

Disparités dans l'accès aux aliments sains : Quelle relation avec l'approvisionnement alimentaire et l'alimentation des ménages en situation d'insécurité alimentaire?

Drisdelle, C.,¹ Kestens, Y.,² Hamelin, A.M.³ et Mercille, G.¹

1 - Département de nutrition, Université de Montréal 2- Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

3 - Département d'épidémiologie, biostatistique et santé au travail, Université McGill



Introduction

Le manque d'accès physique et économique à des aliments sains et abordables engendre des inégalités socioéconomiques de l'alimentation et peut expliquer une part du gradient observé dans les maladies chroniques¹.

À Montréal :

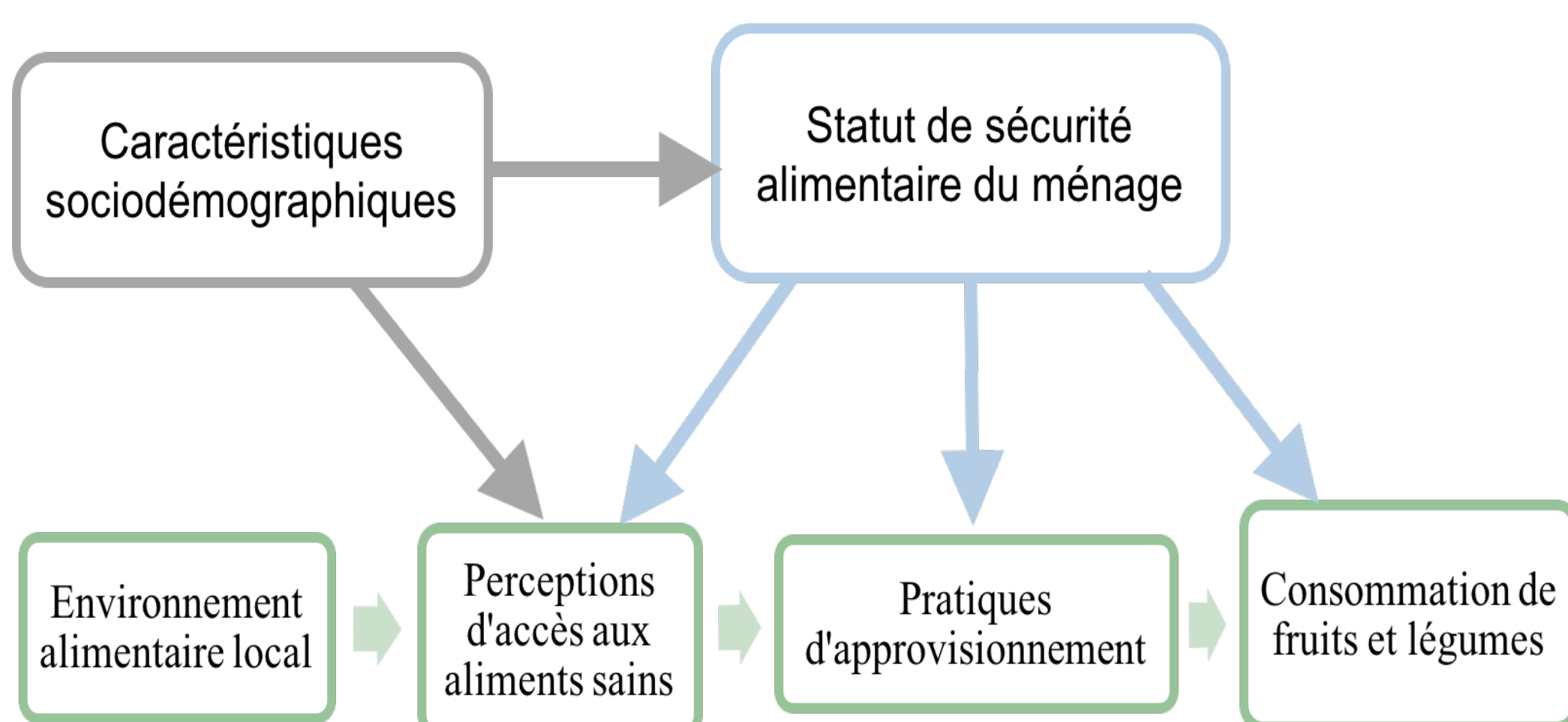
- la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages se situe à 12,7%².
- 40 % de citoyens ont un accès physique inadéquat en fruits et légumes (FL) frais à proximité de leur domicile, dont 135 000 vivant aussi sous le seuil de faible revenu³.

Ces personnes sont plus susceptibles de ne pouvoir consacrer une part suffisante de leur budget aux aliments sains, dont les FL¹.

Objectif

Comprendre comment le statut de sécurité alimentaire du ménage est associé avec les perceptions d'accès à des aliments sains, les pratiques d'approvisionnement et la consommation de FL dans la population d'Hochelaga-Maisonneuve

Cadre conceptuel des liens testés 4-10



Méthodologie

Population à l'étude : 451 adultes résidant dans le quartier d'Hochelaga-Maisonneuve ont été recrutés par échantillonnage aléatoire simple lors d'entrevues téléphoniques réalisés par des enquêteurs professionnels (taux de réponse : 48,8%)¹¹.

Variables :

- Caractéristiques sociodémographiques
- Statut de sécurité alimentaire du ménage (sécurité alimentaire (SA) et insécurité alimentaire marginale, modérée ou sévère (IA))¹²
- Pratiques d'approvisionnement (fréquence des visites, moyen de transport, commerces fréquentés, distance parcourue, fréquentation de marchés de FL durant l'été et jardinage)
- Perceptions d'accès aux aliments sains près du domicile (accès physique et économique)
- Consommation de FL¹³

Stratégies d'analyse : régressions linéaires multiples et logistiques conduites sur 415 participants avec données complètes.

Résultats

Tableau 1. Statut de sécurité alimentaire de 415 ménages d'un quartier défavorisé à Montréal (2014)

	SA ¹	IA ² marginale	IA modérée	IA sévère
Statut de sécurité alimentaire du ménage, %	78.6	6.3	9.2	6.0

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques en fonction du statut de sécurité alimentaire de 415 résidents d'un quartier défavorisé à Montréal (2014)

	SA (n=326)	IA (n=89)		SA (n=326)	IA (n=89)
Age, %			Sexe, %		
18-44 ans	39	33	Féminin	62	72
45-64 ans	45	55	Logement, %		
≥ 65 ans	16	12	Locataire	56	91
Niveau de scolarité, %			Ménage vivant seul, %	33	49
Aucun diplôme	10	30	Ménage monoparental, %	7	13
Secondaire	21	32			
≤ baccalauréat	24	19			
Université	45	19			

Tableau 3. Perceptions d'accès aux aliments sains, pratiques d'approvisionnement et consommation de fruits et légumes en fonction du statut de sécurité alimentaire de 415 résidents d'un quartier défavorisé à Montréal (2014)

	SA (n=326)	IA (n=89)
Perceptions d'accès aux aliments sains, moy. (ÉT)		
Accès physique (score max = 30)	24.4 (5.5)	23.8 (5.7)
Accès économique (score max = 15)	10.6 (3.4)	7.3 (3.3)
Pratiques d'approvisionnement		
Distance en km, moy. (ÉT)	1.2 (1.6)	0.7 (0.6)
Fréquence, au moins 1 fois par semaine, %	82.5	75.3
Moyen de transport, aucun accès à un véhicule, %	30.7	70.8
Type de commerce, supermarché, %	84.4	95.5
Fréquentation d'un marché de FL ³ durant l'été, %	53.1	51.7
Jardinage, %	41.1	30.1
Consommation de FL, moy. (ÉT)	4.5 (2.2)	2.9 (2.4)

Tableau 4. Associations entre le statut de sécurité alimentaire du ménage et les perceptions d'accès aux aliments sains, les pratiques d'approvisionnement et la consommation de fruits et légumes de 415 résidents d'un quartier défavorisé de Montréal (2014)⁴

Statut de sécurité alimentaire du ménage	Perceptions d'accès aux aliments sains près du domicile		Pratiques d'approvisionnement au principal lieu fréquenté				Fréquentation de marchés de FL durant l'été – oui vs non (ref)	Jardinage – oui vs non (ref)	Consommation de FL
	Perceptions positives de l'accès physique b (IC 95%)	Perceptions positives de l'accès économique b (IC 95%)	Distance parcourue (km) b (IC 95%)	Fréquence – au moins 1 fois par semaine vs aux 2 semaines ou moins (ref) OR (IC 95%)	Moyen de transport – aucun accès à un véhicule ou accès à un véhicule (ref) OR (IC 95%)	Type de commerce – supermarché vs autre (ref) OR (IC 95%)			
IA vs SA	NS	-2.42 (-3.27, -1.57)	NS	1.05 (.55, 1.98)	4.1 (2.22, 7.58)	3.13 (1.05, 9.30)	1.14 (.69, 1.93)	.97 (.54, 1.71)	-1.03 (-1.59, -0.47)

¹IA : insécurité alimentaire ²SA : sécurité alimentaire ³FL : fruits et légumes ⁴Modèle ajusté pour tenir compte : âge, sexe, niveau de scolarité, type de ménage (seul et monoparental) et logement
Gras : p<0.05

Discussion et conclusion

Les ménages en situation d'IA à Montréal :

- perçoivent comme plus problématique le manque d'accès économique aux aliments sains comparativement au manque d'accès physique à ces aliments, malgré de plus grandes contraintes en matière de transport.
- se distinguent par le type de commerce fréquenté, ceux-ci étant plus nombreux à s'approvisionner principalement dans des supermarchés.

Des analyses supplémentaires selon le niveau d'IA du ménage (résultats non montrés) semblent indiquer que :

- les ménages en IA modérée ont des perceptions plus positives de l'accès économique aux aliments sains, fréquentent davantage de marchés de FL durant l'été et consomment plus de FL que les autres catégories d'IA.

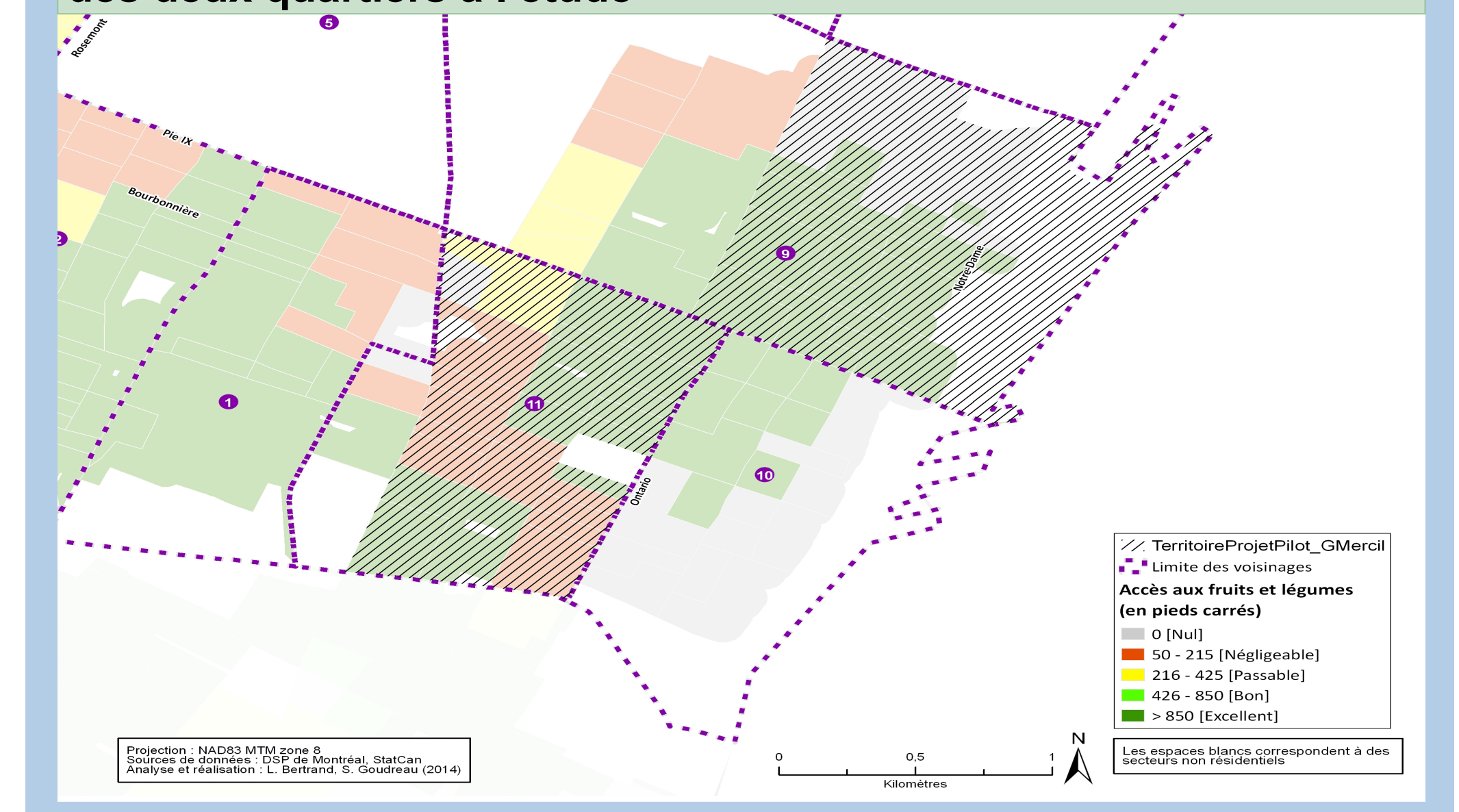
Remerciements

Cette recherche a reçu le soutien financier du Programme de subvention en santé publique 2013-2015 (#PSSP 3157-2014-2016(4) à GM). CD a également reçu le soutien des Instituts de recherche en santé du Canada (BESC-M 2018-2019).

Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.



Accès aux fruits et légumes dans un rayon de 500 mètres au sein des deux quartiers à l'étude



Références

- Peeters et Blake. (2016). *Current Nutrition Reports*, 5(3), 150-159. doi.org/10.1007/s13668-016-0167-5.
- Tarasuk, Mitchell et Dachner. (2016). <https://proof.utoronto.ca/>.
- Bertrand et al. (2013). *publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89673-308-8.pdf*.
- Clary, Matthews et Kestens. (2017). *Health & Place*, 44, 1-7. doi:10.1016/j.healthplace.2016.12.005
- Minaker et al. (2016). *Canadian Journal of Public Health*, 107, 4-13. doi.org/10.12789/cjph.107.5724.
- Glanz et al. (2005). *American Journal of Health Promotion*, 19(5), 330-333. doi.org/10.4278/ajhp.19.5.330.
- Freedman et al. (2013). *Journal of Community Practice*, 21(4), 379-409. doi.org/10.1080/10705422.2013.842197.
- Penchansky et Thomas. (1981). *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Chaix. (2009). *Annual Review of Public Health*, 30, 81-105. doi:10.1146/annurev.publhealth.031308.100158
- Bawa et Ghosh. (1999). *Marketing Letters*, 10 (2), 149-160. doi.org/10.1023/A:1008093014534.
- Mercille et al. (2015). Food environments in Canada: Symposium and workshop, Saskatoon.
- Santé Canada. (2012). Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages (MESAM).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire.
- Jalbert-Arsenault et al. (2017). *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 37(9), 293. doi.org/10.24095/hpcdp.37.9.04