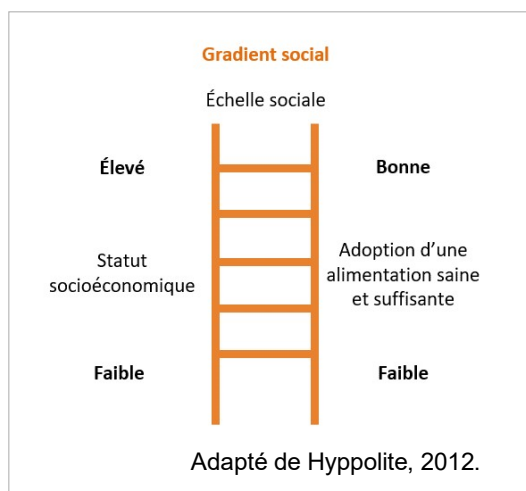
Bref, des facteurs individuels, comme les préférences alimentaires, peuvent avoir un effet direct sur les comportements et les pratiques alimentaires. Ils peuvent également moduler l'influence des déterminants structuraux et intermédiaires des inégalités sociales en alimentation.

En somme, les inégalités sociales en alimentation sont le résultat de nombreux facteurs qui agissent à différents niveaux et qui s'influencent mutuellement. Ces inégalités s'observent sous forme d'écarts ou de gradient social.

4 QU'EST-CE QUE LE GRADIENT SOCIAL EN ALIMENTATION

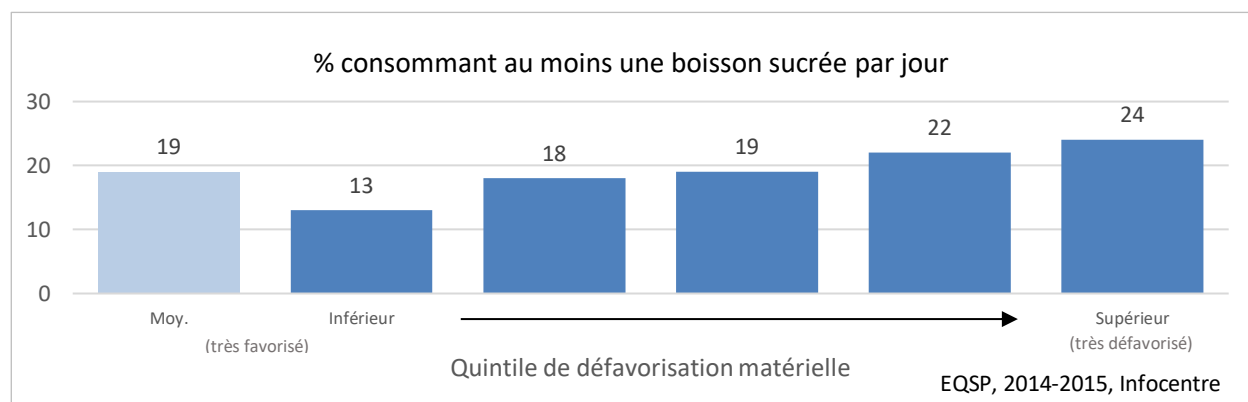
On observe un gradient social (figure 4), c'est-à-dire un continuum en fonction du statut socioéconomique, dans les possibilités de manger sainement et en quantité suffisante. Par exemple, au Québec, plus le niveau de scolarité atteint dans le ménage est élevé, moins la consommation quotidienne de boissons sucrées est importante (370 g pour les ménages dont le plus haut niveau est un baccalauréat ou plus, comparativement à 444 g et à 586 g pour les ménages dont le plus haut niveau est, respectivement, un diplôme d'études collégiales ou un certificat et un diplôme d'études secondaires ou moins) (Plante et al., 2020).

Figure 4. Gradient social



La figure 5 présente un gradient dans la consommation de boissons sucrées. La proportion de Québécois qui en consomment au moins une par jour augmente en fonction de la défavorisation : 13 % parmi les personnes issues de milieux très favorisés, comparativement à 24 % parmi les personnes issues de milieux très défavorisés.

Figure 5. Exemple de gradient social dans la consommation de boissons sucrées chez les Québécois de 15 ans et plus, selon les quintiles de défavorisation



De façon générale, les populations plus favorisées ont une alimentation de meilleure qualité en raison de meilleures opportunités et conditions de vie. Toutefois, à l'échelle individuelle, ce ne sont évidemment pas tous les individus de statut socioéconomique élevé qui ont une alimentation de qualité, de même que ce ne sont pas tous les individus de statut socioéconomique faible qui ont une alimentation de moins bonne qualité.

5 COMMENT LES INÉGALITÉS SOCIALES EN ALIMENTATION PEUVENT-ELLES INFLUENCER LA SANTÉ?

Les personnes qui sont moins en mesure d'accéder à une alimentation saine risquent d'être en moins bonne santé. En effet, l'alimentation joue un rôle majeur dans l'état de santé de la population (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020). En 2019, au Canada, les facteurs de risque les plus importants associés à la mortalité et à la morbidité sont le tabac, un indice de masse corporelle élevé, une tension artérielle élevée, une glycémie à jeun élevée et les risques alimentaires. Ces derniers regroupent notamment un faible apport en fruits et légumes, en grains entiers et en légumineuses, ainsi qu'un apport élevé en sodium, en boissons sucrées, en gras trans et en viande rouge et transformée. On constate qu'en plus des risques alimentaires, l'alimentation est associée à trois des autres principaux facteurs de risque les plus importants de mortalité et de morbidité au Canada (indice de masse corporelle élevé, tension artérielle élevée et glycémie à jeun élevée) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

Ainsi, les inégalités sociales en alimentation peuvent à leur tour générer des inégalités sociales de santé et de bien-être dans la population. D'ailleurs, à l'échelle individuelle, « [...] plus la durée de privation socioéconomique est longue, plus les dommages sur la santé s'avèrent importants » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

5.1 Zoom sur les conséquences sur la santé d'une inégalité sociale en alimentation : l'insécurité alimentaire, un déterminant important de la santé

Des revues de littérature et des méta-analyses se sont intéressées aux associations entre l'insécurité alimentaire et divers problèmes de santé. À noter que leurs résultats n'indiquent pas nécessairement un lien de causalité ni la direction de l'association entre l'insécurité alimentaire et l'état de santé. Les adultes (Moradi et al., 2019) et les enfants (Pourmotabbed, Moosavian et al., 2020) en situation d'insécurité alimentaire seraient plus à risque de surpoids (Moradi et al., 2019; Pourmotabbed, Moosavian, et al., 2020) et d'obésité (Pourmotabbed, Moosavian et al., 2020) que ceux qui ne sont pas en situation d'insécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire serait associée à l'anémie et à un faible poids à la naissance chez les enfants (Simonovich et al., 2020). Concernant l'association avec le diabète de type 2, une méta-analyse a montré des résultats mitigés (Beltrán et al., 2022).

Des études canadiennes ont aussi observé des associations entre l'insécurité alimentaire et la santé. La présence d'insécurité alimentaire chez les Canadiens de 12 ans et plus est un indicateur de défavorisation qui a été associé à la douleur chronique (Men, Fischer et al., 2021). Chez les adultes, le statut d'insécurité alimentaire du ménage serait associé aux visites aux urgences en raison de la douleur liée par exemple aux migraines, au dos et aux articulations (Men et al., 2022). De plus, comparativement aux adultes qui ne sont pas en situation d'insécurité alimentaire, ceux qui le sont adhéreraient moins à leur médication en raison du coût (Men et al., 2019) et seraient plus susceptibles d'être admis à l'hôpital pour des soins aigus, d'avoir une chirurgie d'un jour (Men et al., 2020b) et de décéder prématurément (Men et al., 2020a; Men et Tarasuk, 2020). Chez les

jeunes, l'insécurité alimentaire serait associée au développement de problèmes psychosociaux à l'adolescence (Paquin et al., 2021) et au décrochage scolaire au secondaire (McIntyre et al., 2017; Paquin et al., 2021). Toutefois, parmi les adolescents et les adolescentes qui ont obtenu leur diplôme du secondaire, l'insécurité alimentaire grave ne serait pas associée à la réalisation d'études supérieures (McIntyre et al., 2017).

Finalement, selon des données canadiennes, des revues systématiques et des méta-analyses, l'insécurité alimentaire serait associée à une moins bonne santé mentale (p. ex. : troubles anxieux, dépression, détresse émotionnelle, idées suicidaires, etc.) et à une plus faible satisfaction par rapport à la vie, chez les jeunes (Men, Elgar et al., 2021; Ovenell et al., 2022) et les adultes (McMichael et al., 2021; Ovenell et al., 2022; Pound et Chen, 2021; Pourmotabbed, Moradi et al., 2020), notamment durant la pandémie de COVID-19 (Polsky et Gilmour, 2020).

6 COMMENT CERTAINES INTERVENTIONS EN ALIMENTATION PEUVENT-ELLES EXACERBER LES INÉGALITÉS?

Dans une perspective de santé publique, il ne suffit pas de promouvoir la saine alimentation ou de favoriser la sécurité alimentaire communautaire³. Il faut aussi viser à réduire, voire à éliminer, les inégalités sociales en alimentation entre les sous-groupes de population, dont l'insécurité alimentaire, en agissant sur les facteurs qui affectent les opportunités d'adopter une alimentation saine et suffisante. Une attention doit aussi être portée à ne pas exacerber les inégalités sociales en alimentation existantes par des actions de promotion de la saine alimentation.

Les intervenants en santé publique et leurs partenaires doivent viser à améliorer l'alimentation de la population, mais aussi à réduire les inégalités sociales en alimentation, notamment en tenant compte de celles-ci lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques publiques, de programmes et de mesures ou en soutenant des initiatives concrètes au niveau des communautés.

Certaines actions visant à améliorer la qualité de l'alimentation à l'échelle de la population peuvent poser un risque d'exacerber les inégalités sociales en alimentation, comme effet non recherché, en particulier si elles ne sont pas planifiées adéquatement en considérant les besoins et les réalités des groupes moins favorisés.

En effet, certaines stratégies préventives ont des effets différents selon la position socioéconomique des individus; elles peuvent rejoindre davantage les groupes qui sont déjà plus favorisés et être plus efficaces chez ces derniers (Friel et al., 2015; McGill et al., 2015). Les interventions qui ciblent directement les connaissances et les comportements des individus, comme les conseils en alimentation et les campagnes d'éducation nutritionnelle et de sensibilisation, requièrent des connaissances et des compétences alimentaires pour être comprises et appliquées. Ces interventions seraient les plus susceptibles d'exacerber les inégalités (McGill et al., 2015). Par ailleurs, tous n'ont pas les mêmes opportunités de bénéficier pleinement des actions en alimentation. Par exemple, face à une même intervention, une personne en situation d'insécurité alimentaire, bien qu'elle soit très motivée et qu'elle ait de bonnes compétences alimentaires, ne pourra pas améliorer son alimentation autant qu'une

3. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, « la sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique, social et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active » (traduction libre de la définition tirée de Food and Agriculture Organization of the United Nations [2009]).

personne ayant les mêmes caractéristiques individuelles et étant en situation de sécurité alimentaire. Celle qui se trouve en situation d'insécurité alimentaire sera désavantagée dans sa capacité à mettre les conseils en application, faute de moyens financiers suffisants ou encore d'un quartier permettant de s'approvisionner adéquatement et à un prix acceptable au regard de son pouvoir d'achat, par exemple.

Les interventions qui visent des déterminants plus en amont (p. ex. : taxes sur les aliments de faibles valeurs nutritives et subventions sur les aliments de hautes valeurs nutritives) et qui améliorent l'environnement alimentaire seraient les plus susceptibles de réduire les inégalités sociales en alimentation (McGill et al., 2015). En effet, elles amélioreraient surtout la qualité de l'alimentation dans les catégories sociales plus désavantagées (McGill et al., 2015).

D'ailleurs, pour viser à réduire les inégalités sociales en alimentation, il est évidemment nécessaire de se préoccuper des besoins des populations défavorisées ou n'ayant pas accès à une saine alimentation lors de la conception des stratégies préventives et de leur implantation, afin de s'assurer qu'elles sont adéquatement rejointes par les interventions.

Toutefois, les interventions en alimentation ne réussiront pas à elles seules à enrayer toutes les contraintes à l'adoption d'une alimentation saine et suffisante dans les populations désavantagées. Les conditions de vie, telles que le revenu et la stabilité de l'emploi, qui peuvent être améliorées par des politiques publiques, contribuent aussi aux inégalités sociales en alimentation (Olstad et al., 2019)

En conclusion, les inégalités sociales en alimentation sont des manifestations complexes d'une multitude de facteurs économiques, sociaux, politiques et liés aux conditions de vie, à l'environnement alimentaire et aux caractéristiques des personnes et des ménages. Ces facteurs agissent à différents niveaux, s'influencent entre eux et créent des écarts ou un gradient social en alimentation. Des leviers d'action existent afin que tous puissent avoir la possibilité de bénéficier d'une alimentation saine et suffisante.

ANNEXE 1 : MÉTHODOLOGIE

1. Recherche documentaire dans la littérature scientifique

Une première recherche documentaire sur les causes des inégalités sociales en alimentation a été réalisée en 2019. Elle ciblait des documents visant des pays développés publiés dans les 5 dernières années (entre 2014 et 2019) ou des articles canadiens ou québécois publiés dans les 10 dernières années (entre 2009 et 2019). Une mise à jour de cette recherche documentaire a été effectuée le 8 mars 2022.

Une autre recherche documentaire sur les conséquences des inégalités sociales en alimentation a aussi été effectuée le 24 février 2022.

Bases de données consultées :

- Ovid : PsycInfo
- EBSCO : Medline;
- EBSCO : Environment Complete (EC), ERIC, Health Policy Reference Center (HPRC), Political Science Complete (PSC), Psychology and Behavioral Sciences Collection (PBSC), Public Affairs Index (PAI), SocINDEX.

Critères d'inclusion :

- À propos des inégalités sociales en alimentation;
- Années de publication :
 - 2019-2022 pour le volet sur les causes des inégalités sociales en alimentation,
 - 2012-2022 pour le volet sur les conséquences des inégalités sociales en alimentation;
- Pays développés, en excluant les articles ou les revues qui portaient uniquement ou principalement sur les États-Unis;
- Articles scientifiques, sauf les thèses;
- Articles portant sur la population générale ou de grands groupes populationnels, sauf les articles à propos de groupes populationnels spécifiques (p. ex. : immigrants, femmes enceintes, adultes ayant des limitations physiques, etc.);
- En français ou en anglais;
- Revues de littérature et méta-analyses, sauf dans le cas où l'étude portait sur un échantillon canadien ou québécois. Donc, les études primaires portant sur des échantillons canadiens ou québécois ont été retenues.
 - Notes pour le volet sur les conséquences des inégalités sociales en alimentation seulement :
 - Seules les revues de littérature qui sont systématiques ont été conservées.
 - Les études devaient effectuer une comparaison entre les individus qui sont en situation d'insécurité alimentaire et les individus qui ne le sont pas.

- Pour réduire le nombre de références retenues pour une même thématique, les données ou les articles les plus récents ont été retenus.

La stratégie de recherche dans les bases de données a été prétestée et révisée avec l'aide d'une bibliothécaire pour s'assurer qu'elle réussit à capter des articles préalablement identifiés comme étant pertinents, tout en limitant l'identification d'un trop grand nombre d'articles non pertinents.

2. Recherche documentaire dans la littérature grise

La recherche dans la littérature grise a été réalisée le 23 mars 2022, avec l'aide d'une bibliothécaire.

Une recherche dans des sites spécifiques d'instances de santé publique et de recherche a été effectuée : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Agence de la santé publique du Canada, Institut national de santé publique du Québec, PROOF, VicHealth (Australie), Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Public Health England, UCL Institute of Health Equity, Organisation mondiale de la Santé, Rudd Center for Food Policy and Health, Robert Wood Johnson Foundation, Centers for Disease Control and Prevention et National Institute for Health and Care Excellence.

Mots-clés :

- Volet sur les causes des inégalités sociales en alimentation : divers mots-clés en lien avec les déterminants (pour la recherche en anglais seulement : *factor, determinant, status*), l'alimentation (*food, diet, dietary, nutrition, eating* / aliments, alimentation, alimentaire, nutrition, nutritionnel, nutriments, nourriture) et les inégalités (*inequity, inequities, inequality, inequalities, equity, equities, equality, equalities* / équité, iniquité, iniquité, inégalité, inégalités) ont été combinés.
- Volet sur les conséquences des inégalités sociales en alimentation : divers mots-clés en lien avec les conséquences (*impact, consequence, effect, outcome, risk* / impact, conséquences, effet, risque), les inégalités (*inequity, inequities, inequality, inequalities, equity, equities, equality, equalities* / équité, iniquité, iniquité, inégalité, inégalités) et l'alimentation (*food, diet, dietary, nutrition, eating* / aliments, alimentation, alimentaire, nutrition, nutritionnel, nutriments, nourriture) ont été combinés.

Critères d'inclusion :

- Années de publication :
 - 2019-2022 pour le volet sur les causes des inégalités sociales en alimentation⁴
 - 2012-2022 pour le volet sur les conséquences des inégalités sociales en alimentation;

⁴ À noter qu'une recherche dans la littérature grise avait été effectuée en 2019

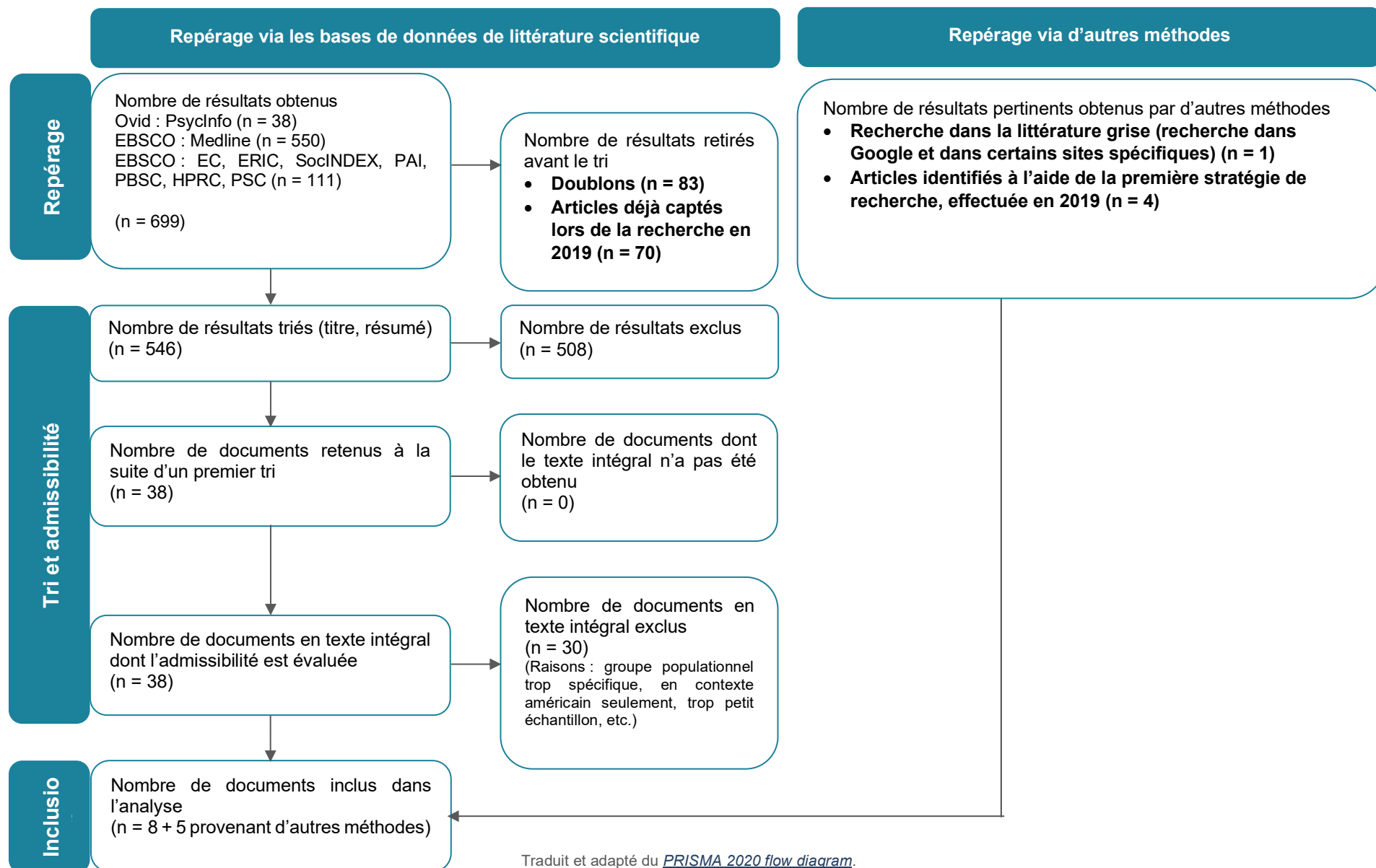
- En français et en anglais.

3. Notes concernant la recherche documentaire dans la littérature scientifique et la recherche dans la littérature grise

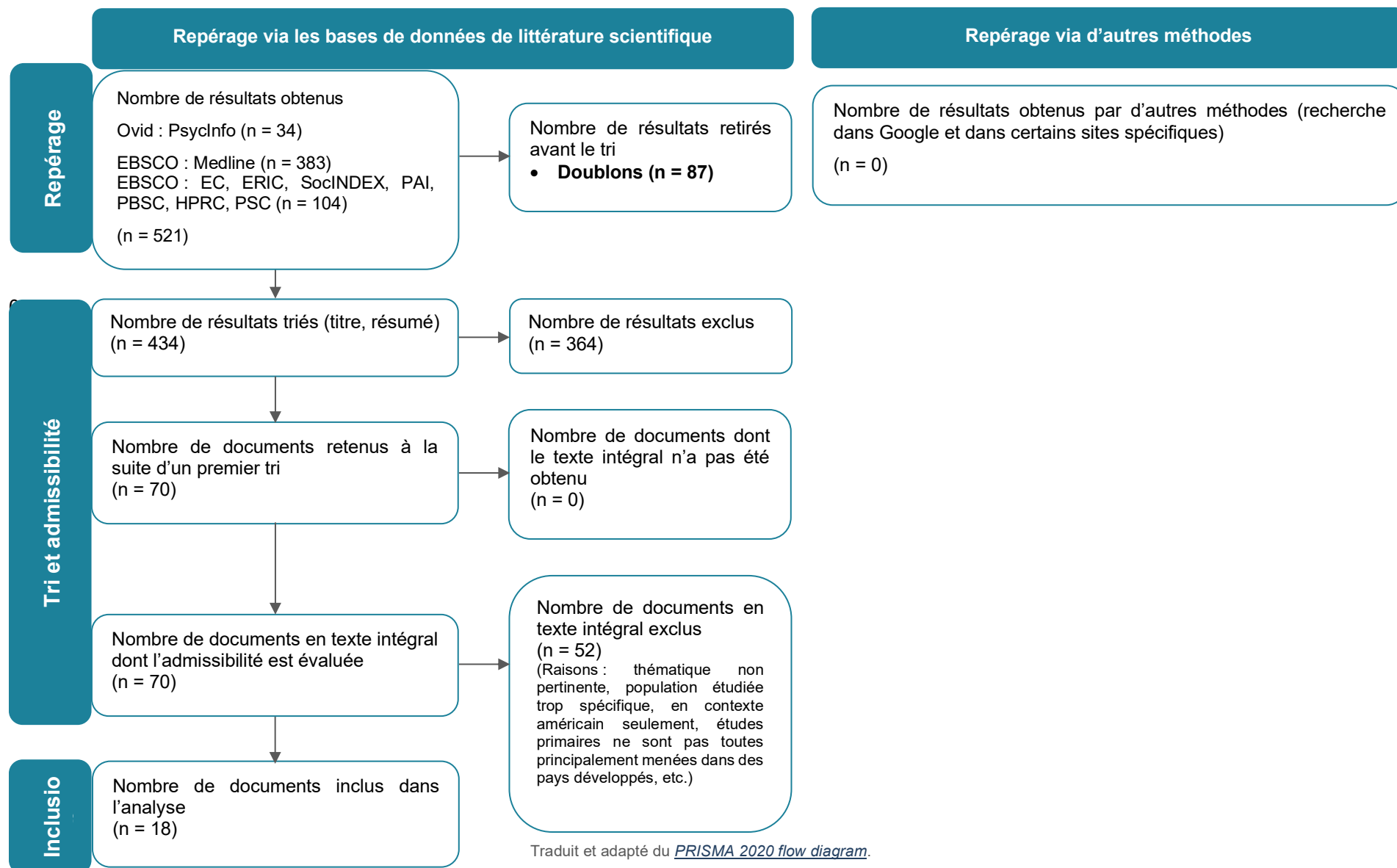
Les limites sont : les bases de données et les sites interrogés, les mots-clés choisis et la langue de rédaction des articles (français et anglais).

Des articles qui ne sont pas issus de la stratégie de recherche ont également été intégrés dans le fascicule, lorsque c'était pertinent, notamment pour fournir et appuyer certains exemples. Ces articles n'apparaissent pas dans l'organigramme PRISMA.

Organigramme de type PRISMA – Volet de la recherche sur les causes des inégalités sociales en alimentation



Organigramme de type PRISMA – Volet de la recherche sur les conséquences des inégalités sociales en alimentation



Stratégie de recherche dans la littérature scientifique – Volet sur les causes des inégalités sociales en alimentation

Stratégie de recherche pour **PsycInfo** (Ovid)

Interrogée le 2022-03-08

N°	Requête	Résultats
1	(equit* or inequit* or equalit* or inequal*).ti. or "health disparities"/	21 711
2	(diet* or nutrition* or nutrient* or micronutrient* or micro-nutrient* or eating or food*).ti.	60 282
3	((equit* or inequit* or equalit* or inequal* or disparit*) and (obesity or weight or diabetes or ((chronic or cardio* or coronary or noncommunicable or non-communicable) adj (diseas* or illness*))))).ti.	361
4	((((social or socioeconomic or socio-economic) adj2 (factor* or predictor* or determinant* or status or class* or position* or gradient or exclusion*)) or marginaliz* or vulnerab* or undeserved or depriv* or underprivileged or disadvantaged or disfavored or barrier* or access* or income* or povert* or (food adj (secur* or secur*)) or disparit*).ti. or disadvantaged/ or poverty/ or "social class"/ or "socioeconomic factors"/	102 156
5	((((systematic or state-of-the-art or scoping or literature or umbrella) adj (review* or overview* or assessment*)) or "review* of reviews" or meta-analy* or metaanaly* or ((systematic or evidence) adj1 assess*) or "research evidence" or metasynthe* or meta-synthe*).ti.id. or "literature review"/ or "meta analysis"/ or "systematic review"/	81 726
6	(canada* or canadi* or quebec* or montreal*).ti,ab. or canada.lo.	104 198
7	((((developing or ((least or less or lesser) adj developed) or undeveloped or "under-developed" or ((low or lower) adj (income* or resource*)) or undeserved or under-served or deprived or poor or poorer or transition or transitional) adj (countr* or economy* or nation* or population*)) or "third world*" or ((south or middle) adj "east asia*") or ((central or east* or south* or west* or "sub saharan" or subsaharan) adj africa*) or afghan* or angola* or angolese* or angolian* or armenia* or bangladesh* or benin* or bhutan* or birma* or burma* or birmese* or burmese* or boliv* or botswan* or "burkina faso*" or burundi* or "cabo verde*" or cambod* or cameroon* or "cape verd*" or chad or comoro* or congo* or "cote d'ivoire*" or djibouti* or egypt* or "el salvador*" or "equatorial guinea*" or eritre* or ethiopia* or gabon* or gambia* or gaza* or ghan* or guatemal* or guinea* or haiti* or hondur* or india or indones* or "ivory coast*" or kenya* or kiribati* or kosovo* or kyrgyz* or "lao pdr*" or laos* or lesotho* or liberia* or madagascar* or malaw* or mali or mauritan* or mauriti* or micronesi* or mocambiqu* or moldov* or mongolia* or morocc* or	69 470

	mozambiqu* or myanmar* or namibia* or nepal* or nicaragua* or niger* or north korea* or northern korea* or (democratic and people* and "republic of korea") or pakistan* or "papua new guinea*" or philippine* or "principe or rhodesia*" or rwanda* or samoa* or "sao tome*" or senegal* or "sierra leone*" or "solomon islands*" or somalia* or "south sudan*" or "sri lanka*" or sudan* or swaziland* or syria* or tajikist* or tanzan* or timor* or togo* or tonga* or tunis* or ugand* or ukrain* or uzbekistan* or vanuatu* or vietnam* or "west bank*" or yemen* or zaire* or zambia* or zimbabw*).ti. or "developing countries"/	
8	((1 and 2) or (2 and 4) or 3) and (5 or 6)	171
9	..l/ 8 yr=2019-2022	43
10	9 and (english or french).lg.	39
11	10 not 7	38

Stratégie de recherche pour **Medline** (EBSCO)

Interrogée le 2022-03-08

N°	Requête	Résultats
S1	TI (equit* OR inequit* OR equalit* OR inequal*) OR MM ("Health Status Disparities" OR "Health Equity" OR "Social Determinants of Health")	37 562
S2	TI (diet* OR nutrition* OR nutrient* OR micronutrient* OR micro-nutrient* OR eating OR food*) OR MM Diet	514 849
S3	TI (equit* OR inequit* OR equalit* OR inequal* OR disparit*) AND TI (obesity OR weight OR diabetes OR ((chronic OR cardio* OR coronary OR noncommunicable OR non-communicable) W0 (diseas* OR illness*)))	1 900
S4	TI (((social OR socioeconomic OR socio-economic) N2 (factor* OR predictor* OR determinant* OR status OR class* OR position* OR gradient OR exclusion*)) OR marginaliz* OR vulnerab* OR undeserved OR depriv* OR underprivileged OR disadvantaged OR disfavored OR barrier* OR access* OR income* OR povert* OR (food W0 (secur* OR insecur*)) OR disparit*) OR MM ("Socioeconomic Factors" OR "Vulnerable Populations" OR Poverty OR "Social Class")	299 395
S5	TI (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR KW (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR MH ("Review Literature as Topic" OR "Review" OR "Meta-Analysis as Topic" OR "Meta-Analysis" OR "systematic review")	3 124 974
S6	TI (Canada* OR Canadi* OR Quebec* OR Montreal*) OR AB (Canada* OR Canadi* OR Quebec* OR Montreal*) OR SO (Canada* OR Canadi* OR Quebec*) OR MH Canada+	455 591
S7	TI (((developing OR ((least OR less OR lesser) W0 developed) OR undeveloped OR "under-developed" OR ((low OR lower) W0 (income* OR resource*)) OR undeserved OR under-served OR deprived OR poor OR poorer OR transition OR transitional) W0 (countr* OR economy* OR nation* OR population*)) OR "third world*" OR ((south OR middle) W0 "east asia*") OR ((central OR east* OR south* OR west* OR "sub saharan" OR subsaharan) W0 africa*) OR Afghan* OR Angola* OR Angolese* OR Angolian* OR Armenia* OR	542 441

	Bangladesh* OR Benin* OR Bhutan* OR Birma* OR Burma* OR Birmese* OR Burmese* OR Boliv* OR Botswan* OR "Burkina Faso*" OR Burundi* OR "Cabo Verde*" OR Cambod* OR Cameroon* OR "Cape Verd*" OR Chad OR Comoro* OR Congo* OR "Cote d'Ivoire*" OR Djibouti* OR Egypt* OR "El Salvador*" OR "Equatorial Guinea*" OR Eritre* OR Ethiopia* OR Gabon* OR Gambia* OR Gaza* OR Ghan* OR Guatemal* OR Guinea OR Haiti* OR Hondur* OR India OR Indones* OR "Ivory Coast*" OR Kenya* OR Kiribati* OR Kosovo* OR Kyrgyz* OR "Lao PDR*" OR Laos* OR Lesotho* OR Liberia* OR Madagascar* OR Malaw* OR Mali OR Mauritan* OR Mauriti* OR Micronesi* OR Mocambiqu* OR Moldov* OR Mongolia* OR Morocc* OR Mozambiqu* OR Myanmar* OR Namibia* OR Nepal* OR Nicaragua* OR Niger* OR North Korea* OR Northern Korea* OR (Democratic AND People* AND "Republic of Korea") OR Pakistan* OR "Papua New Guinea*" OR Philippine* OR "Principe OR Rhodesia*" OR Rwanda* OR Samoa* OR "Sao Tome*" OR Senegal* OR "Sierra Leone*" OR "Solomon Islands*" OR Somalia* OR "South Sudan*" OR "Sri Lanka*" OR Sudan* OR Swaziland* OR Syria* OR Tajikist* OR Tanzan* OR Timor* OR Togo* OR Tonga* OR Tunis* OR Ugand* OR Ukrain* OR Uzbekistan* OR Vanuatu* OR Vietnam* OR "West Bank*" OR Yemen* OR Zaire* OR Zambia* OR Zimbabw*) OR MH "Developing Countries"	
S8	((S1 AND S2) OR (S2 AND S4) OR S3) AND (S5 OR S6)	1 822
S9	S8 AND (DT 2019-2022)	626
S10	S9 AND LA (english or french)	623
S11	S10 NOT S7	550

Stratégie de recherche pour **Environment Complete, ERIC, Health Policy Reference Center, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index, SocINDEX** (EBSCO)

Interrogée le 2022-03-08

N°	Requête	Résultats
S1	TI (equit* OR inequit* OR equalit* OR inequal*) OR DE "Health equity" OR DE "SOCIAL determinants of health"	74 751
S2	TI (diet* OR nutrition* OR nutrient* OR micronutrient* OR micro-nutrient* OR eating OR food*)	212 112
S3	TI (equit* OR inequit* OR equalit* OR inequal* OR disparit*) AND TI (obesity OR weight OR diabetes OR ((chronic OR cardio* OR coronary OR noncommunicable OR non-communicable) W0 (diseas* OR illness*)))	961
S4	TI (((social OR socioeconomic OR socio-economic) N2 (factor* OR predictor* OR determinant* OR status OR class* OR position* OR gradient OR exclusion*)) OR marginaliz* OR vulnerab* OR undeserved OR depriv* OR underprivileged OR disadvantaged OR disfavored OR barrier* OR access* OR income* OR povert* OR (food W0 (secur* OR insecur*)) OR disparit*) OR DE "SOCIOECONOMIC factors" OR DE "POVERTY" OR DE "Social classes"	302 676
S5	TI (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR SU (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*)	107 318
S6	TI (Canada* OR Canadi* OR Quebec* OR Montreal*) OR AB (Canada* OR Canadi* OR Quebec* OR Montreal*) OR SO (Canada* OR Canadi* OR Quebec*) OR MH Canada+	346 799
S7	TI (((developing OR ((least OR less OR lesser) W0 developed) OR undeveloped OR "under-developed" OR ((low OR lower) W0 (income* OR resource*)) OR undeserved OR under-served OR deprived OR poor OR poorer OR transition OR transitional) W0 (countr* OR economy* OR nation* OR population*)) OR "third world*" OR ((south OR middle) W0 "east asia*") OR ((central OR east* OR south* OR west* OR "sub saharan" OR subsaharan) W0 africa*) OR Afghan* OR Angola* OR Angolese* OR Angolian* OR Armenia* OR Bangladesh* OR Benin* OR Bhutan* OR Birma* OR	504 906

	Burma* OR Birmese* OR Burmese* OR Boliv* OR Botswan* OR "Burkina Faso*" OR Burundi* OR "Cabo Verde*" OR Cambod* OR Cameroon* OR "Cape Verd*" OR Chad OR Comoro* OR Congo* OR "Cote d'Ivoire*" OR Djibouti* OR Egypt* OR "El Salvador*" OR "Equatorial Guinea*" OR Eritre* OR Ethiopia* OR Gabon* OR Gambia* OR Gaza* OR Ghan* OR Guatemal* OR Guinea OR Haiti* OR Hondur* OR India OR Indones* OR "Ivory Coast*" OR Kenya* OR Kiribati* OR Kosovo* OR Kyrgyz* OR "Lao PDR*" OR Laos* OR Lesotho* OR Liberia* OR Madagascar* OR Malaw* OR Mali OR Mauritan* OR Mauriti* OR Micronesi* OR Mocambiqu* OR Moldov* OR Mongolia* OR Morocc* OR Mozambiqu* OR Myanmar* OR Namibia* OR Nepal* OR Nicaragua* OR Niger* OR North Korea* OR Northern Korea* OR (Democratic AND People* AND "Republic of Korea") OR Pakistan* OR "Papua New Guinea*" OR Philippine* OR "Principe OR Rhodesia*" OR Rwanda* OR Samoa* OR "Sao Tome*" OR Senegal* OR "Sierra Leone*" OR "Solomon Islands*" OR Somalia* OR "South Sudan*" OR "Sri Lanka*" OR Sudan* OR Swaziland* OR Syria* OR Tajikist* OR Tanzan* OR Timor* OR Togo* OR Tonga* OR Tunis* OR Ugand* OR Ukrain* OR Uzbekistan* OR Vanuatu* OR Vietnam* OR "West Bank*" OR Yemen* OR Zaire* OR Zambia* OR Zimbabw*) OR DE "DEVELOPING countries"	
S8	((S1 AND S2) OR (S2 AND S4) OR S3) AND (S5 OR S6)	620
S9	S8 AND (DT 2019-2022)	164
S10	S9 AND LA (english or french)	163
S11	S10 NOT S7	155

Stratégie de recherche dans la littérature scientifique – Volet sur les conséquences des inégalités sociales en alimentation

Stratégie de recherche pour **PsycInfo** (Ovid)

Interrogée le 2022-02-24

N°	Requête	Résultats
1	((systematic or state-of-the-art or scoping or literature or umbrella) adj (review* or overview* or assessment*)) or "review* of reviews" or meta-analy* or metaanaly* or ((systematic or evidence) adj1 assess*) or "research evidence" or metasynthe* or meta-synthe*).ti,id. or "literature review"/ or "meta analysis"/ or "systematic review"/	81 519
2	(canada* or canadi* or quebec* or montreal*).ti,ab. or (alberta* or "british columbia*" or manitoba* or "new brunswick*" or newfoundland* or "new foundland*" or labrador* or "northwest territor*" or "nova scotia*" or nunavut* or ontario* or ontarian* or "prince edward island*" or nunavik* or saskatchewan* or yukon*).ti. or canada.lo.	104 537
3	((developing or ((least or less or lesser) adj developed) or undeveloped or "under-developed" or ((low or lower) adj (income* or resource*)) or undeserved or under-served or deprived or poor or poorer or transition or transitional) adj (countr* or economy* or nation* or population*)) or "third world*" or ((south or middle) adj "east asia*") or ((central or east* or south* or west* or "sub saharan" or subsaharan) adj africa*) or afghan* or angola* or angolese* or angolian* or armenia* or bangladesh* or benin* or bhutan* or birma* or burma* or birmese* or burmese* or boliv* or botswan* or "burkina faso*" or burundi* or "cabo verde*" or cambod* or cameroon* or "cape verd*" or chad or comoro* or congo* or "cote d'ivoire*" or djibouti* or egypt* or "el salvador*" or "equatorial guinea*" or eritre* or ethiopia* or gabon* or gambia* or gaza* or ghan* or guatemal* or guinea or haiti* or hondur* or india or indones* or "ivory coast*" or kenya* or kiribati* or kosovo* or kyrgyz* or "lao pdr*" or laos* or lesotho* or liberia* or madagascar* or malaw* or mali or mauritan* or mauriti* or micronesi* or mocambiqu* or moldov* or mongolia* or morocc* or mozambiqu* or myanmar* or namibia* or nepal* or nicaragua* or niger* or north korea* or northern korea* or (democratic and people* and "republic of korea") or pakistan* or "papua new guinea*" or philippine* or "principe or rhodesia*" or rwanda* or samoa* or "sao tome*" or senegal* or "sierra leone*" or "solomon islands*" or somalia* or "south sudan*" or "sri lanka*" or sudan* or swaziland* or syria* or tajikist* or tanzan* or timor* or togo* or tonga* or tunis* or ugand* or ukrain* or uzbekistan* or vanuatu* or vietnam* or "west bank*" or yemen* or zaire* or zambia* or zimbabw*).ti. or "developing countries"/	69 375
4	((association* or consequence* or cost* or effect\$1 or gradient or impact* or link* or odds or outcome* or relationship* or "risk* factor*"))	632

	adj4 ("diet related disparit*" or (food adj (inequal* or inequit* or secur* or insecur*))).ti,ab.	
5	4 and (1 or 2)	41
6	..l/ 5 yr=2012-2022	35
7	6 and (english or french).lg.	34
8	7 not 3	34

Stratégie de recherche pour **Medline** (EBSCO)

Interrogée le 2022-02-24

N°	Requête	Résultats
S1	TI (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR KW (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR MH ("Review Literature as Topic" OR "Review" OR "Meta-Analysis as Topic" OR "Meta-Analysis" OR "systematic review")	3 124 459
S2	TI (Canada* OR Canadi* OR Alberta* OR "British Columbia*" OR Manitoba* OR "New Brunswick*" OR Newfoundland* OR "New Foundland*" OR Labrador* OR "Northwest Territor*" OR "Nova Scotia*" OR Nunavut* OR Ontario* OR Ontarian* OR "Prince Edward Island*" OR Quebec* OR Montreal* OR Nunavik* OR Saskatchewan* OR Yukon*) OR AB (Canada* OR Canadi* OR Quebec* OR Montreal*) OR SO (Canada* OR Canadi* OR Quebec*) OR MH Canada+	457 592
S3	TI (((developing OR ((least OR less OR lesser) W0 developed) OR undeveloped OR "under-developed" OR ((low OR lower) W0 (income* OR resource*)) OR undeserved OR under-served OR deprived OR poor OR poorer OR transition OR transitional) W0 (countr* OR economy* OR nation* OR population*)) OR "third world*" OR ((south OR middle) W0 "east asia*") OR ((central OR east* OR south* OR west* OR "sub saharan" OR subsaharan) W0 africa*) OR Afghan* OR Angola* OR Angolese* OR Angolian* OR Armenia* OR Bangladesh* OR Benin* OR Bhutan* OR Birma* OR Burma* OR Birmese* OR Burmese* OR Boliv* OR Botswan* OR "Burkina Faso*" OR Burundi* OR "Cabo Verde*" OR Cambod* OR Cameroon* OR "Cape Verd*" OR Chad OR Comoro* OR Congo* OR "Cote d'Ivoire*" OR Djibouti* OR Egypt* OR "El Salvador*" OR "Equatorial Guinea*" OR Eritre* OR Ethiopia* OR Gabon* OR Gambia* OR Gaza* OR Ghan* OR Guatemal* OR Guinea OR Haiti* OR Hondur* OR India OR Indones* OR "Ivory Coast*" OR Kenya* OR Kiribati* OR Kosovo* OR Kyrgyz* OR "Lao PDR*" OR Laos* OR Lesotho* OR Liberia* OR Madagascar* OR Malaw* OR Mali OR Mauritan* OR Mauriti* OR Micronesi* OR Mocambiqu* OR Moldov* OR Mongolia* OR Morocc* OR Mozambiqu* OR Myanmar* OR Namibia* OR Nepal* OR Nicaragua* OR Niger* OR North Korea* OR Northern Korea* OR (Democratic AND People* AND "Republic of Korea") OR Pakistan* OR "Papua New Guinea*" OR Philippine* OR "Principe OR Rhodesia*" OR Rwanda* OR Samoa* OR "Sao Tome*" OR Senegal* OR "Sierra Leone*" OR "Solomon Islands*" OR Somalia* OR "South	541 964

	Sudan*" OR "Sri Lanka*" OR Sudan* OR Swaziland* OR Syria* OR Tajikist* OR Tanzan* OR Timor* OR Togo* OR Tonga* OR Tunis* OR Ugand* OR Ukrain* OR Uzbekistan* OR Vanuatu* OR Vietnam* OR "West Bank*" OR Yemen* OR Zaire* OR Zambia* OR Zimbabwe*) OR MH "Developing Countries"	
	TI ((association* OR consequence* OR cost* OR effect# OR gradient OR impact* OR link* OR odds OR outcome* OR relationship* OR "risk* factor*") N4 ("diet related disparit*" OR (food W0 (inequal* OR inequit* OR secur* OR insecur*)))) OR	
S4	AB ((association* OR consequence* OR cost* OR effect# OR gradient OR impact* OR link* OR odds OR outcome* OR relationship* OR "risk* factor*") N4 ("diet related disparit*" OR (food W0 (inequal* OR inequit* OR secur* OR insecur*)))) OR	2 764
	MH (("Food Insecurity" OR "Food Security") AND "Risk Factors")	
S5	S4 AND (S1 OR S2)	501
S6	S5 AND (DT 2012-2022)	423
S7	S6 AND LA (english or french)	418
S8	S7 NOT S3	383

Stratégie de recherche pour **Environment Complete, ERIC, Health Policy Reference Center, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index, SocINDEX (EBSCO)**

Interrogée le 2022-02-24

N°	Requête	Résultats
S1	TI (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*) OR SU (((systematic OR state-of-the-art OR scoping OR literature OR umbrella) W0 (review OR reviews OR overview* OR assessment*)) OR "review* of reviews" OR meta-analy* OR metaanaly* OR ((systematic OR evidence) N1 assess*) OR "research evidence" OR metasynthe* OR meta-synthe*)	107 138
S2	TI (Canada* OR Canadi* OR Alberta* OR "British Columbia*" OR Manitoba* OR "New Brunswick*" OR Newfoundland* OR "New Foundland*" OR Labrador* OR "Northwest Territor*" OR "Nova Scotia*" OR Nunavut* OR Ontario* OR Ontarian* OR "Prince Edward Island*" OR Quebec* OR Montreal* OR Nunavik* OR Saskatchewan* OR Yukon*) OR AB (Canada* OR Canadi* OR Quebec* OR Montreal*) OR SO (Canada* OR Canadi* OR Quebec*) OR DE "CANADA"	377 981
S3	TI (((developing OR ((least OR less OR lesser) W0 developed) OR undeveloped OR "under-developed" OR ((low OR lower) W0 (income* OR resource*)) OR undeserved OR under-served OR deprived OR poor OR poorer OR transition OR transitional) W0 (countr* OR economy* OR nation* OR population*)) OR "third world*" OR ((south OR middle) W0 "east asia*") OR ((central OR east* OR south* OR west* OR "sub saharan" OR subsaharan) W0 africa*) OR Afghan* OR Angola* OR Angolese* OR Angolian* OR Armenia* OR Bangladesh* OR Benin* OR Bhutan* OR Birma* OR Burma* OR Birmese* OR Burmese* OR Boliv* OR Botswan* OR "Burkina Faso*" OR Burundi* OR "Cabo Verde*" OR Cambod* OR Cameroon* OR "Cape Verd*" OR Chad OR Comoro* OR Congo* OR "Cote d'Ivoire*" OR Djibouti* OR Egypt* OR "El Salvador*" OR "Equatorial Guinea*" OR Eritre* OR Ethiopia* OR Gabon* OR Gambia* OR Gaza* OR Ghan* OR Guatemal* OR Guinea OR Haiti* OR Hondur* OR India OR Indones* OR "Ivory Coast*" OR Kenya* OR Kiribati* OR Kosovo* OR Kyrgyz* OR "Lao PDR*" OR Laos* OR Lesotho* OR Liberia* OR Madagascar* OR Malaw* OR Mali OR Mauritan* OR Mauriti* OR Micronesi* OR Mocambiqu* OR Moldov* OR Mongolia* OR Morocc* OR Mozambiqu* OR Myanmar* OR Namibia* OR Nepal* OR Nicaragua* OR Niger* OR North Korea* OR Northern Korea* OR (Democratic AND People* AND "Republic of Korea") OR Pakistan* OR "Papua New Guinea*" OR Philippine* OR "Principe OR Rhodesia*" OR Rwanda* OR Samoa* OR "Sao Tome*" OR Senegal* OR "Sierra Leone*" OR "Solomon Islands*" OR Somalia* OR "South	504 149

	Sudan* OR "Sri Lanka*" OR Sudan* OR Swaziland* OR Syria* OR Tajikist* OR Tanzan* OR Timor* OR Togo* OR Tonga* OR Tunis* OR Ugand* OR Ukrain* OR Uzbekistan* OR Vanuatu* OR Vietnam* OR "West Bank*" OR Yemen* OR Zaire* OR Zambia* OR Zimbabwe*) OR DE "DEVELOPING countries"	
	TI ((association* OR consequence* OR cost* OR effect# OR gradient OR impact* OR link* OR odds OR outcome* OR relationship* OR "risk* factor*") N4 ("diet related disparit*" OR (food W0 (inequal* OR inequit* OR secur* OR insecur*)))) OR	
S4		2 884
	AB ((association* OR consequence* OR cost* OR effect# OR gradient OR impact* OR link* OR odds OR outcome* OR relationship* OR "risk* factor*") N4 ("diet related disparit*" OR (food W0 (inequal* OR inequit* OR secur* OR insecur*))))	
S5	S4 AND (S1 OR S2)	186
S6	S5 AND (DT 2012-2022)	146
S7	S6 AND LA (english or french)	144
S8	S7 NOT S3	135

BIBLIOGRAPHIE

- Beltrán, S., Arenas, D. J., Pharel, M., Montgomery, C., Lopez-Hinojosa, I. et DeLisser, H. M. (2022). Food insecurity, type 2 diabetes, and hyperglycaemia: A systematic review and meta-analysis. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*, 5(1), e00315. <https://doi.org/10.1002/edm2.315>
- Camirand, H., Traoré, I. et Baulne, J. (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois – Résultats de la deuxième édition*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>
- Chénier, G. (2019). *Schéma conceptuel des inégalités sociales en matière d'alimentation*. CISSS de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique.
- Drisdelle, C., Kestens, Y., Hamelin, A.-M. et Mercille, G. (2020). Disparities in access to healthy diets: How food security and food shopping behaviors relate to fruit and vegetable intake. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 120(11), 1847-1858. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.03.020>
- Earnshaw, V. A. et Karpyn, A. (2020). Understanding stigma and food inequity: A conceptual framework to inform research, intervention, and policy. *Translational behavioral medicine*, 10(6), 1350-1357. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa087>
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2009). *Committee on world food security, Thirty-fifth Session, Rome, 14, 15 and 17 October 2009, Reform of the committee on world food security final version*. https://www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/Docs0910/ReformDoc/CFS_2009_2_Rev_2_E_K7197.pdf
- Friel, S., Hattersley, L., Ford, L. et O'Rourke, K. (2015). Addressing inequities in healthy eating. *Health Promotion International*, 30(suppl. 2), ii77-ii88. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav073>
- Gouvernement du Canada. (2020). *Évaluation de la situation de sécurité alimentaire*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escc/insecurite-alimentaire-menages-canada-survol/evaluation-situation-securite-alimentaire-surveillance-aliments-nutrition-sante-canada.html>
- Institut national de santé publique du Québec. (2018a). *Géoportail de santé publique du Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/geomatique/géoportail>
- Institut national de santé publique du Québec. (2018b). *Les inégalités sociales de santé au Québec – L'insécurité alimentaire*. <https://www.inspq.qc.ca/santescope/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec/insecurite-alimentaire>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020). *Dietary risks – Level 2 risk*. https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/dietary-risks-level-2-risk
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). *Canada*. <https://www.healthdata.org/canada>

- Loring, B. et Robertson, A. (2014). *Obesity and inequities: Guidance for addressing inequities in overweight and obesity*. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe.
- Mackenbach, J. D., Nelissen, K. G. M., Dijkstra, S. C., Poelman, M. P., Daams, J. G., Leijssen, J. B. et Nicolaou, M. (2019). A systematic review on socioeconomic differences in the association between the food environment and dietary behaviors. *Nutrients*, 11(9). <https://doi.org/10.3390/nu11092215>
- McGill, R., Anwar, E., Orton, L., Bromley, H., Lloyd-Williams, F., O'Flaherty, M., Taylor-Robinson, D., Guzman-Castillo, M., Gillespie, D., Moreira, P., Allen, K., Hyseni, L., Calder, N., Petticrew, M., White, M., Whitehead, M. et Capewell, S. (2015). Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. *BMC Public Health*, 15, 457-457. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1781-7>
- McIntyre, L., Bartoo, A. C. et Emery, J. C. H. (2014). When working is not enough: Food insecurity in the Canadian labour force. *Public Health Nutrition*, 17(1), 49-57.
- McIntyre, L., Dutton, D. J., Kwok, C. et Emery, J. C. H. (2016). Reduction of food insecurity among low-income Canadian seniors as a likely impact of a guaranteed annual income. *Canadian Public Policy*, 42(3), 274-286. <https://doi.org/10.3138/cpp.2015-069>
- McIntyre, L., Kwok, C. et Patten, S. B. (2017). The effect of child hunger on educational attainment and early childbearing outcomes in a longitudinal population sample of Canadian youth. *Paediatrics & Child Health*, 23(5), e77-e84. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx177>
- McMichael, A. J., McGuinness, B., Lee, J., Minh, H. V., Woodside, J. V. et McEvoy, C. T. (2021). Food insecurity and brain health in adults: A systematic review. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/10408398.2021.1932721>
- Mekonnen, T., Havdal, H. H., Lien, N., O'Halloran, S. A., Arah, O. A., Papadopoulou, E. et Gebremariam, M. K. (2020). Mediators of socioeconomic inequalities in dietary behaviours among youth: A systematic review. *Obesity Reviews*, 21(7), e13016. <https://doi.org/10.1111/obr.13016>
- Men, F., Elgar, F. J. et Tarasuk, V. (2021). Food insecurity is associated with mental health problems among Canadian youth. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(8), 741-748. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-216149>
- Men, F., Fischer, B., Urquia, M. L. et Tarasuk, V. (2021). Food insecurity, chronic pain, and use of prescription opioids. *SSM – Population Health*, 14, 100768. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100768>
- Men, F., Gundersen, C., Urquia, M. L. et Tarasuk, V. (2019). Prescription medication nonadherence associated with food insecurity: A population-based cross-sectional study. *CMAJ Open*, 7(3), E590-E597. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190075>
- Men, F., Gundersen, C., Urquia, M. L. et Tarasuk, V. (2020a). Association between household food insecurity and mortality in Canada: A population-based retrospective cohort study. *CMAJ*, 192(3), E53-E60. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190385>

- Men, F., Gundersen, C., Urquia, M. L. et Tarasuk, V. (2020b). Food insecurity is associated with higher health care use and costs among Canadian adults. *Health Affairs*, 39(8), 1377-1385. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01637>
- Men, F. et Tarasuk, V. (2020). Severe food insecurity associated with mortality among lower-income Canadian adults approaching eligibility for public pensions: A population cohort study. *BMC Public Health*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09547-y>
- Men, F., Urquia, M. L. et Tarasuk, V. (2021). The role of provincial social policies and economic environments in shaping food insecurity among Canadian families with children. *Preventive Medicine*, 148, 106558. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106558>
- Men, F., Urquia, M. L. et Tarasuk, V. (2022). Pain-driven emergency department visits and food insecurity: A cross-sectional study linking Canadian survey and health administrative data. *CMAJ Open*, 10(1), E8-E18. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210056>
- Minaker, L. M. (2016). Retail food environments in Canada: Maximizing the impact of research, policy and practice. *Canadian Journal of Public Health*, 107(suppl. 1), eS1-eS3. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5632>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025* (publication n° 15-216-01W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population* (publication n° 16-297-08W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>
- Moradi, S., Mirzababaei, A., Dadfarma, A., Rezaei, S., Mohammadi, H., Jannat, B. et Mirzaei, K. (2019). Food insecurity and adult weight abnormality risk: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Nutrition*, 58(1), 45-61. <https://doi.org/10.1007/s00394-018-1819-6>
- Nisbett, N., Harris, J., Backholer, K., Baker, P. et Jernigan, V. B. B. (2022). Holding no-one back: The nutrition equity framework in theory and practice. *Global Food Security*, 32, 100605.
- Olstad, D. L., Campbell, N. R. C. et Raine, K. D. (2019). Diet quality in Canada: Policy solutions for equity. *Canadian Medical Association Journal*, 191(4), E100-E102. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180938>
- Ovenell, M., Da Silva, M. A. et Elgar, F. J. (2022). Shielding children from food insecurity and its association with mental health and well-being in Canadian households. *Canadian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00597-2>
- Paquin, V., Muckle, G., Bolanis, D., Courtemanche, Y., Castellanos-Ryan, N., Boivin, M., Tremblay, R., Côté, S. et Geoffroy, M.-C. (2021). Longitudinal trajectories of food insecurity in childhood and their associations with mental health and functioning in adolescence. *JAMA Network Open*, 4(12), e2140085. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40085>
- Plamondon, L., Bergeron, P., Durette, G., Lacroix, M.-J. et Paquette, M.-C. (2016). *L'achat de boissons non alcoolisées en supermarchés et magasins à grande surface au Québec* (publication

n° 2170). Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2170_boissons_non_alcoolisees_supermarches_magasins_grande_surface.pdf

Plamondon, L., Durette, G. et Paquette, M.-C. (2019). *L'achat d'aliments ultra-transformés en supermarchés et magasins à grande surface au Québec* (publication n° 2487). Institut national de santé publique du Québec. www.inspq.qc.ca/publications/2487

Plante, C., Blanchet, C. et Rochette, L. (2020). La consommation des Autres aliments et des boissons chez les Québécois (publication n° 2634). *Regard sur l'alimentation des Québécois*, 4. Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2634_consommation_autres_aliments_boissons.pdf

Polsky, J. Y. et Gilmour, H. (2020). Food insecurity and mental health during the COVID-19 pandemic. *Health Reports*, 31(12), 3-11. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202001200001-eng>

Pound, C. M. et Chen, Y. (2021). Female sex and food insecurity in relation to self-reported poor or fair mental health in Canadian adults: A cross-sectional study using national survey data. *CMAJ Open*, 9(1), E71-E78. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200112>

Pourmotabbed, A., Moosavian, S. P., Hadi, A., Mohammadi, H., Dadfarma, A., Rezaei, S., Babaei, A., Moradi, S. et Mirzaei, K. (2020). The relationship between food insecurity and risk of overweight or obesity in under 18 years individuals: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 11, 158. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_463_19

Pourmotabbed, A., Moradi, S., Babaei, A., Ghavami, A., Mohammadi, H., Jalili, C., Symonds, M. E. et Miraghajani, M. (2020). Food insecurity and mental health: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutrition*, 23(10), 1778-1790. <https://doi.org/10.1017/S136898001900435X>

PROOF Food Insecurity Policy Research. (s. d.). *Household food insecurity in Canada*. <https://proof.utoronto.ca/food-insecurity/>

Réseau francophone international pour la promotion de la santé et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2022). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*. <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>

Robitaille, É. (2018). *Accessibilité géographique aux commerces alimentaires au Québec : analyse de situation (mise à jour)* [présentation]. Institut national de santé publique du Québec.

Santé Canada. (2020). *Insécurité alimentaire des ménages au Canada : survol*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escc/insecurite-alimentaire-menages-canada-survol.html>

Sawyer, A. D. M., van Lenthe, F., Kamphuis, C. B. M., Terragni, L., Roos, G., Poelman, M. P., Nicolaou, M., Waterlander, W., Djojoseparto, S. K., Scheidmeir, M., Neumann-Podczaska, A. et Stronks, K. (2021). Dynamics of the complex food environment underlying dietary intake in low-income groups: A systems map of associations extracted from a systematic umbrella literature

review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01164-1>

Simonovich, S. D., Pineros-Leano, M., Ali, A., Awosika, O., Herman, A., Withington, M. H. C., Loiacono, B., Cory, M., Estrada, M., Soto, D. et Buscemi, J. (2020). A systematic review examining the relationship between food insecurity and early childhood physiological health outcomes. *Translational Behavioral Medicine*, 10(5), 1086-1097. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa021>

Statistique Canada. (2020). *La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après six mois*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2020003-fra.htm>

Statistique Canada. (2021). *Dépenses des ménages selon le quintile de revenu du ménage, Canada, régions et provinces. Tableau : 11-10-0223-01 (anciennement CANSIM 203-0022)*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1110022301>

Statistique Canada.(2024). Les tendances associées à l'insécurité alimentaire des ménages tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017 à 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2024010/article/00002-fra.htm>

Tarasuk, V., Li, T. et Fafard St-Germain, A.-A. (2022). *Insécurité alimentaire des ménages au Canada 2021*. Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF). <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2022/09/Insecurite-Alimentaire-des-Menages-au-Canada-2021-PROOF.pdf>

Thompson, C. (2021). Dietary health in the context of poverty and uncertainty around the social determinants of health. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1-7. <https://doi.org/10.1017/S0029665121003657>

Traoré, I., Street, M.-C., Camirand, H., Julien, D., Joubert, K. et Berthelot, M. (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. La santé physique et les habitudes de vie des jeunes. Tome 3: La santé physique et les habitudes de vie des jeunes*. Institut de la statistique du Québec. www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire-2016-2017-t3.pdf

Turrell, G. et Vandevijvere, S. (2015). Socio-economic inequalities in diet and body weight: Evidence, causes and intervention options. *Public Health Nutrition*, 18(5), 759-763. <https://doi.org/10.1017/S1368980015000233>

van der Heijden, A., te Molder, H., Jager, G. et Mulder, B. C. (2021). Healthy eating beliefs and the meaning of food in populations with a low socioeconomic position: A scoping review. *Appetite*, 161, 105135. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105135>

Vinet-Lanouette, C. et Godin, C. (2017). *Access to a nutritious food basket in Eeyou Istchee: 2016 update*. Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. <https://www.creehealth.org/sites/default/files/NFB%20Report%202016%20FINAL.pdf>

Yu, B., Lim, H. et Kelly, S. (2019). Does receiving a school free lunch lead to a stigma effect? Evidence from a longitudinal analysis in South Korea. *Social Psychology of Education*, 22(2), 291-319. <https://doi.org/10.1007/s11218-019-09485-7>

